

Prescrição eletrónica de cuidados respiratórios domiciliários: A teia que enreda médicos e doentes

Não fora a prescrição eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários criada com o intuito de normalizar a prescrição, adquirir dados estatisticamente tratáveis da mesma e facilitar o processo junto de empresas prestadoras de serviços respiratórios domiciliários e poderíamos pensar que a “PEM- Cuidados Respiratórios Domiciliários” se tratava de uma edição dos “Jogos sem fronteiras” para médicos, pretendendo avaliar a sua resiliência, paciência e capacidade de superação de obstáculos em continuum.

De facto, mais parece um sistema criado para complicar a vida ao prescritor, levando-o à exaustão, tal a lentidão do sistema e os crashes informáticos frequentes, por vezes com duração superior a 24h, implicando o adiamento de dezenas de prescrições que ficarão a acumular-se para os dias seguintes, juntando-se a outras tantas dezenas de consultas e consequentes prescrições com que os médicos são agraciados quotidianamente.

Assim, estendem-se horários de trabalho para

poderem aceder a tão pouco user friendly sistema e manter em dia o supracitado receituário. Mais, tempo que poderia ser rentabilizado em atos médicos e tomadas de decisões clínicas é mal gasto em trabalho burocrático, informático e mal concebido, de prescrições obsoletas que nem sequer são amigas do ambiente, vejam-se os números de folhas que são impressas por doente. Não seriam mais poupadoras de recursos e tempo prescrições em que uma folha reportasse a todos os cuidados respiratórios domiciliários de que o doente é usuário, por exemplo oxigenoterapia domiciliária e ventilação não invasiva e ao período máximo de tempo que é possível abranger, ou seja seis meses? Para quê 12 folhas? Por vezes 14, quando os meses de prescrições não coincidem com os meses do calendário. Efetivamente, qualquer leigo nestes assuntos concluirá sem demora que o sistema não está a fazer sentido.

E não faz sentido desde o seu início. Veja-se a ausência de formação adequada e generalizada



MARTA DRUMMOND
Assistente Hospitalar
de Pneumologia
Professora Auxiliar
da Faculdade de Medicina
da Universidade do Porto

“A ÚNICA FORMA SEGURA DE FUMAR
É NÃO FUMAR!”

EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY E A
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA
ASSINAM ACORDO DE COLABORAÇÃO

WWW.SPPPNEUMOLOGIA.PT
COM “NOVO AR”

Foi, este ano, o mote da campanha lançada pela Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia no âmbito do Dia Mundial Sem Tabaco, celebrado a 31 de Maio. Saiba mais nesta edição da Oxigénio.

Foi no passado dia 8 de Junho, durante o Congresso da SEPAR, em Bilbao que foi assinado um Acordo de Colaboração entre a European Respiratory Society e a Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Trata-se de um Contrato de Associação Internacional (IMC) que confere à SPP o estatuto de Sociedade Nacional Membro da ERS, concedendo-lhe os direitos e benefícios de associação institucionais da ERS. Conheça os novos direitos adquiridos pelos membros da SPP, no âmbito deste acordo.

A Sociedade Portuguesa de Pneumologia prepara-se para lançar, muito em breve, o seu novo website. Baseado num novo conceito de Design e Comunicação, o novo site promete ser um espaço de referência na divulgação da Pneumologia em língua portuguesa. Através de uma navegação fácil e intuitiva, poderá consultar a Revista Portuguesa de Pneumologia, informações sobre as Comissões de trabalho da SPP, normativas, recomendações e informações sobre congressos e eventos.... e claro, todas as notícias do mundo da Pneumologia. Saiba tudo em primeira mão.

EDITORIAL

para as especialidades prescritoras de cuidados respiratórios domiciliários e para a Medicina Geral e Familiar no que concerne ao uso do sistema. Perderam-se horas em tentativas-erro para se conseguir fazer uma prescrição eficaz! Desnecessariamente, se tudo tivesse sido devidamente acautelado...

Pior, foram emanadas normas ad initium pela Direção Geral de Saúde inexecutáveis e certamente pensadas por quem não aparenta ter qualquer aderência com a realidade médica nos hospitais do nosso país, caso contrário teria sido logo perceptível a impossibilidade da Pneumologia, como especialidade mãe da prescrição de cuidados respiratórios domiciliários, passar um primeiro receituário a TODOS os doentes sob os referidos cuidados, mesmo aos que já não eram seguidos em consultas hospitalares da especialidade! De facto, assistiu-se a um número exorbitante e descontrolado de pedidos de consulta de MGF para a Pneumologia com o simples intuito de o especialista introduzir os dados clínicos e ventilatórios dos doentes na plataforma informática a fim de que posteriormente as prescrições pudessem ser renovadas pela MGF. Boas intenções? Talvez. Na prática e querendo ser eufemística: Total falta de senso. Bloqueio na resposta das consultas hospitalares foi tudo o que se conseguiu. Felizmente, poucos meses depois, assistiu-se à emanação de uma outra normativa, referindo a não obrigatoriedade de uma prescrição inicial no sistema PEM realizada pela Pneumologia. Ora a emenda pecou por tardia e tal desconhecimento pela DGS do funcionamento do serviço público de saúde em Portugal é inaceitável e tem necessariamente de ser denunciado, tal foi o aumento brutal de listas de espera gerado, com consequente prejuízo para doentes com necessidade urgente de acesso às consultas hospitalares da especialidade.

Ademais, há doentes que chegam às consultas hospitalares para a tal validação da prescrição eletrónica, tendo já receitas passadas no sistema pelo seu médico assistente. Como fazer? Prescrever receituário por um dia? Por um mês? De qualquer modo duplicam-se receitas, trabalho. A carecer de clarificação.

O descolamento com a realidade mantém-se quando atentamos no facto de não serem possíveis receitas eletrónicas com mais de um mês de retroatividade. Salvam-se os doentes e as suas, em geral, parcas economias domésticas, com o espírito de justiça e bom senso dos médicos, que acabam por fazer receituários manuais, ilibando o doente de pagar a conta, nada meiga, dos cuidados respiratórios domiciliários de que necessitam. Será que não é possível antecipar que os doentes possam por motivos lícitos não ser observados

com a periodicidade necessária para o não atraso nas receitas? Acaso não poderão ser internados e impedidos de vir às consultas agendadas? Acaso não poderão ter que se ausentar do país? Efetivamente, o que parece haver de menos neste sistema é quem pense da sua implementação no terreno.

Continuemos nos casos prosaicos do dia-a-dia: e quando o doente não é do SNS, mas de um subsistema? Há que escolher qual o subsistema de saúde pois a plataforma informática não recolhe esses dados a partir das informações demográficas do doente. Mais, há que colocar o número de beneficiário e a data de validade do mesmo. E tudo isto é realizado, não por um administrativo como seria lógico e expectável, mas pelo médico, somando minutos e cliques ao seu árduo trabalho diário! É igualmente omissa informação sobre onde passar a receita; no campo "outros" e escrevendo parâmetros em texto corrido? Cada médico prescritor tenta resolver estes e outros problemas o melhor que sabe e pode, pois se há alguma característica transversal a esta classe de profissionais é a vontade de resolver problemas, não de os criar e muito menos de os agigantar.

