



Helena Pité

Asma
na criança
-
P. 10/11

Rui P. Costa

Tosse crónica
-
P. 4

Carlos Gonçalves

Cigarro eletrónico
e tabaco aquecido
-
P. 9/10

José Augusto Simões

Tratamento de doenças
infecciosas agudas
das vias aéreas
-
P. 9

GASOXMED+

Cuidados
Respiratórios
Domiciliários

24 horas/365 dias
800 50 60 90
GRATUITO

PUB

Jornal Médico

Congresso

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
PUBLICAÇÃO DIGITAL
16 DE OUTUBRO 2020



6^{as} Jornadas GRESP

EVENTO
ONLINE

15-16 Outubro 2020
Centro de Congressos Porto Palácio

Publicações



www.justnews.pt

PUB

**HOSPITAL
Público**

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

Publicação Periódica Híbrida



Jornal distribuído aos
profissionais de saúde das
unidades hospitalares do SNS.



“As pessoas precisam de atenção, sobretudo numa fase de dúvida e de algum pânico com a covid-19”, afirmou Rui Costa, coordenador do GRESP, em entrevista recente à Just News, publicada no Jornal Médico.



Comissão Organizadora: Sara Alves Barbosa, Maria João Barbosa, Eurico Silva, Cláudia Vicente, Tiago Maricoto, Clara Pinto Ferreira, Ana Margarida Cruz e, ausentes da foto, Benvinda Barbosa e Rui Costa

“O GRESP tem um papel de extrema relevância”

Cristina Bárbara, diretora do PNDR da DGS sublinhou ontem, na sessão de abertura das 6.^{as} Jornadas GRESP, a importância do Grupo “na formação dos especialistas em MGF na área das doenças respiratórias”.

-
P. 3



João Ramires, presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Lisboa Norte:

“Têm sido meses de desafios diários, às vezes, quase de hora a hora”

-
P. 6/7

Dando cumprimento às diretrizes do Governo, as comissões Científica e Organizadora das 6.^{as} Jornadas GRESP decidiram cancelar a possibilidade de participação presencial no evento, mantendo-se a sua realização com participação exclusivamente *online*.

Continuamos

a garantir a partilha de boas práticas entre os profissionais das unidades de CSP.



Jornal Médico
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Publicação Periódica Híbrida

PUB



Conferência de abertura

Jaime Correia de Sousa, ex-presidente do IPCRG e ex-coordenador do GRESP

“São mais de 6 anos de Jornadas a contar com a excelente colaboração de colegas de diferentes especialidades, como Pneumologia e Imunoalergologia, assim como de outras profissões. Esta interação acontece também diariamente na prática clínica, para se conseguir apoiar e tratar os doentes respiratórios.”

“O êxito da atividade do GRESP fala por si só.”

Cristina Bárbara, diretora do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias da DGS

“O GRESP tem um papel de extrema relevância na formação dos especialistas em MGF na área das doenças respiratórias.”

“Felicitó-vos por não terem desistido das Jornadas porque, mais que nunca, é necessário que ativemos ao máximo a nossa capacidade de adaptação e, sobretudo, de antecipação, para atenuar ao máximo os efeitos lesivos desta pandemia, nomeadamente, junto dos doentes respiratórios, que são um grupo altamente vulnerável.”

Jaime Correia de Sousa, Cláudia Vicente e Cristina Bárbara



472 inscritos*
*Às 15h de ontem



Todo o cuidado é pouco...

Muitos Parabéns!
Cláudia Vicente foi, ontem, **15 DE OUTUBRO**, surpreendida pelos colegas com um bolo de aniversário.



Abordagem da DPOC no contexto dos CSP

A abordagem personalizada da DPOC no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários foi o tema de uma sessão realizada ontem, no primeiro dia das 6.ª Jornadas GRESP, patrocinada pela Boehringer Ingelheim. Conduzida por Cláudia Vicente, médica de família da UCSP da Mealhada, contou com a participação de Marc Miravittles, pneumologista do Hospital Universitário Vall D'Hebron, em Barcelona.

Na sua apresentação, aquele especialista reforçou a importância da aplicação de uma medicina de precisão na abordagem dos doentes com DPOC, sendo certo o papel da broncodilatação em todos os grupos de doentes, até porque a dispneia é o principal sintoma, mas também um fator de risco de mortalidade.

Neste contexto, afirmou, “os broncodilatadores de longa duração de ação são a base do tratamento da DPOC, sendo preferencial o recurso à dupla broncodilatação com LABA/LAMA”. Relativamente à corticoterapia

inalada (ICS), “pode ser benéfica, mas em doentes muito bem selecionados, nomeadamente os que apresentam uma contagem eosinofílica igual ou superior a 300 células/μL e história recente de várias exacerbações”.



Numa apresentação centrada nos dispositivos inaladores, Cláudia Vicente referiu o impacto do dispositivo escolhido e do treino da técnica inalatória na boa adesão ao tratamento. Em relação ao RespiMat®, “é um dispositivo que cabe numa classe de inaladores à parte”, sublinhou, acrescentando: “Liberta uma nuvem suave e é fácil de utilizar porque exige muito pouco débito inspiratório. A nebulização libertada tem uma duração superior a um segundo e partículas finas que garantem uma boa deposição pulmonar.”

O RespiMat® tem agora uma versão otimizada e reutilizável, desenvolvida para melhor responder às necessidades dos doentes e minimizar o impacto ecológico.

Tosse crónica



Rui P. Costa

Especialista em MGF.
Coordenador do GRESP

A tosse é dos sintomas mais frequentes pelo qual os doentes procuram o médico. A tosse é um sintoma com elevada prevalência, podendo estar associada a patologia pulmonar e extrapulmonar. A tosse é um fenómeno reflexo de defesa vital e protetor, para expulsar substâncias estranhas da árvore brônquica, através de movimentos expiratórios bruscos e violentos, efetuados com a glote semicerrada. Mantém a saúde do sistema respiratório por dois mecanismos: o movimento expiratório causado pela estimulação mecânica da laringe e o aumento da depuração mucociliar.

A tosse crónica é aquela que persiste para além das 8 semanas no adulto e 4 semanas na criança, deve ser investigada e constitui um desafio para o médico. Uma vez que é um sintoma frequente e comum a uma grande variedade de doenças, para além das doenças respiratórias, geralmente é causada por mais do que uma doença e pode, inclusive, ser o único sintoma.

A todos os doentes com tosse crónica deve ser realizada uma história clínica e um exame físico detalhados, com vista à exclusão da presença de sintomas de alarme e à identificação de sintomas e sinais sugestivos de doenças específicas. Deve ser solicitada uma radiografia de tórax e uma espirometria a todas as pessoas acima dos 5 anos de idade, para identificação da sua etiologia e respetivo tratamento. Não está indicada a realização por rotina de um TAC do tórax em doentes com exame físico e Rx do tórax normais. Caso sejam fumadores devem ser encorajados a deixarem de fumar e se usarem um inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) devem suspender a sua toma, pelo menos, durante um mês.

Em doentes imunocompetentes não fumadores, sem terapêutica com IECA, sem SAOS e com radiografia de tórax nor-

mal, as causas mais frequentes de tosse crónica, responsáveis por mais de 90% dos casos, são a síndrome da tosse das vias aéreas superiores (SVAS), devido a uma variedade de patologias rinosinusais; a doença das vias aéreas eosinofílica, com a presença de eosinofilia sanguínea (≥ 300 células/ μ L), como a asma, a tosse variante de asma e a bronquite eosinofílica não asmática; e a dismotilidade esofágica ou a doença de refluxo gastroesofágico (DRGE), particularmente o refluxo das vias aéreas gasoso não ácido.

A abordagem diagnóstica sistemática da tosse crónica, independentemente dos sinais e sintomas, deve focar-se nestas patologias isoladas ou em associação com o uso sequencial, aditivo e otimizado da terapêutica empírica para essas patologias, quando se obtêm respostas terapêuticas parciais. Somente após exclusão destas causas mais comuns de tosse crónica se justifica a realização de outros exames auxiliares de diagnóstico em busca de diferentes causas.

Só cerca de 5 a 10% dos casos de tosse crónica é que são devidas a outras causas, tais como: bronquiectasias, DPOC, bronquiolite, carcinoma broncogénico ou pulmonar, insuficiência cardíaca, corpo es-

tranho das vias aéreas, doença pulmonar intersticial, doença neuromuscular, fibrose cística, pertússis, sarcoidose, tuberculose, divertículo de Zenker, tosse psicogénica e síndrome de hipersensibilidade à tosse.