Não raras vezes a plataforma informática pede também que o médico, a fazer a sua prescrição, verifique a morada do doente. E assim, mais uma vez, o médico vai à "gestão de moradas" e copia a morada do doente para a transportar para o campo "atualização de morada". É assim que se desperdiçam recursos humanos altamente qualificados...

E quando os doentes, utentes de cuidados respiratórios domiciliários, são seguidos em consultas de medicina privada? Dado o vazio de informação quanto a esta situação o que se verifica na realidade é que os doentes vão ao seu médico de família solicitar receituário, o qual os envia para as consultas de especialidade a fim de que obtenham o mesmo. Sobrepõem-se consultas e, não raras vezes, exames para conseguir o tão almejado receituário.

A prescrição de cuidados respiratórios domiciliários, mormente ventiloterapia, deveria contemplar a possibilidade do médico prescritor escolher a interface, a qual se constitui num elemento fulcral para a adesão terapêutica. Com esta omissão na prescrição, deixamos a importante escolha da interface nas mãos de técnicos, ou até, de vendedores das empresas prestadoras de cuidados respiratórios domiciliários que não estão, de forma alguma, habilitados para essa tomada de decisão. Saem prejudicados os doentes e os médicos, com aumento de consultas para resolução de problemas evitáveis com uma simples escolha inicial adequada.

Não olvidando a bondade da iniciativa de permitir um controlo adequado e especializado sobre as

EDITORIAL / NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

prescrições, tantas vezes “selvagens”, de cuidados respiratórios domiciliários, sobra evidência de que a ferramenta escolhida para o efeito enferma de graves erros e omissões e, ao invés, de controlar a prescrição, subverte-a, criando uma animosidade crescente e fundada entre os prescritores e a plataforma, quiçá, inviabilizando mesmo no futuro, uma correta prescrição de tão importantes cuidados de saúde.

Já vai longa esta reflexão, mas aqui poderia manter-me escrevendo outras tantas incongruências do sistema, que é nelas pródigo e salientando dú-

vidas e dificuldades sentidas pelos médicos prescritores, não fora o fastidioso do tema e o limitado espaço desta rubrica.

Não querendo nem pretendendo ser exaustiva neste retrato de uma desesperante realidade, deixo as questões que de forma mais premente necessitam de resolução, apelando (se é que posso) a que sejam ouvidos os profissionais que diretamente trabalham com o sistema “PEM- Cuidados Respiratórios Domiciliários” obviando tão negativo impacto nas suas vidas e sobretudo na vida dos doentes.

A Comissão de Tabagismo da SPP alerta: A única forma segura de fumar é não fumar!

Por Ana Figueiredo

O Dia Mundial Sem Tabaco, celebrado a 31 de Maio desde 1987, foi criado pela OMS com o objetivo último de “contribuir para proteger as gerações presentes e futuras, não só das consequências devastadoras para a saúde devidas ao tabaco, mas também dos flagelos sociais, ambientais e económicos do uso do tabaco e da exposição ao fumo do tabaco”. Este ano, embora o Tema proposto pela OMS fosse “Aumentar os impostos sobre o tabaco – menos mortes e doença”, a Comissão de Tabagismo optou por um tema mais abrangente e provocador: “A única forma segura de fumar é não fumar!” Numa época em que pululam novas formas de consumo de tabaco ou de produtos derivados do tabaco, é fundamental que a tónica seja posta na prevenção e na cessação tabágica e não na substituição tabágica.

Optámos por uma campanha “sem papel”, com o auxílio precioso das empresas Caetsu e Multicom, que trabalham com a SPP. A Comissão de Tabagismo “alinhou as ideias” que pretendia: conteúdo gráfico, envio por mail a todos os sócios da SPP e ao maior nº possível de Sociedades Científicas e Instituições de Saúde, anexo com poster formato A4 para poder ser facilmente impresso. A Caetsu trabalhou o conceito e criou a imagem final, e a Multicom tratou da divulgação. Além dos envios por mail, foram publicadas 96 notícias (1% na imprensa, 2% na TV, 3% na rádio e 94% na internet). O trabalho foi feito, mas não pode morrer aqui! Está nas mãos de todos nós, Pneumologistas, continuar



esta campanha. É necessário questionar todos os doentes quanto aos seus hábitos tabágicos, e face a um doente fumador saber responder às suas questões e às suas dúvidas e ser firme no aconselhamento do abandono do hábito. Saber fazer uma Intervenção Breve é mandatório, e é propósito desta Comissão dotar todos os Pneumologistas das armas necessárias para atingir este fim!

NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

European Respiratory Society e a Sociedade Portuguesa de Pneumologia assinam acordo de colaboração



Foi no passado dia 8 de Junho, durante o Congresso da SEPAR, em Bilbao que foi assinado um Acordo de Colaboração entre a European Respiratory Society e a Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Trata-se de um Contrato de Associação Internacional (IMC) que confere à SPP o estatuto de Sociedade Nacional Membro da ERS, concedendo-lhe os direitos e benefícios de associação institucionais da ERS.

Desta forma a ERS irá conceder aos membros da SPP os seguintes benefícios de associação:

- Acesso eletrónico ao European Respiratory Journal (ERJ) a todos os membros da SPP, exceto ERS "Congress Abstracts" e "Proceedings Supplements" do ERJ, que apenas serão distribuídos aos participantes do Congresso.
- Envio de Newsletter Semanal da ERS aos membros da SPP;
- Acesso eletrónico ao European Respiratory Review (ERR), à Breathe (ambos, atualmente, de acesso aberto – "open access") e à Monograph a todos os membros da SPP;
- Disponibilização de todas as suas Publicações em formato impresso a todos os membros interessados da SPP, a um preço com desconto especial;
- Acesso preferencial aos Serviços Educacionais ERS online e a Eventos, bem como para apoio aos Serviços Educacionais da SPP por parte da ERS;
- Financiamento de um programa de desenvolvimento de sessões em língua portuguesa, como língua oficial da SPP, no Congresso da ERS, com

participação ativa dos membros da SPP como membros da faculdade;