Na criança com menos de 12 anos, as causas de tosse crónica são diferentes das do adulto e é frequentemente um sintoma de uma doença subjacente, nomeadamente infeções e anomalias congénitas. As causas mais comuns são a asma, a tosse pós-infecciosa e a bronquite bacteriana prolongada.

No entanto, teremos de despistar as seguintes situações: asma, tosse variante de asma, rinite alérgica ou SVAS, bronquite vírica recorrente, tosse pós-viral, pertússis e análogas, fibrose cística, discinesia ciliar primária, bronquite bacteriana prolongada, deficiência imune, aspiração recorrente pela amamentação, traqueo/broncomalácia, tuberculose pulmonar, doença pulmonar intersticial, inalação de corpo estranho em crianças pequenas saudáveis e tosse psicogénica ou tique da tosse.

No caso de não ser identificada uma doença específica e o Rx ao tórax e a espirometria serem normais, com a persistência da tosse após uma avaliação adicional de 4 semanas, devemos caracterizar se a

tosse é seca ou produtiva para definir qual a melhor opção terapêutica. No caso da tosse produtiva está indicado um curso de antibioterapia durante 2 semanas e na tosse seca persistente está indicado um teste terapêutico com corticoides inalados durante 4 a 8 semanas.

Na tosse crónica refratária, nomeadamente no adulto, está indicado o uso de medicamentos com efeitos neuromoduladores, como a morfina de libertação lenta, a gabapentina ou a pregabalina. A maioria destes doentes apresenta morbidade psicológica, onde a psicoterapia e a terapêutica da linguagem e da fala podem ter um papel significativo.

O sucesso da abordagem da tosse crónica está em estabelecer o diagnóstico da doença subjacente e tratar a sua causa. Contudo, sabemos que pode ser difícil de controlar, sendo muitas vezes necessária a realização de testes terapêuticos sequenciais e aditivos, com vista à resolução ou controlo da tosse.

O êxito na resolução da tosse crónica tem um impacto significativo na qualidade de vida, no sono, no desempenho escolar e laboral e na vida social destas pessoas, para além da diminuição do consumo de recursos de saúde.

Infeções respiratórias, resistências e antibióticos: o bom, o mau e o vilão



Eurico Silva

Médico de família, USF João Semana, Ovar. Membro do GRESP. Elemento da equipa gestora do PAPA do ACES Baixo Vouga

Todos sabemos que os antibióticos (o bom) revolucionaram a Medicina ao permitirem combater diversos tipos de infeção (o mau), e hoje também sabemos que do seu uso surgem as resistências (o vilão), que poderão comprometer o futuro da Humanidade.

A questão que nos devemos colocar para contribuir para a preservação dos antibióticos será: estou a prescrever antibióticos de forma correta? Não é fácil responder a esta questão, pois, implica uma análise da prática clínica e, no caso da MGF, sobre várias áreas, nomeadamente, as principais onde se usam antibióticos: respiratória, pele e geniturinária.

Mas sem esta análise manteremos, ano após ano, as mesmas práticas! E certamente que todos temos “margem” para reduzir na prescrição e adequar a mesma (classe, dose e duração). Os dois indicadores na área da “Qualificação da prescrição” que, atualmente, contam no IDG das USF/UCSP já nos permitem pôr o antibiótico na nossa agenda, implementar práticas de melhoria da qualidade, combater o vilão na medida em que estão relacionados com a prescrição de antibióticos de largo espetro, os mais responsáveis pelo desenvolvimento de resistências.

No ano de 2019, com o Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA) do ACES Baixo Vouga, conseguimos uma redução fantástica da utilização de quinolonas pelos médicos de família, de tal forma que em 2020 continuamos bastante abaixo da média nacional. Uma das estratégias usadas foi apresentar a todas as unidades o seu perfil de prescrição e o de cada médico. Este alerta permitiu uma automonitorização e, consequentemente, melhores práticas de prescrição.

O uso racional dos antibióticos tem de estar na agenda de todos os profissionais de saúde, pois, as bactérias já levam um avanço considerável sobre a espécie humana. Se continuarmos a promover o aumento das resistências poderemos, em breve, não termos antibióticos eficazes para doenças infecciosas banais.

Deixo dois desafios. Vejam o vosso

perfil de prescrição de antibióticos no BICSP, recorrendo ao módulo [BI SEF-

-SERVICE] e selecionando [Medicamento – Prescritor]. Façam o curso *online* da

OMS sobre a prescrição de antibióticos que está disponível na página da DGS. Eu

já os fiz e melhorei o meu perfil de prescrição!

Doenças respiratórias em tempo de covid-19



Jaime Correia de Sousa

Médico de Família na USF Horizonte, ULS Matosinhos. Prof. assoc. convidado na Escola de Medicina da UMinho

A gestão das doenças respiratórias impõe aos profissionais de cuidados de saúde primários (CSP) desafios adicio-

nais em tempo de covid-19. As alterações que a pandemia provocou na organização dos serviços, com o desvio de recursos humanos e de tempo de contacto para novas atividades, têm implicado menor atenção e capacidade diminuída para a gestão das doenças agudas e crónicas, incluindo as doenças respiratórias crónicas (DRC). O necessário enfoque nas medidas de minimização de risco e de controlo da pandemia está a causar um aumento da morbimortalidade por outras doenças.

O desafio atual é, por isso, como organizar os cuidados aos doentes com as limitações de acesso causadas pela pandemia. Na fase inicial, o objetivo era manter a acessibilidade possível sendo proativo, minimizando os contactos diretos com os doentes e escolhendo métodos

adequados de contacto à distância. Na fase de desconfinamento impunha-se aumentar progressivamente a acessibilidade, planeando os contactos com os doentes, selecionando os doentes prioritários, programando consultas, mas mantendo ainda muitos contactos à distância. No presente, com o número de novos casos a aumentar persistentemente, o maior desafio é assegurar uma resposta adequada que satisfaça a procura e as necessidades das pessoas, mantendo os cuidados de controlo da pandemia.

Fazem parte do grupo de risco acrescido de mau prognóstico em caso de infeção por SARS-CoV-2 as pessoas com asma, DPOC, doença oncológica respiratória, bronquiectasias, SAOS e tabagismo, entre outros. Um bom controlo da doença respiratória diminui o risco de desfe-

cho desfavorável em caso de infeção por SARS-CoV-2. Por isso, as pessoas com DRC devem manter a medicação habitual. Os doentes com asma não devem interromper o tratamento com os corticosteroides inalados (ICS) prescritos. Esta interrupção pode levar a um agravamento potencialmente perigoso da asma. O mesmo se passa com as pessoas com DPOC. Não devem alterar a sua medicação habitual, quer esta inclua ou não ICS. A vacinação para a gripe sazonal e pneumonia deve ser reforçada.

A utilização de nebulizadores (aerossóis) deve ser evitada em pessoas com doença covid-19 confirmada, pelo risco de transmissão. Os restantes doentes, caso necessitem de manter esse tipo de tratamentos domiciliários, devem continuar a fazê-lo, assegurando as precauções

em relação aos conviventes. O uso destes tratamentos em estabelecimentos de saúde deve ser feito com prudência e com a utilização criteriosa das precauções de contágio.

Quanto aos exames de avaliação funcional respiratória, a prudência inicial deve dar lugar a uma normalização. A SPP já emitiu recomendações sobre a forma como deve ser retomada a atividade, dando resposta às necessidades, mantendo as capacidades diagnósticas e de monitorização dos doentes e garantindo a segurança de doentes e de profissionais de saúde. Nos CSP não é aceitável que o esforço de alargamento da espirometria de proximidade, que estava a ter lugar em muitos ACES, tenha agora dado lugar a uma quase completa paralisia.

2.ªs Jornadas • Coimbra, fevereiro 2014



JOÃO RAMIRES, PRESIDENTE DO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DO ACES LISBOA NORTE:

“Têm sido meses de uma aprendizagem constante e de desafios diários, às vezes, quase de hora a hora”

Assumir a presidência do Conselho Clínico e de Saúde de um Agrupamento de Centros de Saúde já é, só por si, uma tarefa desafiante, mas ainda o é mais quando o país está a braços com uma pandemia e vive dias de incerteza e imprevisibilidade. João Ramires descreve-nos os últimos meses e como tem tentado organizar os cuidados dos doentes covid e não covid. Fala ainda da reforma dos CSP e do “trabalho excelente” desenvolvido pelo GRESP.