- Desenvolvimento de um programa cofinanciado de adaptação e tradução do seu programa HERMES para português, a língua oficial da SPP, caso exista procura suficiente a nível mundial, sendo que a ERS irá cooperar de modo ativo neste sentido com os membros da faculdade da SPP e outras Sociedades Regionais e Nacionais da ERS da mesma área linguística;
- Constituição de um Comité conjunto para definir as condições ao abrigo das quais o atual programa SPP – Escola de Pneumologia / Best Trainees pode ser validado e apoiado pela ERS como equivalente ao programa Hermes da ERS e, por conseguinte ser totalmente creditado pela ERS;
- Possibilidade de membros efetivos, afiliados, correspondentes e honorários da SPP poderem participar nas reuniões constitucionais da ERS e poderão votar. São elegíveis para eleição para ocupar cargos até Chefe de Assembleia ("Assembly Heads") sem qualquer restrição de residência e elegíveis para qualquer cargo até à Presidência da ERS, desde que tenham a sua residência principal na Europa, de acordo com a Constituição e Estatutos da ERS na sua última versão aprovada;
- Possibilidade de os Membros do Comité Executivo, membros dos órgãos de Governação e os Membros da SPP_ desde que se qualifiquem para isso e que para isso se candidatem _ serem considerados para eleição no prestigiado programa Fellow of ERS (FERS);

NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

O presente acordo prevê ainda que a ERS conceda à SPP os seguintes benefícios de associação institucional especial:

- Atribuição à SPP de um Subsídio de Associação Institucional especial em reconhecimento do apoio da SPP para fomentar a participação de membros da SPP no Congresso ERS. O montante desta concessão irá ser calculado mediante a referência do valor incremental do número de delegados de Portugal presentes no Congresso ERS, numa frequência média dos 12 anos anteriores antes da assinatura deste IMC (Anos 2002 a 2013, com exclusão dos valores extremos em 2010 e 2013 - Congressos em Barcelona).
- Participação de membros SPP no programa científico do Congresso da ERS;
- Apoio da ERS ao Congresso Nacional da SPP fornecendo a possibilidade de submissão ao Comité Científico da ERS para Apoio do Programa Científico do Congresso Nacional da SPP como um todo, ou em sessões especialmente;
- Disponibilização e nomeação de, pelo menos, um oficial da Liderança da ERS para estar presente no Congresso Nacional da SPP em representação da ERS.
- Participação de membros ERS internacionais distintos no programa científico do Congresso Nacional da SPP;

Obrigações da SPP:

- Contribuir para os custos de despesas gerais do Programa de Associação Institucional Internacional da ERS e, em troca de serviços e benefícios fornecidos a Membros SPP, será acordada uma tarifa reduzida e considerada incluída na tarifa de associação nacional da SPP.
- A SPP irá reencaminhar o montante fixo total desta contribuição, ou seja, Tarifa de Associação Institucional, anualmente à ERS, durante a duração do IMC.
- De modo a assegurar que todos os membros da SPP recebem materiais e todas as comunicações relativas à associação ERS, a SPP fornecerá à ERS as coordenadas de contacto da sua base de dados de associação, de acordo com a legislação portuguesa. Esta informação irá ser atualizada a cada doze meses.
- A SPP irá certificar-se de que todos os contactos são informados acerca desta transferência e que deram o seu consentimento.
- A ERS irá certificar-se de que utiliza a base de contactos da SPP apenas para os propósitos incluídos neste IMC, cumprindo sempre estritamente a Lei de Confidencialidade dos Dados da Suíça e de Portugal.
- A SPP irá respeitar a Constituição e Estatutos da ERS na sua última versão aprovada.



- A SPP irá informar todos os seus Membros da exclusão da Associação da ERS em caso de Conflito de Interesses com Tabaqueiras, de acordo com a Constituição e Estatutos da ERS.

Tarifa de Associação Institucional

Deverá ser paga uma tarifa de Associação Institucional da ERS de 20 (vinte) euros por membro da SPP anualmente à ERS, como um montante fixo, a 30 de abril para o início do ano fiscal da ERS, que se inicia a 1 de maio. Primeiro ano fiscal 2015/2016, ou seja, primeiro pagamento a 30 de abril de 2015 - Na contagem anual de membros da SPP para cálculo do montante fixo, os membros seniores da SPP (idade > 65 anos) não irão ser considerados.



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

O Movimento de organizações não-governamentais (ONG) Portuguesas pelo Controlo do Tabagismo nos bastidores de Bruxelas e da Directiva dos Produtos de Tabaco.

Ravara SB1-5, Miranda N4-6, Morais A5,7, Cunha Filho H4,5,8, Calheiros JM1,2,5

Mundialmente, o movimento da sociedade civil pelo controlo do tabagismo tem avançado significativamente. Trabalhando conjuntamente, as ONG despertam consciência pública, exigem leis eficazes, desenvolvem lobbying junto dos decisores políticos, expõem a interferência da indústria do tabaco e seus aliados. Como afirma a Directora Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), a epidemia do tabagismo só poderá ser revertida através dos esforços concertados dos governos e da sociedade civil.¹ Nesta linha, a actualização da legislação europeia sobre a regulamentação dos produtos de tabaco iniciou-se pela discussão pública.

As Directivas Europeias devem respeitar o direito comunitário e serem fundamentadas na avaliação criteriosa do impacto das medidas. No caso da Directiva dos Produtos de Tabaco (DPT), esta avaliação deveria abranger o impacto socioeconómico, na saúde pública, e na harmonização do comércio e circulação dos produtos comunitários. Se por um lado o processo de investigação é minucioso, exigente e exaustivo, a negociação política é “sinuosa e opaca”. Por outras palavras, no caso da DPT, de lento q.b. a “deadly slow”.

Em Dezembro de 2012, a Comissão Europeia aprovou finalmente a proposta para negociação política, menos abrangente do que a inicial, deixando cair três medidas cruciais para o controlo da epidemia:

- 1) a abolição da exposição e promoção dos produtos de tabaco nos locais de venda
- 2) a proibição dos cigarros slim;
- 3) a standardização das embalagens de tabaco, anulando o marketing das marcas. Acresce que inclui de modo ambíguo a regulamentação dos cigarros electrónicos.

O ano de 2013 seria decisivo para a negociação da DPT, envolvendo os vários actores: Comissão e Parlamento Europeus, Governos, ONG e cidadãos. Entre as ONG europeias que trabalharam

activamente no envolvimento da sociedade civil destacam-se a Smokefree Partnership (SFP); Association of European Cancer Leagues; European Public Health Association; UK Cancer Research; Action on Smoking and Health-UK; European Heart Network; European Respiratory Society. No decurso da primeira audição pública da DPT no Parlamento Europeu (Fevereiro, 2013), as ONG europeias organizaram um workshop de advocacy por uma Directiva forte em saúde pública, no qual participaram peritos de controlo de tabagismo. Deste encontro surgiu o movimento europeu de apoio à DPT, liderado pela SFP. Todos os participantes se comprometeram a trabalhar nos países membros. Seguindo este compromisso, foi lançado em Abril do mesmo ano o Movimento de ONG Portuguesas pelo controlo do tabagismo. Foram co-fundadoras, as médicas Sofia Ravara - pneumologista (SR), Natércia Miranda - saúde pública (NM) e a profissional de comunicação em saúde Ana Morais (AM). Cúmplices nos valores democráticos, de justiça social, de promoção da saúde e de cidadania, delinearam uma estratégia coerente e dividiram tarefas. Primeiro que tudo seria crucial envolver outras organizações, personalidades e autoridades de saúde. A existência prévia em Portugal de organizações estruturadas reunindo ONG e especialistas não foi ignorada, já que a sua actuação anterior foi deveras relevante para o controlo do tabagismo. Apesar disso, naquele momento apresentavam escassa actividade e mobilização. NM foi responsável por apresentar o movimento à Direcção do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), e pela articulação com as ONG/associações/entidades portuguesas. SR coordenou a estratégia de advocacy, articulando-se com as ONG europeias e os parlamentares europeus (MEP). AM coordenou a estratégia de comunicação. Todas colaboraram na elaboração, tradução, adaptação e disseminação dos materiais de advocacy do Movimento



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

Europeu. A então Direcção do INSA acolheu o Movimento (Professores Doutores de Medicina Preventiva: JM Pereira Miguel e JM Calheiros).

A 22 de Abril, um texto escrito "a 5 mãos" inaugurava o Movimento no respectivo site.² A 24 de Abril de 2013, teve lugar a reunião que lançou o referido movimento, tendo sido convidados ONG, sociedades científicas, associações de profissionais de saúde e de doentes, autoridades de saúde, académicos e individualidades de saúde pública. NM abriu a reunião referindo que deveria abandonar a sala quem tivesse conflitos de interesse com a indústria do tabaco. SR apresentou o movimento e a experiência partilhada com as ONG europeias nos bastidores da negociação em Bruxelas. Um importante passo foi dado. Horas depois já se lia on-line notícia do movimento.³

O Movimento de ONG Portuguesas pelo controlo de tabagismo constitui-se como uma rede multidisciplinar especializada, sem personalidade jurídica, composta por organizações independentes, trabalhando conjuntamente, para os seguintes objectivos:

- Sensibilizar a sociedade civil para os malefícios do tabaco, promovendo a sua participação activa no controlo de tabagismo
- Promover a implementação de políticas abrangentes de controlo de tabagismo.

A estratégia do movimento compreende:

- A criação/fortalecimento de uma plataforma de acção concertada de ONG, sociedades científicas, associações profissionais e cidadãos
- O envolvimento contínuo da sociedade civil e dos media em acções específicas
- A promoção da coesão de posições das ONG: uma única e clara voz
- A produção de materiais de divulgação baseados na evidência científica e de saúde pública
- A realização de acções de sensibilização e de pressão direccionadas a decisores políticos

O Movimento, fortemente apoiado pelas ONG europeias e pelos parceiros nacionais, apesar dos poucos recursos humanos e financeiros, e das adversidades maiores sentidas na luta contra o tempo e no processo de negociação com os decisores políticos portugueses, manteve uma atitude psicológica positiva e uma perseverança profissional, alicerçadas na ética e ciência de saúde pública e na prossecução do bem comum. Os materiais de advocacy foram sistematicamente traduzidos, adaptados e disseminados pelo Movimento em menos de 48 horas. Salienta-se a colaboração do INSA, da Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), da Confederação Portuguesa de Prevenção e Controlo de Tabagismo (COPPT), do Centro de Apoio, Tratamento e Recuperação (CATR), da Liga Portuguesa contra o cancro, da Sociedade Portuguesa

de Cardiologia, além de outras organizações e individualidades. Ao longo de vários meses, entre mails, telefonemas e deslocações a Bruxelas, o Movimento de ONG portuguesas discutiu com os decisores políticos os argumentos a favor de uma DPT forte em saúde pública. Foram ainda remetidos em simultâneo, por diferentes emissores, cartas e briefings aos seguintes destinatários:

- Parlamentares Europeus e da Assembleia da República
- Comissão Parlamentar da Saúde
- Gabinete do Presidente da República e Primeiro
- Ministro
- Membros do Governo da República e das regiões autónomas (Açores e Madeira)

No início das negociações, a esmagadora maioria dos MEP portugueses estava mal informada e não apoiava as medidas de saúde pública contempladas na DPT. No entanto, esta situação viria a mudar, fruto das actividades concertadas de advocacy. No geral, os MEP portugueses votaram pela promoção da saúde pública, à excepção da actual coligação maioritária PSD/CDS. No entanto, alguns destes MEP desalinham-se do compromisso partidário, votando pela saúde pública. Ficam muitas histórias e conversas para contar que não cabem aqui. Irredutível foi a posição desfavorável do governo português, a desinformação e a sua falta de abertura a um diálogo transparente com a sociedade civil. Em Junho de 2013, perante a incontornável obrigatoriedade de transparência dos estados membros da UE, foi tornada pública a posição do governo português. As declarações do representante do Governo desviaram-se chocantemente da saúde pública, em linha com os "interesses instalados".⁴ Contudo, os líderes do Movimento Europeu e a Directora do Programa Nacional de Controlo de Tabagismo reconheceram a relevância e o impacto positivo do trabalho desenvolvido pelo Movimento português. A pressão concertada das organizações internacionais envolvidas foi decisiva para que se chegasse a uma formulação da Directiva mais avançada do que inicialmente prevista. No entanto, persistem linhas de trabalho a desenvolver, que irão requerer um empenho continuado das ONG no sentido de se obter a eficiente transposição e regulamentação da Directiva nos vários países. Em Portugal, há um trabalho maior a desenvolver para que a transposição da DPT seja rápida e eficaz, prevendo-se uma luta muito difícil. Um quadro regulamentar forte e restritivo ao consumo (além de espaços públicos 100%livres de fumo de tabaco; aumento efectivo da tributação do tabaco; promoção e apoio eficaz à cessação tabágica) constitui, por si, uma



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

estratégia de ouro em saúde pública, com óptima relação custo-efectividade, pelo seu potencial em prevenir a iniciação tabágica dos jovens, travar o crescente consumo nas mulheres, nos adultos jovens e nos grupos sociais mais desfavorecidos. Cabe reiterar que o empenho da sociedade civil é fulcral: na sensibilização da sociedade em geral e das novas gerações para os malefícios do tabaco; na pressão por melhores políticas gerais e de saúde; no combate à influência da indústria tabaqueira que como reconhece a OMS, é o inimigo público número um.¹

Urge aumentar a consciência de decisores e cidadãos, de que do aumento do consumo do tabaco resulta uma maior carga de despesas que os países e, em especial, os sistemas de saúde e de segurança social irão despende para fazer face às consequências da perda saúde e de produtividade; de que, globalmente, a população vê diminuída a sua qualidade de vida pois uma parte significativa dos seus recursos deixa de estar disponível para ser investida em áreas promotoras do bem-estar; e, ainda, de que a economia e a igualdade social dos países e, sobretudo dos menos favorecidos, são seriamente prejudicadas pelo tabagismo.¹ O conhecimento científico demonstra exaustivamente que o tabaco é a principal causa evitável de morte prematura, doença e incapacidade, atingindo quem fuma e quem involuntariamente está exposto ao fumo.¹ Em Portugal, o tabagismo tem aumentado nos jovens e nas mulheres, ameaçando a saúde, o bem-estar e a economia das famílias, da população e do país.⁵ No contexto da atual crise económica, enfrentar esta situação é fundamental, justificando-se mais ainda que a sociedade civil portuguesa se mobilize em torno de uma estratégia concertada pelo controlo do tabagismo.