Just News (JN) – Começou por optar por Medicina Interna, mas depois descobriu a Medicina Geral e Familiar. Porquê essa mudança?

João Ramires (JR) – Tudo aconteceu no Serviço Militar Obrigatório. Sempre gostei de MGF – na altura, ainda a Clínica Geral –, mas na Faculdade tinha tido muito pouco contacto com os cuidados de saúde primários e na hora de escolher optei por Medicina Interna. Contudo, nos Açores, onde fiz o Serviço Militar, dei consultas no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo e gostei de poder ver também grávidas e crianças. E voltei a fazer o exame de acesso à especialidade.

JN – O que mais o marcou nesse contacto com os CSP?

JR – Foi precisamente o facto de ser uma área mais abrangente. Quando entrei para Medicina, não pensava em qualquer especialidade. O que realmente me fascinava era a diversidade, daí a Medicina Interna. Contudo, como médico, acho que a MGF é muito mais completa, porque vemos desde a criança até ao idoso, incluindo grávidas. Tenho uma família muito grande e gosto de poder dar resposta aos mais variados problemas.

JN – Esteve na equipa que formou a USF Marginal, ainda na fase inicial da reforma dos CSP. Como foram esses tempos?

JR – O projeto surgiu de uma equipa liderada pela Dr.ª Ana Ferrão. Tínhamos em comum um curso na área da Qualidade. Todos nós queríamos uma mudança nos CSP e não desistimos. Aliás, acabámos por ir inaugurar o edifício onde hoje se situa a USF Marginal, entre outras unidades. Foi um desafio organizacional muito grande, mas também foram tempos extraordinários, de mudança de paradigma. Era, e é, uma equipa com uma vocação formativa muito significativa. Mesmo assim, não foi o suficiente para me reter e acabei por ir para a UCSP São João do Estoril, que passou a USF São João do Estoril, projeto construído em conjunto com o Victor

Ramos e com a Eunice Carrapiço, atual diretora executiva do ACES Lisboa Norte. Foi um projeto um pouco diferente da USF Marginal, mas também com grande vocação formativa e prática reflexiva em conjunto, tanto que conseguiu-se criar a comunidade formativa destas USF, envolvendo ainda a USF Costa do Estoril, por estarmos todos no mesmo espaço físico. Começámos, assim, a comunicar mais entre unidades, sem separações. Foi muito interessante.

JN – E depois foi para a USF Cidadela, em Cascais. Porquê?

JR – Fui e levei a minha lista de utentes! Na época, a USF tinha dificuldades em atrair recursos e o meu intuito era manter as minhas internas, já como especialistas, nessa unidade. Mas isso não se verificou e sai.

JN – Tendo acompanhado o início da reforma dos CSP, do que mais gostava no modelo USF?

JR – Sobreretudo, o trabalho de equipa. Nos CSP trabalhávamos de uma forma muito isolada e isso ainda acontece na maioria das UCSP. Por exemplo, em Cascais, no início da minha atividade clínica, já discutia casos com os colegas, mas estes contactos dependiam muito da vontade de cada um. Esta prática reflexiva em conjunto, a partilha de conhecimento e o esclarecimento de dúvidas não era um hábito. Mesmo em Cascais trabalhava em módulos, isto é, já havia reuniões entre médicos, enfermeiros e administrativos. Era como se fôssemos uma mini-USF. Quando fomos para a USF Marginal, já estávamos acostumados a trabalhar em equipa, o que se refletia na melhoria dos cuidados prestados e na satisfação dos utentes. Repare-se que o trabalho em equipa é enriquecido pelas áreas de interesse de cada um – no meu caso, as doenças respiratórias –, contribuindo para que todos estejam a par das principais novidades.

JN – Atualmente, está também na Equipa Regional de Apoio (ERA). Que



João Ramires: “Este vírus está, de facto, a alertar para esta patologia que pode ser altamente incapacitante”

avaliação faz dos CSP, tendo em conta o que se defendeu na reforma?

JR – O que mais noto, hoje em dia, é um sentimento de injustiça entre profissionais, ou seja, o que na realidade se via anteriormente e que foi um dos motivos que contribuiu para a necessidade de uma reforma. Costuma-se dizer “Para trabalho igual, remuneração igual”, mas isso não se verifica, o que é uma grande injustiça. Há USF modelo A que querem ter parecer para passarem a B e não conseguem por causa das quotas, além das UCSP que trabalham muito bem e que não conseguem chegar a USF. Temos que corrigir esta situação e ajustar o modelo, ou seja, acabar com as quotas e reconhecer o mérito. Quem trabalha bem deve ser recompensado e quem trabalha menos bem deve receber apenas o valor-base. Como no mínimo se recebe esse valor-base, não se trata de penalizar quem quer que seja, mas sim de um real incentivo à continuidade da qualidade de cuidados prestados e equidade entre profissionais.

JN – Esse problema poderá, de alguma forma, levar a que quem ainda esteja em modelo UCSP desista de lutar pela USF?

JR – Não! Acho que é impossível reverter a evolução para USF. Os próprios partidos políticos, das diferentes cores, apostam nas USF e o modelo de equipa é bom. E há estudos que comprovam que há mais ganhos do que em UCSP. O problema está na injustiça da remuneração e

no facto de não se conseguir alterar esta condição por causa da legislação. Outra questão que tem gerado críticas é a acessibilidade. Como é possível que haja UCSP com melhores resultados neste campo do que algumas USF modelo B? Isto não devia acontecer! O sistema deveria poder nivelar estes casos.

Pandemia: “As ameaças tornaram-se oportunidades”

JN – Assumiu, entretanto, em abril, o cargo de presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Lisboa Norte. Como tem sido esta mudança em plena pandemia, estando numa região das mais afectadas e onde há falta de médicos de família?

JR – São muitos os desafios! Primeiro, a própria maneira de estar é diferente da assumida pela anterior Direção e obviamente que não tem sido fácil, sobretudo pela escassez de recursos humanos. Por exemplo, faltam secretários clínicos! Neste ACES, face à nossa estrutura, deveríamos ter 149 SC e contamos apenas com 103, o que torna impossível evitar filas de espera para acederem à UCJP. A maioria compreende que assim seja neste tempo de pandemia, mas obviamente que aumentou a insatisfação dos utentes.

Outro problema: a construção das áreas dedicadas à covid-19 (ADC) obrigou a transferir os profissionais e utentes da USF Rodrigues Miguéis, que foi a primeira ADC do nosso ACES. Entretanto, quando

“Também tem sido nossa missão não esquecer a continuidade de cuidados e estamos preocupados com aqueles doentes que deixaram de vir por terem medo de se infetarem.”

funcionar em prédios de habitação. Mesmo no Centro de Saúde de Sete Rios, que tem mais de 70 mil inscritos e é a maior UCSP do país, é quase impossível evitar filas de espera para acederem à UCJP. A maioria compreende que assim seja neste tempo de pandemia, mas obviamente que aumentou a insatisfação dos utentes.

Outro problema: a construção das áreas dedicadas à covid-19 (ADC) obrigou a transferir os profissionais e utentes da USF Rodrigues Miguéis, que foi a primeira ADC do nosso ACES. Entretanto, quando

JOÃO RAMIRES

Passear e praticar vela... entre muitas responsabilidades

Nasceu no Funchal em 1 de julho de 1971, mas veio logo para o Continente. Casado, tem três filhos (21, 19 e 16 anos) e no pouco tempo livre gosta de passear e de praticar vela.

Licenciado em Medicina pela FMUL, em 1995, realizou o Internato Geral no Hospital de Santa Maria, nos anos de 1996 e de 1997, e ingressou no internato complementar de Medicina Interna durante dois anos, antes de descobrir a MGF.

Entretanto, já passou por várias unidades: Centro de Saúde de Cascais, USF Marginal, UCSP do Estoril, com vista a formar a USF São João do Estoril, que coordenou desde o início, em 2014, até 2016... Depois transitou para a ERA da ARSLVT, passando a ser médico de família na USF Cidadela e, posteriormente, na UCSP de Cascais.

Como coordenador do GRESP - Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF, que ajudou a fundar, participou como seu representante no Plano Nacional de Controlo da Asma e, pela Ordem dos Médicos, na elaboração do Processo Assistencial Integrado da Asma, publicado em 2017.

Foi ainda docente na Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril (no curso superior de Gestão de Lazer e Animação Turística), na Escola Superior de Saúde Dr. Ribeiro Sanches, na Universidade Lusófona (no curso Superior de Ciências Farmacêuticas), na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e na Faculdade de Ciências Médicas da Nova Medical School.

Entre 2012 e 2018, foi membro da Comissão de Ética em Saúde da ARSLVT (Secção Ética de Investigação), sendo um dos formadores do Curso de Ética para internos de Medicina Geral e Familiar; mantendo-se atualmente como consultor.

Preside ainda, desde 2018, à Comissão de Acompanhamento Externo da Contratualização da ARSLVT.

a USF voltou ao seu local, para retomar a atividade normal, tivemos de transferir a ADC. Ainda esteve quase dois meses num jardim-de-infância, mas, naturalmente, não tinha as condições necessárias, e fomos obrigados a fazer obras de adaptação no Centro de Saúde de Sete Rios, para que a ADC ficasse aqui.

A própria gestão de recursos foi complexa, porque as orientações da Direção-Geral da Saúde e, consequentemente, da ARSLVT, mudavam de um dia para o outro. Por exemplo, passámos rapidamente da equipa a trabalhar em conjunto para horários em espelho... Têm sido meses de uma aprendizagem constante e de desafios diários, às vezes, quase de hora a hora.

JN – O que ainda é pior quando se está há tão pouco tempo no cargo...

JR – Sim, isto acaba por levar a uma enorme insegurança por parte dos profissionais que, perante um novo presidente do CCS e uma nova Direção Executiva, questionam e resistem um pouco mais.

JN – E a gestão dos doentes não covid. Como tem sido?

JR – Perante um quadro de pandemia, também tem sido nossa missão não esquecer a continuidade de cuidados e estamos preocupados com aqueles doentes que deixaram de vir por terem medo de se infetarem. Temos que desmistificar esta ideia, porque estão criados circuitos seguros. Outra questão

foi o aumento das teleconsultas, que, de alguma forma, prejudica a observação que só se consegue presencialmente. Vamos ver que consequências vão surgir no futuro... Por outro lado, não estamos a fazer os rastreios sistemáticos, como é óbvio, mas procuramos manter alguma atividade no que diz respeito ao diagnóstico dos cânceres da mama, do colo do útero e colorretal.

Temos contado com a colaboração (imensal) de colegas para substituírem outros que, por alguma razão, não podem vir, assim como em atividades extra, nomeadamente, no registo da plataforma *Trace Covid* – que tem muitas falhas – e na prestação de cuidados na ADC. E todos os outros que partilham sugestões. Note-se que temos cumprido com o que nos é exigido por parte da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, contudo, não deixamos de refletir e criticar os pontos que podem não agilizar a resposta aos utentes. Mas, mesmo assim, tem havido uma grande dinâmica – mais do que é habitual – com as ERPL, juntas de freguesia, escolas... As ameaças tornaram-se oportunidades e apostamos neste espírito.

JN – Face ao aumento de casos nas últimas semanas, como estão a organizar as respostas a doentes covid e não covid?

JR – Todos nós já estamos melhor adaptados aos equipamentos de proteção individual e temos mais conhecimentos sobre a doença e a organização dos cuidados. Estamos mais tranquilos. Apesar de tudo, Portugal tem-se comportado segundo aquilo que se previa, isto é, manter uma curva com poucos picos, sem pôr em causa a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Quanto ao ACES, procuramos dar resposta quer aos covid como aos outros, com doença crónica ou com determinadas necessidades decor-

JN – As queixas de que não se atende o telefone são recorrentes. Como é que se consegue lidar com este problema, que já é antigo?

JR – Já quando estava na USF São João do Estoril, em 2013, me queixei das centrais telefónicas e alertei para a necessidade de haver mais linhas. As que temos

rentes de casos agudos, mas fazemo-lo de outra forma, apostando mais na teleconsulta e no *email*. Temos que manter atividade presencial, mas conjugando com estas práticas mais comuns nos últimos meses. Por exemplo, é essencial vacinar e acompanhar a saúde materna. Neste último caso, passámos a seguir grávidas de baixo risco até quase ao parto, não havendo a tal consulta no hospital às 35 semanas, mas às 39 ou 40 semanas. Algumas entram em trabalho de parto antes...

GRESP a “colocar a doença respiratória na agenda”

JN – A sua área de eleição é a doença respiratória, tendo sido, inclusive, o primeiro coordenador do GRESP (2005-2010). Em plena pandemia, como se conseguiu controlar os doentes respiratórios crónicos?

JR – Tem sido um desafio, quer no ensino das técnicas inalatórias como na monitorização dos casos clínicos, já que não temos feito espirometrias, a não ser em casos muito excecionais. Tudo isto tem implicações no dia-a-dia, obrigando-nos a olhar mais para a sintomatologia, que nem sempre revela dados exatos, como uma espirometria. Isso tem sido limitativo, mas, por outro lado, é preciso manter o seu acompanhamento. Todavia, não há apenas coisas negativas. Muitos pediram baixa médica por serem asmáticos, o que permitiu fazer uma avaliação. De qualquer forma, o uso da máscara tem diminuído o número de outras patologias respiratórias crónicas. Recordo que na USF Marginal tínhamos um contacto mais direto, que não passava obrigatoriamente pelo Secretariado Clínico, mas, com as restrições da *troika*, tudo ficou parado. Como se não bastassem os problemas e limitações técnicas, faltam secretários clínicos. Já foi autorizada a contratação de mais profissionais, mas é apenas para a época de pandemia, e não tem havido candidatos suficientes. É complexo.

JN – Face à sua experiência nesta área, já se fala o suficiente de doença respiratória nos CSP?

JR – Como em qualquer patologia, se se fala mais é porque se chama a atenção. Veja-se a diabetes *mellitus*. Hoje em dia, qualquer médico de família inicia a insulinoaterapia. O mesmo acontece na hipocoagulação. Mesmo com os novos anticoagulantes, ainda há necessidade de monitorizar o INR, e são os médicos e os enfermeiros dos CSP que acompanham estes doentes.

O passo seguinte é melhorar as competências na área respiratória. A técnica inalatória é tão importante que é mandatório que todas as unidades tenham uma equipa – médicos e enfermeiros – com conhecimentos e prática sistemática nesta doença. Mesmo que não haja uma consulta específica, como há para a diabetes, deve existir uma consulta estruturada e organizada.

Se vamos partilhar o horário médico pelas múltiplas patologias que seguimos, não vamos abarcar todas as situações. Não

vale a pena duplicar consultas em doentes com multimorbidades, mas sim ver quem mais precisa, nem que, para um bom grau de adesão à terapêutica, o utente tenha que se deslocar mais vezes à unidade durante um determinado período. E isso é possível nos CSP.

Veja-se a cessação tabágica: cientificamente, está comprovada a mais-valia das intervenções breves na consulta habitual de MGF, ficando a abordagem intensiva para situações bem selecionadas. Obviamente que não tenho nada contra as consultas estruturadas e independentes, desde que haja recursos. Apenas acho que se pode e deve apostar na monitorização, bem como ampliar a Rede Nacional de Espirometria.

Outra questão essencial é a reabilitação respiratória. Ainda não temos os meios, mas não implica assim tanto investimento, quer em termos de equipamentos como de profissionais, quando se consideram as melhorias na qualidade de vida. Estas patologias podem ser altamente incapacitantes e, nem que os ganhos sejam pequenos, como sair de casa e não precisar de cuidados domiciliários, já fazem toda a diferença.

JN – O GRESP acabou por ajudar a que se dê outro relevo a esta doença, principalmente nos CSP?

JR – O GRESP tem feito um trabalho excelente, quer com a Direção-Geral da Saúde como com algumas sociedades científicas, de que destaco a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, a Sociedade Portuguesa de Pediatria e a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. As próprias Jornadas GRESP são um sinal visível do maior interesse nesta área da saúde. Colaboramos também com outras entidades, como a Associação de Médicos Internos da Lezíria (AMIL) e a Associação Nacional das Farmácias.

JN – Relativamente aos próximos tempos, acredita que este vírus poderá relevar a doença respiratória?