O Movimento de ONG portuguesas pelo controlo do tabagismo sediado funcionalmente na ONG CATR,⁶ pretende reforçar a sua base de apoio em Portugal, aumentando o número de entidades e de personalidades envolvidas, desenvolvendo acções de influência junto dos decisores políticos do parlamento e do governo, angariando fundos e recursos necessários, sem os quais não poderá desenvolver uma acção sustentada e eficaz. Associar-se-á à divulgação de resultados de investigação epidemiológica sobre o controlo do tabagismo e do impacto das políticas públicas e de saúde, envolvendo investigadores e peritos nacionais e internacionais. Pretende promover a integração da evidência científica na tomada de decisão política sobre programas de saúde, assim como na respectiva avaliação. Irá trabalhar no sentido de capacitar os cidadãos e aumentar a sua participação neste domínio. A sua acção será

alinhada com a estratégia europeia de advocacy pelo controlo do tabagismo e os programas nacionais de saúde prioritários. O Movimento de ONG apela à participação dos interessados na causa de saúde pública, agradecendo vivamente o apoio dos membros da SPP e de outras organizações que já colaboram. Portugal precisa do Movimento de controlo de tabagismo e o Movimento precisa de todos.

Referências:

1. Organização mundial de Saúde. WHO Report on the global Tobacco epidemic, 2008. The MPower package. Genebra; 2008. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>
2. Directiva dos Produtos de Tabaco (DPT) - Portugal Nos Movimentos Europeus de Advocacy. <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/DPT.aspx>
3. ONG e profissionais elaboram plano para o tabagismo. http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3183621
4. COPPT- Confederação Portuguesa de Prevenção e Controlo de Tabagismo. Chocante Posição Portuguesa Sobre Directiva Europeia Tabaco. http://www.coppt.pt/pt/index.php?option=com_content&view=article&id=281%3Aaprovacao-na-generalidade-da-directiva-dos-produtos-do-tabaco-no-conselho-europeu-epsco&catid=37%3Anoticias&Itemid=1%20athttp://dre.pt/pdf1sdip/2013/03/06000/0186801868.pdf
5. Direcção Geral Da Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise. Portugal. Prevenção e Controlo do Tabagismo em números-2013. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo.
6. CATR: Centro de Apoio, Tratamento e Recuperação, IPSS. <https://www.facebook.com/catripss>

Afiliações dos autores:

1. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.
2. CHCB Hospital Universitário da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
3. Tobacco Control Committee, European respiratory Society.
4. CATR: Centro de Apoio, Tratamento e Recuperação, IPSS.
5. Movimento de ONG Portuguesas pelo controlo de tabagismo
6. Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa.
7. Assessora de Comunicação, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, Portugal.



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

8. Centro de Estudos de Sociologia (CESNOVA) da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.

Mails dos autores:

SBR: sbravara@fcsaude.ubi.pt; sbravara@gmail.com

NM: natercia.miranda@insa.min-saude.pt natercia@net.sapo.pt

AM: aisabelmorais@gmail.com

HCF: hilsonfilho@gmail.com

JMC: jcalheiros@fcsaude.ubi.pt

Nota: Este texto foi escrito na língua portuguesa pré-acordo ortográfico, a pedido expresso dos autores.



Smokehaz: Uma inovadora ferramenta de controlo de tabagismo

Por Sofia Ravara

No dia 8 de Maio de 2014, em Atenas, foi lançado um novo portal na internet totalmente dedicado ao controlo do tabagismo, fruto da colaboração entre a European Respiratory Society (ERS), a European Lung Foundation (ELF), e o UK Centre for Tobacco and Alcohol Studies (UKCTAS). O novo website www.smokehaz.eu é um projeto criado e supervisionado pelo Comité de Controlo de Tabagismo (TCC) da ERS e destina-se ao público em geral, doentes, profissionais de saúde, decisores políticos e media. Os objetivos que estiveram na base da criação desta ferramenta passam por alertar para os malefícios do tabagismo ativo e passivo; informar sobre os benefícios de deixar de fumar e os tratamentos de cessação tabágica; recomendar a implementação de políticas abrangentes de controlo de tabagismo; expor as técnicas de marketing da indústria do tabaco e realçar a interferência deste sector de atividade na adoção de políticas de combate ao tabagismo. O Smokehaz, derivado do conceito “translating science into policy”, é uma inovadora ferramenta online baseada na ciência e boas práticas de saúde pública. Pretendeu-se criar uma plataforma de educação para a saúde e advocacy facilmente acessível, tipo “one-stop and user-friendly”, para os decisores políticos, profissionais de saúde, doentes e sociedade civil, no sentido do progresso do controlo de tabagismo, em defesa da promoção da saúde respiratória e global, da prevenção da doença, e do bem-estar social e económico, em oposição aos interesses instalados da indústria do tabaco e seus aliados.

Como membro do TCC da ERS, participei na conceção e desenvolvimento do projeto, sem dúvida um privilégio e uma experiência maior de partilha e trabalho de equipa, de enriquecimento profissional e pessoal. O Smokehaz iniciou-se pela revisão científica sistemática dos riscos do tabagismo para a saúde, com foco na saúde respiratória. Promete avançar mais ainda, abrangendo a saúde global, os aspetos da dependência do tabaco, estudos de base populacional, e o impacto das políticas de controlo de tabagismo nos vários países europeus.

Para saber mais visite www.smokehaz.eu



Nos adultos:

O cancro do pulmão é:

- 11 vezes mais provável nos fumadores
- 1.41 vezes (41%) mais provável em pessoas expostas ao fumo do tabaco

A DPOC é:

- 4 vezes mais provável nos fumadores
- Mais provável em não fumadores expostos ao fumo de tabaco

A asma nos adultos é:

- 1.61 vezes (61%) mais provável nos fumadores

A tuberculose é:

- 1.57 vezes (57%) mais provável nos fumadores
- 1.44 vezes (44%) mais provável em não fumadores expostos ao fumo de tabaco

As agudizações da Asma são:

- 1.71 vezes (71%) mais prováveis nos fumadores

A apneia do sono é:

- 2 vezes mais provável nos fumadores

Nas crianças:

As infeções das vias respiratórias inferiores são:

- 1.82 vezes (82%) mais prováveis nas crianças expostas ao fumo de tabaco de ambos pais fumadores

A asma e pleira nas crianças são:

- 1.65-1.70 vezes (65-70%) mais prováveis nos filhos de mães fumadoras expostas ao fumo de tabaco
- 1.30-1.50 vezes (30-50%) nas crianças expostas ao fumo de tabaco durante a gravidez

As agudizações da Asma são:

- 2.55-3.25 vezes mais prováveis nas crianças asmáticas expostas ao fumo de tabaco

A apneia do sono é:

- Mais provável nas crianças filhas de mães fumadoras e expostas ao fumo de tabaco, durante ou após a gravidez

NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

www.sppneumologia.pt com “novo ar”

A Sociedade Portuguesa de Pneumologia prepara-se para lançar, muito em breve, o seu novo website. Baseado num novo conceito de Design e Comunicação, o novo site promete ser um espaço de referência na divulgação da Pneumologia em língua portuguesa. Através de uma navegação fácil e intuitiva, poderá consultar a Revista Portuguesa de Pneumologia, informações sobre as Comissões de trabalho da SPP, normativas, recomendações e informações sobre congressos e eventos.... e claro, todas as notícias do mundo da Pneumologia.