JR – Sim! Este vírus está, de facto, a alertar para esta patologia que pode ser altamente incapacitante. Não nos podemos esquecer que é habitual ver doentes que dizem, por exemplo, ter a asma controlada, mas depois verificamos o contrário. É necessário apostar muito na prevenção, no diagnóstico precoce e no seguimento regular destes utentes. O GRESP tem lutado por colocar a doença respiratória na agenda, nomeadamente na inclusão do FEV1 nos indicadores. Embora seja apenas um, foi o ponto de partida para, de alguma forma, se refletir na contratualização e mostrar aquilo a que damos importância. Atenção: não devemos viver para os indicadores, mas é uma forma de mostrar que determinada área é importante.

Plano Integrado para as Doenças Respiratórias - Consulta Estruturada de Doenças Respiratórias

Um módulo para as doenças respiratórias no SClínico



Cristina Bárbara

Diretora do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias da DGS. Diretora do Serviço de Pneumologia do CHULN. Coord. do Grupo de Investigação de Doenças Crónicas Não Transmissíveis do ISAMB, FMUL

O Programa Nacional para as Doenças Respiratórias Crónicas (PNDR) pretende melhorar a saúde dos doentes respiratórios crónicos, aumentando a sua longevidade e a sua qualidade de vida. O PNDR tem tido como objetivos reduzir a mortalidade respiratória prematura e o número de internamentos sensíveis a cuidados de ambulatório.

Para o efeito, tem promovido a implementação de estratégias de prevenção

secundária, como sejam as que visam aumentar a capacidade de diagnóstico para a asma brônquica e para a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), mediante, por exemplo, uma maior acessibilidade à espirometria, neste nível de cuidados.

Desde o início do PNDR, tem-se assistido a uma redução significativa dos internamentos por asma ao nível dos CSP e, em paralelo, a um aumento significativo do número de doentes com o diagnóstico de asma ou DPOC.

No momento da atual pandemia, no que se refere aos doentes respiratórios crónicos, os objetivos centram-se sobretudo na sua proteção contra a infeção covid-19. Este alvo pode ser alcançado através da otimização da terapêutica farmacológica e da vacinação antigripal e antipneumocócica, para além das restantes medidas recomendadas a toda a população pela Direção-Geral da Saúde. Os programas de cessação tabágica devem também, agora mais do que nunca, ser proporcionados a estes doentes, dado saber-se que os fumadores e os doentes com DPOC constituem grupos de risco muito vulneráveis à infeção por SARS-CoV-2.

Com o objetivo de melhorar o con-

trolo da doença respiratória crónica promovendo as boas práticas, está em curso a criação de um módulo para as doenças respiratórias no SClínico, possibilitando, consequentemente, o acesso de forma automática a indicadores de monitorização. Serão exemplos de futuros benefícios deste módulo a possibilidade de determinação do risco respiratório, permitindo, por exemplo, identificar os doentes com asma não controlada (ex: score de CARAT) e o risco de internamento em doentes com DPOC.

Permitirá também esta plataforma aproveitar todas as janelas de oportunidade de para desencadear o despiste diagnóstico da doença respiratória crónica. São exemplo desses momentos a prescrição de antibioterapia para uma infeção respiratória, a prescrição de inaladores e as consultas das comorbilidades (diabetes, hipertensão arterial, osteoporose) em fumadores ou ex-fumadores.

Finalmente, importa, no futuro, criar instrumentos digitais que permitam sinalizar os doentes com múltiplos internamentos e os utilizadores frequentes dos serviços de urgência, de modo a possibilitar a formalização de uma gestão integrada entre níveis de cuidados (primários e hospitalares), na tentativa de reverter o processo.

As doenças respiratórias não são tratadas de forma programada



Eurico Silva

Médico de família, USF João Semana - Ovar. Membro do GRESP. Assessor para as Doenças Respiratórias do ACES Baixo Vouga

“iniciativa do utente”. Estes dados mostram que as doenças respiratórias não são tratadas de forma programada, pelo que imensos doentes ficam sem consulta e grande parte dos que acedem a consulta fazem-no por descontrolo de doença.

Imaginem o que seria uma pessoa com diabetes ou hipertensão recorrer à USF/UCSP sempre que apresente glicemia aumentada ou tensão arterial elevada. Como em 2020 e em Portugal temos consultas programadas de risco cardiovascular, estas situações de acesso são mínimas.

O que falta para conseguirmos algo semelhante nas doenças respiratórias? Temos ferramentas que nos permitem identificar e listar quais os doentes, temos indicadores de monitorização, mas temos também muitas dificuldades. Neste final de ano, e em tempos de covid, há que prestar maior atenção e cuidados a estes doentes para que não entrem desnecessariamente nos circuitos covid.

Diria que nunca foi tão oportuna a realização de consultas, presenciais e/ou telefónicas, médicas e/ou em equipa médico/enfermeiro, em que se tratem as doenças respiratórias crónicas, a solo ou num contexto de multimorbilidade.

Em relação à DPOC, apenas 48% dos utentes com DPOC tiveram uma consulta relacionada e, em 57% dos casos, por

segurança destes doentes, evitando contactos desnecessários com os cuidados de saúde.

Assim, é crucial envolver as equipas de saúde, desde os enfermeiros de família até aos farmacêuticos da comunidade. Uma das estratégias que pode ser adotada consiste nas 3 etapas: Preparação e Identificação, onde a equipa de saúde identifica os doentes mais prioritários para intervenção de saúde (doentes frágeis, com comorbilidades, com pouca adesão a terapêutica inalatória, com antecedentes de exacerbações, etc.); a consulta não presencial, por via telefónica ou digital, e

onde se poderá avaliar o estado de controlo clínico, o plano de autogestão, o estado da vacinação e renovar o receituário; e a consulta presencial, que pode ser dirigida aos doentes mais necessitados, para administração da vacina antigripal e antipneumocócica, para revisão da técnica inalatória e para gestão e otimização clínica e terapêutica.

Esta pandemia obrigou a novos ajustes da organização dos cuidados de saúde e isto trará, inexoravelmente, novas aprendizagens, que serão cruciais para preparar o futuro, onde muito ficará por melhorar.

Tratamento de doenças infecciosas agudas das vias aéreas



José Augusto Simões

Investigador integrado no grupo PrimeCare, da Linha Temática Medicina Preventiva e Desafios Societais do CINTESIS

Ontem decorreu a Oficina “Tratamento de Doenças Infecciosas Agudas das Vias Aéreas”. Com o apoio dos Drs. Guilherme Mendes e Pedro Simões e da Dr.ª Marlene Ferreira, médicos de família, foram abordadas algumas das doenças infecciosas das vias aéreas mais frequentes na prática clínica da Medicina Geral e Familiar, como rinosinusite, otite média aguda e amigdalite aguda, entre outras.

As doenças infecciosas agudas das vias aéreas são um dos motivos mais comuns de visita ao médico de família. Por isso, conceitos e informações atualizados são essenciais para que a gestão dessas doenças seja otimizada, reduzindo a indicação de exames diagnósticos dispensáveis ou a implementação de tratamentos desnecessários ou prejudiciais para o paciente.

Assim, nesta oficina, foram apresentadas, de forma crítica e sucinta, as dificuldades observadas na prática clínica em relação ao diagnóstico diferencial das doenças infecciosas das vias aéreas em análise, as limitações na busca do agente etiológico e o uso, muitas vezes abusivo, de antibioterapia.

Nesta sessão, assumiu-se que, nas atuais circunstâncias da pandemia covid-19, previamente a todas as diferentes situações a serem ponderadas, deve ser descartada a possibilidade de infeção por SARS-CoV 2.

Rinosinusite

A rinite é a doença infecciosa de vias aéreas superiores mais comum da infância e é causada quase que exclusivamente por vírus, habitualmente rinovírus, coronavírus, vírus sincicial respiratório, parainfluenza, *influenza*, *coxsackie* e adenovírus.

A obstrução da drenagem normal dos seios paranasais dá lugar a inflamação e infeção bacteriana secundária. Os agentes bacterianos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis*.

O tratamento em geral implica repouso no período febril, hidratação e dieta conforme aceitação, higiene e desobstrução nasal, antipirético e analgésico, como paracetamol ou ibuprofeno, descongestionante nasal tópico, quando as medidas higiénicas das fossas nasais não forem efetivas. Para as situações de infeção bacteriana secundária usar antibioterapia, sendo a amoxicilina a primeira escolha.

Trata-se de uma doença autolimitada, 5-7 dias, apresentando bom prognóstico. Devem ser dadas informações e instruções, quanto a ser desnecessário o uso de antibiótico. Deve-se dar orientação para nova observação em caso de dificuldade respiratória, febre alta, prostração, secreção nasal purulenta, otalgia ou tosse persistente.