Congresso de Pneumologia do Centro 26 e 27 de Junho

Por José Reis Ferreira

Há exatamente um ano a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura reconheceu a Universidade de Coimbra, Alta e Sofia como Património Mundial da Humanidade.

Esta decisão reconhece também, e fundamentalmente, o papel histórico da Universidade de Coimbra na disseminação universal do conhecimento e na evolução cultural da Humanidade.

Assim abriu os trabalhos do 5º Congresso de Pneumologia do Centro (CPC) o Prof. Carlos Robalo Cordeiro, que aludiu, por outro lado, ao êxito deste evento em congregar os esforços de formação e de informação relativos a vários Hospitais e Centros desta região

Presentes o presidente da secção regional do Centro da Ordem dos Médicos, que saudou esta iniciativa dos Hospitais do Centro e o Reitor da Universidade, que também proferiu alocução breve, destacando este esforço formativo, apesar dos atuais constrangimentos económicos.

Cumprindo a homenagem ao fundador das mais antigas Jornadas da região Centro, a “Conferência António Robalo Cordeiro” abriu de novo o Congresso, precisamente sobre Coimbra como Património da humanidade,

tendo como orador António Filipe Pimentel, curador do Museu Nacional de Arte Antiga e com destacado papel na candidatura e no seu pleno êxito. Na sua alocução referiu o prestígio e a antiguidade da universidade em Portugal, suas raízes e o paralelo à história do País e da Civilização Portuguesa Universal. O património imaterial da Universidade, verdadeira personificação da Escola portuguesa sobrepõe-se aos aspetos materiais. Ocupa um palácio real, e neste aspeto é única no mundo, na sua génese.

A sapiência que é a chancela da universidade guarda a escada da força de Minerva nos edifícios da Universidade, cuja dimensão domina o casario da cidade e sobrepuja outras instituições. A origem dos edifícios tem base numa estrutura islâmica do século X. Antecede o país, tendo uma matriz militar de defesa. A capela foi construída por D Sisnando, sendo a estrutura depois ocupada pelo rei na reconquista. As ampliações devem-se a D Afonso IV e D Manuel. Nestes edifícios se reúnem as Cortes de 1385, onde se elege o novo rei D João I, ocasião ímpar na vida da Nação, brilhando então aí o génio de João das Regras.



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

A principal revolução dá-se com D João III com a total mudança do corpo docente, e atualização ao espírito do Renascimento europeu. Convidam-se então professores estrangeiros dos quais o próprio Erasmo de Roterdão se incluiu. Este espírito só tem paralelo na escola de Alcalá de Henares.

As artes acompanham essa evolução e a cultura atinge então máximos nacionais com Machado de Castro. A contrarreforma também atinge picos culturais em Coimbra.

No século XVIII Os meios financeiros do Brasil enriquecem Coimbra e dão à Universidade um estatuto estatal. A torre é o primeiro observatório astronómico da instituição e a biblioteca joanina organiza-se e marca a proteção do rei e do estado à Universidade.

A reforma pombalina acrescenta Faculdades e moderniza o programa do Ensino.

O Estado Novo completa a Universidade com nova estrutura, dando nova monumentalidade aos edifícios, dentro do seu estilo peculiar.

Novo acréscimo surge com o 25 Abril abrindo para nova época.

A Universidade de Coimbra foi sempre contemporânea.

Em cerimónia simples, mas eloquente, foram homenageados dois dos fundadores do CPC recentemente reformados, os Drs. Rui Pinheiro e António Antunes.

Ainda no primeiro dia, teve lugar uma Mesa-Redonda sobre Asma, iniciando o Dr. José Manuel Silva por sistematizar o que distingue e o que confunde, nesta patologia. Retirou da definição da Iniciativa GINA os pontos que confundem e eles são diversos, mas nos recursos clínicos fez uma inovadora separação dos elementos identificadores da Asma, face às outras patologias, respiratórias ou sistémicas.

A Dra. Cláudia Loureiro abordou as Novas Terapêuticas, e começou por distinguir os motivos de escasso efeito terapêutico, em algumas situações específicas. Seria de recomendar uma melhor identificação dos genótipos.

A propósito do seu tema, separou as novas terapêuticas existentes (novos corticosteroides inalados, como o ciclesonide, outros broncodilatores de longa duração de efeito, teofilinas, antileucotrienos, o omalizumab, alguns esquemas de imunoterapia – como os esquemas rush e cluster). Nas terapêuticas não convencionais, abordou o uso do Heliox, aspetos nutricionais, em grande parte irrelevantes na sua atual evidência clínica, o uso do tiotropio, de macrólidos – na asma grave e em doentes exacerbadores, a terapêutica termoplástica – apenas em doentes exacerbadores, e

sobretudo em condições de investigação, ainda. Abordou a obesidade na sua interferência com a asma – referindo que ainda não existe evidência sobre a utilidade real da cirurgia bariátrica no tratamento da asma. Finalizou com considerações sobre os alvos citocínicos – ainda em investigação, mas mais próximos de aplicação clínica os anti IL4 e anti IL13, bem como os anti IL5, nos doentes exacerbadores

Seguiu-se na mesma Mesa um Caso clínico, de asma com alergia cutânea e episódios de tosse, com longa evolução de queixas – asma grave, que mostrou bom resultado com o emprego de omalizumab, apesar de ter sido necessário manter ainda corticoterapia oral.

A mensagem a guardar foi a de serem necessárias, com urgência, outras terapêuticas da asma.

Nesta Mesa, como depois noutras, a discussão foi muito viva e dispersou-se pela assembleia, entre gerações mais novas e outras com mais experiência. Seguiu-se um Simpósio patrocinado pela Firma Novartis acerca da DPOC – articulação dos cuidados de saúde, em que o Dr. Joaquim Moita descreveu o exemplo do ACES do Baixo Mondego, com o programa CONECTAR, que visa contrariar o sub diagnóstico desta patologia – apenas 0,73% de participação da DPOC nos Centros de Saúde, e destes doentes apenas 8,5% com espirometria efetuada.