Devem ser prescritos cuidados de higiene das mãos das pessoas com infeção e seus familiares e tentar evitar o contacto com crianças com menos de 3 meses e com pessoas imunodeprimidas.

Otite média aguda

É a infeção bacteriana ou viral do ouvido médio, sendo uma das doenças mais comuns em crianças, mas também afeta os adultos. Cerca de 75% das crianças experimentam pelo menos um episódio até aos três anos. Os principais patógenos são o *Streptococcus pneumoniae* e o vírus sincicial respiratório.

A maioria das pessoas com otite média aguda melhora sem tratamento. No entanto, se os sintomas não melhorarem ou se a sintomatologia for grave, pode ser prescrita antibioterapia, a amoxicilina é a primeira escolha. O alívio da dor também é importante.

Se uma pessoa apresentar dor intensa ou persistente, febre e o tímpano se apresentar saliente, pode-se realizar uma miringotomia para permitir que o líquido drene.

Amigdalite aguda

A amigdalite aguda estreptocócica é a infeção aguda da orofaringe produzida por um estreptococo beta-hemolítico, o *Streptococcus pyogenes* do grupo A, acompanhada de manifestações sistémicas. Maior frequência ocorre após os cinco anos. O meio mais comum de contágio é o contacto direto com pessoas doentes. Fora períodos epidémicos, a amigdalite aguda estreptocócica é responsável por 15% dos casos de faringite aguda. A importância desta doença está no facto de que pode desencadear febre reumática e glomerulonefrite difusa aguda.

Cigarro eletrónico e tabaco aquecido: novas formas de um vício antigo



Carlos Gonçalves

Médico de família e diretor clínico dos Serviços de Medicina do Millennium BCP - Norte

Quando falamos de tabaco nem sempre recordamos que a planta (*Nicotiana tabacum*) existe desde 6000 a.C., nos Andes, e que a sua utilização começou cerca do ano 1 a.C., inicialmente em rituais e cerimoniais religiosos e posteriormente mascada, cheirada ou fumada. Com a descoberta da América, em 1492, Cristóvão Colombo faz chegar essa planta à Europa, com o epíteto de planta milagrosa. que “acalma a fome e serve de consolo”.

Jean Nicot, embaixador francês em Portugal, em 1560, elogia as propriedades medicinais dessa planta e envia pó para tratar as enxaquecas da sua Rainha – Catarina de Médicis. A divulgação das suas propriedades e consumo por parte da nobreza fez com que o tabaco se tornasse um bem apetecível e diferenciador a nível social.

A produção de tabaco nas colónias inglesas na América teve grande repercussão no crescimento económico, influenciando na Guerra da Independência (1776) e na Guerra Civil Americana (1861). George Washington dizia: “Se não podem enviar dinheiro, enviem tabaco”, pois, França aceitava ser reembolsada com esta planta...

O grande incremento do seu consumo surgiu, contudo, na Grande Guerra, chegando a ser incluídos nas rações de combate, de tal forma que, na 2.ª Grande Guerra, a prevalência de consumo nos soldados chegou aos 80%...

A mulher não foi esquecida pela indústria tabaqueira e, a partir de 1920, passou a ser o alvo das principais companhias, tendo o Hollywood feito o resto... Em 1964, a Marlboro lançou a campanha publicitária Marlboro Man e as suas vendas dispararam... até se tornar o cigarro mais vendido no mundo, em 1972, tal o impacto obtido através das campanhas de *marketing*.

Contudo, apesar de sabermos que o tabagismo é a mais importante causa de morte evitável⁽¹⁾ e que a cessação tabágica é a intervenção médica mais custo-efetiva em saúde,⁽²⁾ morreram mais de 100 milhões de pessoas no século XX (7 milhões de pessoas/ano, relacionadas com o taba-

co - 1 pessoa a cada 5 segundos)⁽³⁾.

E, apesar de todo este conhecimento e da vontade em o fazer, os fumadores não conseguem deixar de fumar, sendo o tabagismo uma doença crónica e aditiva. Para além da dependência física (a nicotina induz tolerância e causa uma síndrome de privação), há a dependência psicológica (incapacidade de deixar ou até de reduzir, por compulsão), bem como os comportamentos e rituais sociais.

A partir de 2008, a OMS, através da Convenção Quadro para o controlo do tabaco, com a estratégia M-POWER, passou a ter um papel mais ativo sobre os estados-membros, levando-os a adotar essas medidas - Monitorizar o uso do tabaco e as políticas de prevenção; Proteger as pessoas do fumo do tabaco;

Oferecer ajuda para o abandono/cessação tabágica; W(arm) Alertar para os perigos do tabaco; E(nforce) Aplicar a legislação, abolindo publicidade, promoção e patrocínios; R(aise) Aumentar os impostos sobre o tabaco.

Estas medidas levaram a Indústria a ter de modificar os seus comportamentos, devido às grandes perdas financeiras, investindo nos denominados PRR - Produtos de Risco Reduzido. Assim, a RJ Reynolds criou um “cigarro sem combustão - *Tobacco Premier*”, em finais de 1980, e, posteriormente, surgiu o Eclipse, em 1990. A PMI criou o Accord e o Heat Bar. Como na altura não houve aceitação, evoluíram para a nicotina inalada, na década de 1990.

Hon Lik, um farmacêutico chinês, desenvolveu o primeiro cigarro eletrónico em 2003, patenteado pelo Grupo RUYAN, na China, em 2004, comercializado na Europa em 2006 e nos EUA em 2007, obtendo a regulamentação pela FDA em abril de 2014. Em 2019 havia já 41 milhões de vapedores, sendo que sete países tinham já proibido a sua utilização.⁽⁴⁾

Os cigarros eletrónicos são dispositivos eletrónicos, acionados por uma bateria, que transformam um líquido contendo nicotina num aerosol que é, posteriormente, inalado e, dessa forma, simulam o ato de fumar.

O e-líquido dos cigarros eletrónicos contém: propilenoglicol e glicerol (se aquecidos a mais de 250° C formam um aerosol com aparência de fumo. São normalmente utilizados na indústria alimentar, mas se inalados provocam irritação das vias aéreas, diminuição do FEV1 e FVC e perda da função pulmonar^(5,6)).

Contudo, apesar de sabermos que o tabagismo é a mais importante causa de morte evitável⁽¹⁾ e que a cessação tabágica é a intervenção médica mais custo-efetiva em saúde,⁽²⁾ morreram mais de 100 milhões de pessoas no século XX (7 milhões de pessoas/ano, relacionadas com o taba-

dústria alimentar, estando proibidos nos cigarros tradicionais).

Contudo, utilizam-se nos e-líquidos para esconder o sabor amargo da nicotina e para dar um sabor mais apelativo para os jovens. Vários são lesivos, irritantes ou tóxicos – sabor a canela, diacetil, acetil-propionil e acetoina nos líquidos adoçados, aldeídos cinâmicos e cumarina. Os açúcares são também usados para adocicar os sabores⁽⁷⁾, quando aquecidos degradam-se e produzem furanos e aldeídos⁽⁸⁾, que causam irritação das VA. Podem ainda conter nitrosaminas, alcalóides do tabaco e produtos da degradação térmica dos e-líquidos e dos materiais

Muitos dos compostos voláteis orgânicos identificados no *e-cigar* são carcinogénicos, incluindo o óxido propilénico, acrilamida, acrilonitrilo e o crotonaldeído. Com raras exceções, estes produtos estão presentes nos e-líquidos com/sem nicotina e/ou em vários sabores.⁽⁹⁾ Dos compostos orgânicos voláteis, o tolueno provoca lesões nos rins e SNC; o propilenoglicol é carcinogénico e irritante das VA e o glicerol provoca pneumonias lipídicas e irritação ocular.

O aquecimento repetido provoca a degradação térmica dos materiais, com libertação de micropartículas dos próprios constituintes do *device*, mas também dos e-líquidos. As emissões de formaldeído (carcinogénico Grupo 1 e provoca pneumonias), acetaldeído (provável carcinogénico Grupo 2B)⁽¹⁰⁾, glicidol (provável carcinogénico) e acroleína (causa irritação nasal e das vias aéreas e pulmões) aumentaram com uso.

A preocupação com a exposição a metais, como estanho, prata, ferro, níquel, alumínio e sílica, bem como nanopartículas tóxicas de estanho, cromo, chumbo e níquel, resulta em⁽¹¹⁾ doenças cardiovasculares⁽¹²⁾, no caso do chumbo, doenças respiratórias e cancro do pulmão para o cromo e níquel. Aparecem ainda hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (PAH): antraceno, fenantreno, 1-metil-fenantreno, pireno e cresol⁽¹³⁾ e compostos orgânicos voláteis (tolueno, propilenoglicol; glicerol⁽¹³⁾ e acetamida⁽¹⁴⁾). Podem ser ainda vapedores crua, óleos ou ervas ou canabinoides numa base líquida (THC. Acetato de vitamina E).

Num estudo publicado em 2018, no *American Journal of Preventive Medicine*, e realizado em 28 países da União Europeia por Margaret Kulik, refere-se que o cigarro eletrónico está associado à inibição da cessação, em vez de ajudar na cessação tabágica. A nível populacional, a utilização dos *e-cigar* na UE associase, também, a uma diminuição na cessação do uso de cigarro convencional.

(Continua na pág. 10)

Envolver as equipas de saúde



Tiago Maricoto

Médico de família. Coord. da USF Aveiro-Aradas, ACES Baixo Vouga. Membro da Direção Nacional da APMGF e do GRESP

As doenças respiratórias apresentam elevada prevalência, logo após as cardiovasculares e metabólicas. A asma e a DPOC, apesar da prevalência estimada em cerca de 10%, apresentam um significativo subdiagnóstico de apenas 1 a 5% de codificação real. Por outro lado, estes são doentes que frequentemente apresentam outras doenças crónicas associadas, como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* (presentes em até 2/3 dos doentes com DPOC), podendo, por isso, ser abordados conjuntamente numa consulta destinada a gestão da multimorbilidade.

A multimorbilidade afeta cerca de 1/3

Esta pandemia obrigou a novos ajustes da organização dos cuidados de saúde.

da população portuguesa e o médico de família é o profissional mais habilitado para a sua gestão. Por esse motivo, várias estratégias podem ser abordadas nesta fase de pandemia, por forma a equilibrar os melhores cuidados de saúde com a

3.ªs Jornadas • Lisboa, janeiro 2016



(Continuação na pág. 9)

Noutro estudo, no Japão, publicado no *Journal Environmental Research and Public Health*, em 2017, Tomoyaso Hirano concluiu que o uso de cigarro eletrônico foi associado negativamente à cessação do tabagismo, após ajustes para sexo, idade, fatores relacionados com a saúde e outros métodos de cessação. Adolescentes que vapeam têm uma probabilidade de até 7 vezes maior de fumarem cigarro tradicional.

Os efeitos orais do *vaping* são xerostomia, tosse seca e irritativa e estomatite, que ocorre devido à falta da saliva. A ausência de saliva, geralmente, causa cáries dentárias e erosão ácida dos dentes. Surgem estomatites pela inflamação oral ou até úlceras localizadas na boca, normalmente no palato. O *vaping* regular aumenta a formação de muco nas vias aéreas, causa uma inflamação persistente e altera a resposta imunológica a bactérias e vírus em asmáticos. Crianças e jovens expostas ao fumo passivo do *vaping* têm maior probabilidade de sofrer um ataque de asma.⁽¹⁵⁾

Entre 28 de junho e até 21 de janeiro de 2020, ocorreram, nos EUA, 2711 casos de lesões pulmonares graves e 60 mortes confirmadas e reportadas pelo CDC (16% abaixo dos 18 anos e 38% entre os 18-24 anos). Todos tinham consumido THC, nicotina ou ambos, sendo que se suspeitou ainda do acetato de vitamina E. Os sintomas apresentados incluíam febre, taquipneia e dificuldade respiratória, fadiga e, em alguns casos, vômitos, diarreia e dor abdominal. Os sintomas ocorrem de forma aguda (alguns dias) ou de forma insidiosa. Apresentavam leucocitose e elevação das transaminases. Muitos doentes necessitaram de intubação e ventilação mecânica. Análises dos casos também mostraram padrões patológicos associados ao uso do *e-cigar*, incluindo pneumonia eosinofílica aguda, dano alveolar difuso e pneumonia lipóide.⁽¹⁶⁾

O tabaco aquecido (*Heat Not Burn*) pode ser considerado um híbrido entre o cigarro eletrônico e o cigarro convencional: por um lado, está equipado com um *device* que aquece o produto, sem causar combustão, para formar um aerossol (fumo frio) e, por outro, o produto usado não é um líquido que contém nicotina, como no cigarro eletrônico, mas tabaco real.

O tabaco aquecido não é um dispositivo para deixar de fumar. O IQOS foi lançado no Japão e em Itália, estando atualmente comercializado em 30 países, um dos quais Portugal. Trata-se de mais uma tentativa de manipulação da indústria tabaqueira. Se nos

recordarmos, há mais de 50 anos surgiu o tabaco castanho para substituir o negro... e depois com filtro... e depois o cigarro *light*...

Os *beat sticks* IQOS são barras que contêm tabaco compactado e processado, em que foi adicionada água, glicerina, guar (hemi-celulose) e fibras de celulose. São inseridos no iQOS e penetrados por uma lâmina metálica que aquece até ao máximo de 350° C, para produzir um aerossol composto por água, glicerina e nicotina, libertando-se ainda um pouco de monóxido de carbono. Foram encontrados tóxicos no fumo do IQOS, alguns na mesma quantidade que nos cigarros, e outros em menor quantidade, demonstrando que parte destes tóxicos podem passar para o fumo exalado pelos fumadores destes dispositivos e passar para o meio ambiente que rodeia os utilizadores do IQOS.⁽¹⁷⁾

Crianças e jovens expostas ao fumo passivo do vaping têm maior probabilidade de sofrer um ataque de asma.

Em virtude de não existir combustão ou fumo, o tabaco aquecido liberta níveis mais baixos de CO, tar e outras substâncias cancerígenas, se comparado com o tabaco.⁽¹⁸⁾ O formaldeído e o acetaldeído (carcinogénicos) correspondem, respetivamente, a 74% e 22% dos encontrados no cigarro. A acroleína, um irritante, corresponde a 82% e a nicotina – o alcaloide que causa a dependência física e psíquica, corresponde a 84% da encontrada no fumo dos cigarros convencionais. A concentração de acenaf-teno no IQOS (um hidrocarboneto policíclico aromático cancerígeno) é o dobro da existente nos cigarros. Foram ainda encontradas nitrosaminas⁽¹⁹⁾.

Verifica-se que, conforme os cuidados de utilização e de limpeza do dispositivo, há a acumulação de TAR na lâmina que vai aquecer o tabaco. As limitações à utilização contínua do IQOS podem contribuir para diminuir os intervalos de utilização entre *puffs*, aumentando, potencialmente, o aporte de nicotina e de outras substâncias tóxicas. Quando o *device* não é limpo entre a utilização dos *beat sticks*, ocorre a libertação de cianohidrina a partir do formaldeído em meio alcalino (a 90° C), substância que é muito tóxica mesmo em baixas concentrações.⁽²⁰⁾

Uma breve exposição ao aerossol do IQOS causa disfunção endotelial, uma medida de risco cardiovascular que é igualmente causada pela exposição ao fumo do cigarro⁽²⁰⁾.

Fumar, vapear ou utilizar tabaco aquecido é como usar uma *kalachnikov* ou uma pistola, pois, têm um ponto em comum : todos são aditivos e matam.