O plano de ação consiste no desenvolvimento de uma unidade móvel com técnico de cardiopneumologia, que circulará com regularidade pelos Centros de Saúde, aplicando um inquérito clínico seguido, nos casos em que se justifique, casos de risco, de espirometria, avaliada depois nos serviços centrais de Pneumologia.

O Dr. António Jorge Ferreira falou depois do gliopirrónio, como agente novo a terapêutica da DPOC, realçando o atual uso excessivo de corticoterapia inalada nesta patologia e salientando que a meta futura da terapêutica é a de inverter o declínio da função respiratória nestes doentes. As Mesas Redondas prosseguiram com a abordagem da urgência obstrutiva, realçando a Dra. Salete Valente a das vias aéreas centrais. Concentrou-se no diagnóstico com meios simples, mas realçando maior sensibilidade da TAC com modalidade multidetector (inclusive a TAC dinâmica na traqueomalacia). Falou das potencialidades da broncoscopia e do EBUS e enumerou as modalidades de intervenção na via aérea. Seria de recomendar o uso simultâneo de vários meios de intervenção, em muitos dos casos.

O Dr. Fernando Barata tomou a seu cargo o tema da urgência vascular, liderada pelos episódios de trombo-embolismo pulmonar agudo, causa mais frequente de morte súbita – impõe tratamento



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

precoce. Alertou para a necessidade da atenção aos sintomas incaracterísticos, falando da utilidade dos scores de Wells e de Gêneve, para esta valorização adequada. Referiu que, hoje em dia, a cintigrafia pouco interesse tem nestes casos agudos e que a ecografia ajuda muito no início do processo. Falou depois nas indicações da tromboembolotomia e da endarterectomia. Ainda considerou as vasculites e a sua contribuição para este tipo de casos urgentes, sendo sí mais importantes as de pequenos vasos – deve lembrar-se a importância no diagnóstico dos pANCA. No que respeita à síndrome da veia cava superior, as considerações são muito as das suas causas neoplásicas. Nestes casos deve considerar-se a colocação de stents, aos quais se refriu ainda.

Neste mesmo dia passaram por três salas diferentes um conjunto de 70 posters, de todo o país e ainda de centros espanhóis, que participam regularmente no CPC, que justificaram uma discussão que se aprofundou e desenvolveu amplamente. No 2º dia foi apresentado o Pocket Guide de Cuidados Respiratórios Domiciliários, por alguns dos seus autores, as Profª. Paula Pinto, Helena Estêvão e Dra. Dyna Torrado. Foi feito um resumo da situação anterior a 2010, com o caos nos dados, justificando assim o alerta e o lançamento do pocket guide e das pen-drive, incluindo casos específicos. Foi saudada a atual colaboração entre a SPP, a Sociedade Portuguesa de Pediatria e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (Grupo Respiratório – GRESP), neste objetivo.

Saudou-se também a desejada e projetada substituição de grande parte de aparelhos de aerossóis domiciliários por câmaras expansoras (em breve serão comparticipadas pelo SNS).

Na Pediatria a Prof Helena Estêvão referiu múltiplas indicações para os cuidados domiciliários, diferentes e com necessidade de consideração adequada.

No que respeita à Medicina Geral e Familiar, a Dra. Dyna Torrado afirmou que o pocket guide vem ajudar na compreensão das indicações dos diferentes dispositivos.

Seguiu-se uma Conferência sobre Doenças Ocupacionais Inalatórias, introduzida pela sua moderadora, a Dra. Ana Arrobas, com uma sequência dos seus 300 anos de história.

O Dr. António Jorge Ferreira referiu o acentuado peso das doenças respiratórias na patologia ocupacional em Portugal (60% das situações) e enumerou as situações, através de uma elucidativa iconografia e sistematização, com exposição de vasta experiência pessoal, neste campo.

Ainda neste dia abordou-se em Mesa Redonda a referenciação da patologia do sono, o que esteve a cargo da Dra. Manuela Lopes e o seu

tratamento, pela Dra. Lília Andrade.

Este Mesa Redonda foi de âmbito sistematizado e muito prático, o que justificou uma ampla discussão, reconhecendo-se também a grande utilidade dos conceitos revistos.

Seguiu-se outro Simpósio sobre Novas Opções Terapêuticas na DPOC, sob patrocínio da Menarini, centrado no novo anticolinérgico Aclidínio, de que se encarregou o Dr. Joaquim Moita, com considerações iniciais sobre a fisiopatologia da broncoconstrição na DPOC e com o forte espírito prático na sua abordagem, atendendo aos sintomas noturnos e matinais que condicionam as atividades diárias dos doentes.

O Congresso terminou com a apresentação oral das comunicações selecionadas como as mais destacadas do Congresso, das quais foi escolhida a mais relevante, de acordo com Júri designado, a qual recebeu um prémio do CPC.

Houve ainda uma iniciativa destinada sobretudo a pneumologistas jovens, sobre métodos de comunicar em público, a qual esgotou as disponibilidades, atendendo ao elevado interesse e originalidade, tendo sido patrocinada esta iniciativa pela Medinfar.



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

Comissão de Trabalho de Tabagismo reúne

Por Ana Figueiredo e José Pedro Boléo-Tomé

Foi no passado dia 24 de Maio que teve lugar a última reunião da Comissão de Trabalho de Tabagismo, nas instalações da sede da Boehringer, em Lisboa. Estiveram presentes 41 médicos, incluindo vários internos com interesse na área, representando 22 Instituições.

O Programa tinha 3 vertentes: por um lado abordar 2 temas “quentes” atuais - o cigarro eletrónico e a utilização das novas tecnologias na Cessação Tabágica, por outro abrir a porta a uma colaboração futura com a Comissão de Tabagismo da SEPAR, e ainda testar um modelo para reuniões futuras, o formato workshop, no sentido de conseguir uma participação mais “rentável” dos elementos presentes na reunião.

A reunião iniciou-se com as boas-vindas da coordenação da Comissão e resumo das atividades efetuadas em 2013.

Seguiu-se a apresentação “Cigarro eletrónico: a discussão do momento” realizada pela Dra. Cecília Pardal, que mostrou o percurso do cigarro eletrónico e outros dispositivos similares desde o surgimento do conceito, por Herber A. Gilbert em 1963, passando pela sua invenção efetiva em 2003 pelo farmacêutico chinês Hon Lik, que registou a patente e o introduziu no mercado chinês no ano seguinte (Golden Dragons Holdings), até aos tempos atuais. Discutiu os pontos que neste momento são mais prementes e carecem de clarificação: O cigarro eletrónico não faz mal? É preferível ao cigarro clássico? Não provoca tabagismo passivo? Pode ser usado para a cessação tabágica? Pode ser usado pelos jovens para o início dos hábitos tabágicos? Como classificá-los? É o início duma nova epidemia?