Bibliografia:

1. Fiori MC et al. Treating tobacco use and Dependence. *Clinical Practice Guideline*, 2008.
2. WHO Report on Global Tobacco epidemic, 2008. *The Manpower package*. WHO.
3. Report on Global Tobacco Epidemics 2018.
4. Source: House of Commons Research Library, 2019.
5. Wang P, Chen W, Liao J, et al. A device-independent evaluation of carbonyl emissions from heated electronic cigarette solvents. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169811.
6. Varughese S, Teschke K, Brauer M, Chow Y, van Netten C, Kennedy SM. Effects of theatrical smokes and fogs on respiratory health in the entertainment industry. *Am J Ind Med*. 2005;47(5):411-418.
7. (Farley et al., 2014; King et al., 2014; Villanti et al., 2013).
8. (Soussy et al., 2016).
9. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/about-e-cigarettes.html e Giroud et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(8):9988-10008.
10. Agência Internacional de Pesquisa do Cancro (IARC).
11. (Garza et al. 2006).
12. (Navas-Acien et al. 2007).
13. Laugesen 2008.
14. Hutzler et al 2014.
15. Bayly, Jennifer E. et al. *Secondhand Exposure to Aerosols From Electronic Nicotine Delivery Systems and Asthma Exacerbations Among Youth With Asthma CHEST, Volume 155, Issue 1, 88 – 93, Jan 2019.*
16. *CDC Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping Products*. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html
17. Auer R, Concha-Lozano N, Jaquot-Sadowski I, Cornuz J, Berthet A. Heat not burn tobacco cigarettes: Smoke by any other name. *JAMA*. 2017; 177: 1050-2.
18. Bekki K, Inaba Y, Uchiyama S, Kunitaga N. Comparison of chemicals in mainstream smoke in heat not burn tobacco and combustion cigarettes. *J LOEH*. 2017; 39: 201-7.
19. Heat-not-burn tobacco cigarette: Smoke by another name. Auer et al. *JAMA Intern Med*. 2017;177(7): 1050-1052. Doi:10.1001/jamainternmed.2017.1419.
20. Davis B, Williams M, Talbot P. IQOS: evidence of pyrolysis and release of a toxicant from plastic. *Tobacco Control* 2019; 28:34-41.
21. Poonhneh N, Jiangtao L. Vascular endothelial function is impaired by aerosol from a single IQOS Heatstick to the same extent as by cigarette smoke. *Tobacco Control* 2018;27:s13–s19.

Reabilitação respiratória no tratamento da DPOC



Pedro Fonte

Médico de família, USF do Minho, ACES Cávado I – Braga. Assist. convidado da Escola de Medicina da UM. Membro do GRESP

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) associa-se a importante morbidade e mortalidade. Os doentes com DPOC apresentam frequentemente dispneia e fadiga, que limitam significativamente a capacidade de exercício. Esta doença origina despesas avultadas, decorrentes principalmente das agudizações.

Ao longo dos últimos anos, um grande investimento tem sido feito no desenvolvimento de novos fármacos

inalados, que têm mostrado maior eficácia no alívio dos sintomas e na redução das agudizações, mas com um custo muito significativo. Por outro lado, desde longa data, é reconhecido que o tratamento da DPOC deve ser multidisciplinar, incluindo a reabilitação respiratória (RR). Esta não só tem vindo a demonstrar-se muito útil na redução dos sintomas e das agudizações e na melhoria da capacidade para o exercício como também apresenta uma razão custo-benefício mais favorável que a farmacoterapia.

Assim, em tempos de pandemia covid-19, a RR é particularmente importante para manter os doentes com DPOC fora dos hospitais, onde os recursos estão já bastante limitados e onde o risco de infeção pelo novo coronavírus não é desprezível.

A RR define-se como uma intervenção holística, baseada numa completa avaliação do doente, que possibilita o estabelecimento de um conjunto personalizado de tratamentos, destinados a melhorar a condição física e emocional dos doentes e a promover a adesão sustentada a comportamentos saudáveis. Assenta em dois pilares fundamentais: a

Asma na criança



Helena Pité

Imunoalergologista, Hospital CUF Tejo e Hospital CUF Descobertas, Lisboa. CEDOC, NOVA Medical School

Episódios repetidos de tosse, “pieira/chiaadeira” no peito, dificuldade respiratória, cansaço... São queixas típicas de

asma, uma doença respiratória crónica, que tem muitas vezes início na infância.

É asma? Ou são “bronquiolites”...?

A tosse, a pieira e a dispneia ocorrem tanto na bronquiolite causada por vírus como na asma. Acresce que as infeções víricas podem associar-se a um risco aumentado de asma e são um dos principais desencadeantes de agudização da doença, o que pode gerar alguma confusão. A bronquiolite aguda é a mais frequente infeção das vias respiratórias inferiores durante o primeiro ano de vida. O vírus sincicial respiratório é o responsável na maioria dos casos, de forma sazonal no inverno, com um pico de incidência entre os 3 e os 6 meses de idade. Ao contrário da asma, as bronquiolites não se

repetem recorrentemente no tempo, não estão associadas a alergias, e, tipicamente, não melhoram com os tratamentos usados na asma.

Quando pensar noutras causas possíveis para estes sintomas? Algumas características podem alertar para a possibilidade de não ser asma, como as queixas respiratórias serem constantes (em vez de variarem de intensidade ao longo do tempo, como é típico na asma), terem início muito cedo na vida do latente, aparecerem associadas às refeições ou não melhorarem com o tratamento. Se a criança não tem um desenvolvimento estatura-ponderal normal, se houver história de infeções graves ou tiver tido necessidade de ser ventilada,

reduzido de centros dedicados no nosso país, bem como pela sua centralização em hospitais.

Tem sido, por isso, cada vez mais apoiada a ideia de que estes programas se deverão centrar nos cuidados de saúde primários e ser geridos por médicos de família. Vários estudos têm mostrado as vantagens desta mudança de paradigma e a própria Organização Mundial de Saúde indica que os programas comunitários são tão efetivos como os hospitalares, mas mais acessíveis.

Nesta linha de pensamento, o GRESP tem investido na sensibilização e formação dos médicos de família portugueses também nesta temática. É fundamental que todos saibamos avaliar e identificar os nossos doentes com doenças respiratórias que podem beneficiar com a RR. Mais, será mesmo desejável e necessário que os ACES se comecem a organizar no sentido de criar os seus próprios centros de RR. Enquanto isso não ocorre plenamente, é dever de cada um de nós orientar os nossos doentes para que, individualmente, possam adotar comportamentos que melhorem a sua capacidade respiratória e funcional.

devem também ser equacionados outros diagnósticos.

É possível diagnosticar e tratar asma em latentes/crianças?

O diagnóstico de asma é clínico, com base nos sintomas, no contexto em que ocorrem e na observação da criança. Quando existem episódios repetidos de tosse, pieira ou dispneia, se há queixas entre os episódios de agudização (por exemplo, tosse ou pieira com o esforço, com o riso ou choro ou com exposição a irritantes ou alergénios), se há outras doenças, como a dermatite atópica ou a rinite (devemos valorizar os sintomas nasais), ou familiares com as mesmas doenças, devemos pensar em asma. O diagnóstico de asma deve ser revisto regularmente e, sempre que necessário, a criança deve ser referenciada para consulta hospitalar.

Asma: atualizações no diagnóstico e tratamento – CAPA



Cláudia Vicente

Coordenadora do CAPA – Cuidados Adequados à Pessoa com Asma

O *workshop* “Asma - atualizações no diagnóstico e tratamento – CAPA”, que decorre hoje, será realizado ao abrigo do projeto CAPA – Cuidados Adequados à Pessoa com Asma. Trata-se de uma sessão que partirá da discussão de situações clínicas e que será dinamizado pelo Prof. Jaime Correia de Sousa, contando com a

participação de elementos do GRESP que fazem parte do movimento – Dr.ª Ana Margarida Cruz, Dr. João Ramires e Dr. Nuno Pina, com o meu apoio e da Dr.ª Mariana Prudente.

Participar terá um caráter prático, de forma a que os participantes possam aplicar na sua consulta os aspetos que serão aqui abordados à luz das últimas recomendações (focando o GINA 2020 e a terapêutica em cada degrau).

Serão focadas as prioridades de gestão da asma em diferentes situações, pretende-se que sejam identificadas as possíveis causas de insucesso terapêutico no controlo da asma, sendo feita uma discussão terapêutica (farmacológica e não farmacológica) e a importância da sua decisão partilhada. Todos estes aspetos e o uso de materiais/ferramentas do projeto CAPA serão debatidos ao longo de 3 casos clínicos interativos.

A asma, as suas comorbilidades e a sua falta de controlo continuam a ser

uma realidade. Em tempos de pandemia, importa (ainda mais) promover a capacitação do doente para a sua gestão e para o cumprimento terapêutico. Juntamos assim “velhos e novos” desafios, procurando dar exemplos e ser úteis no que é a real atividade do médico de família: a consulta.

Em tempos de pandemia, importa (ainda mais) promover a capacitação do doente para a sua gestão e para o cumprimento terapêutico. Juntamos assim “velhos e novos” desafios, procurando dar exemplos e ser úteis no que é a real atividade do médico de família: a consulta.

Em pelo menos 40% dos casos, as queixas mantêm-se ao longo da vida. Não é aceitável esperar que passe com a idade. Se não houver um tratamento preventivo, a doença evolui com mais sintomas.





JN justNews