A esta sessão seguiu-se um período de discussão, que se ligou diretamente com o tema seguinte da reunião: “Posição oficial da Comissão de Tabagismo da SPP sobre o cigarro eletrónico – proposta de documento”. Esta discussão já tinha sido iniciada algum tempo atrás no fórum de discussão da Comissão de Tabagismo (comissao detabagismo@gmail.com), tendo sido elaborado um documento provisório com os seguintes pontos:

1. O uso do cigarro eletrónico é muito recente, pelo que o conhecimento dos seus efeitos na saúde humana é ainda limitado. Os estudos científicos que já existem mostram que, apesar de serem



potencialmente menos perigosos que o cigarro convencional, os cigarros eletrónicos podem causar dependência e não são isentos de risco para a saúde, pois contêm substâncias aditivas, tóxicas, irritantes e carcinogénicas. Uma vez que são produtos não regulamentados, é mal conhecida a composição global desses cigarros.

2. Atualmente não foi demonstrado cientificamente que os cigarros eletrónicos sejam produtos seguros e/ou eficazes para deixar de fumar. Continuamos a recomendar que deixar de fumar totalmente deve ser a prioridade, se necessário recorrendo a tratamento especializado disponível nos serviços de saúde. Recomendamos o uso de fármacos que constam das recomendações internacionais, como os substitutos de nicotina ou outros que se encontram regulamentados, cuja segurança e eficácia estão bem estudadas.

3. O uso do cigarro eletrónico pode contribuir para a re-normalização do comportamento de fumar, mesmo em locais onde atualmente é proibido, pondo em risco anos de luta antitabágica. A crescente experimentação por parte de grupos mais suscetíveis, como as crianças e adolescentes, é especialmente preocupante e deve ser uma prioridade na regulamentação.

4. É urgente a regulamentação adequada destes produtos para minimizar os seus riscos e evitar o seu uso inadequado, segundo a evidência científica mais recente. Após múltiplas intervenções, foi consensual que se redigirá um documento definitivo para ser publicado na Revista da SPP. O tema seguinte “Novas tecnologias, gadgets e



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

internet na Cessação Tabágica”, foi apresentado pelas Drs. Daniela Madama e Cristiana Cruz. Com uma perspetiva jovem e tecnológica, fizemos uma viagem pelas Linhas Telefónicas de Ajuda, pelas novas tecnologias (aplicações para Tablets e Smartphones), Redes Sociais, Internet (sites e blogs) e ficámos a conhecer os novos Gadgets disponíveis (Nicostopper, Quitkey, VapeRanks, entre outros). Como comentário final ficou o facto de 1 em cada 100 portugueses estar a tentar deixar de fumar através da Internet e do telemóvel, sendo um sinal de alerta para a necessidade de estimular a participação dos media na cessação tabágica, para criar aplicações para smartphones e tablets em português e estimular o uso das novas tecnologias em grupos específicos (jovens), para ponderar o papel das redes sociais e blogs na partilha de experiências de cessação, e para a necessidade de avaliar a eficácia dos gadgets na cessação – boa relação custo/ benefício? Por fim, um último desafio: Como abordar a consulta de cessação tabágica face à disponibilidade das novas tecnologias?

Finda esta sessão foram ainda apresentadas as ideias para 2014-2015, que incluíram entre outras o tema da próxima Mesa Redonda da Comissão de Tabagismo no Congresso da SPP, a remodelação da página da Comissão no site da SPP, e a aprovação da campanha do dia 31 de Maio.

À tarde iniciámos os trabalhos “À conversa com...” o Dr. Segismundo Solano Reina, Coordenador da Área de Tabaquismo da SEPAR. Foi uma conversa informal entre todos, em que se falou de temas tão variados como a organização das consultas de Cessação Tabágica em Espanha e da sua Certificação, da organização e funcionamento da Comissão de Tabagismo da SEPAR e da SPP, da história da Revista Prevención del Tabaquismo, da luta antitabágica em Espanha e em Portugal, entre outras. Portas ficaram abertas para uma mais estreita colaboração entre as duas Comissões.

(No seguimento desta reunião já foi enviada pela Coordenação da Comissão e aceite para publicação no próximo número da Revista Prevención del Tabaquismo, uma Carta ao Editor. Foi também decidida a realização de um inquérito sobre tabagismo a todos os Pneumologistas portugueses, adaptando um questionário da Comissão de Tabagismo da SEPAR. Vamos tentar traçar um perfil dos hábitos tabágicos e atitudes face ao tabagismo dos Pneumologistas “ibéricos”).

Posteriormente foram realizados 3 Workshops em simultâneo em que se debateram os temas:

- Curso de Tabagismo/e-learning (Coordenador: José Reis Ferreira): Foi grande a aceitação por

parte do grupo que se reuniu a propósito da produção de um curso de e-learning. Começou por se debater a quem se destinaria, e foi consensual que deveria para já ser de amplo e livre acesso na página da SPP, sendo para isso ideal um 1º módulo sobre generalidades sobre tabaco, história e os prejuízos por ele provocados na saúde, em geral. Foi aceite que, numa 2ª fase, os Módulos de e-learning deverão dar uma eventual competência em tabagismo, acreditada pela SPP.

(No seguimento deste workshop iniciou-se já a preparação do XXI Curso da Escola da SPP: Travar o tabagismo – 1ª sessão de e-learning, que será apresentado no Congresso da SPP em Novembro).

- Guias para Pneumologistas e Doentes Respiratórios (Coordenador: Dra. Sofia Ravara): Foi referida a necessidade de pesquisa aprofundada para reunir informação, embora os manuais ou guias devessem ser muito simples, claros e apelativos do ponto de vista gráfico e de conteúdos. Em relação aos destinatários dos Guias para Pneumologistas foi unanimemente considerado que deveria ser mais abrangente, incluindo os diversos profissionais de saúde que trabalham na saúde respiratória. Quanto aos guias para doentes da área respiratória foi realçado a importância de um discurso positivo e centrado no doente e a possibilidade de incluir testemunhos de doentes que deixaram de fumar, idealmente com links para vídeos. Foi proposta uma nova reunião deste grupo de trabalho (aberto a todos os colegas interessados) no Congresso da SPP em Novembro.

- Estudo Epidemiológico prospetivo (Coordenador: Dr. José Pedro Boléo-Tomé): Foram discutidas duas propostas de estudos a realizar sob a égide da Comissão, que pela sua maior simplicidade e interesse imediato foram definidas como prioritárias: 1) realização de um inquérito a todos os pneumologistas portugueses sobre tabagismo, hábitos, práticas e perceções, adaptado de um trabalho congénere da SEPAR, a iniciar ainda este ano; 2) participação num estudo conjunto com o Instituto Português do Sangue sobre alterações hematológicas em fumadores saudáveis. Foi ainda proposto que em 2015 seja delineado um estudo mais aprofundado, epidemiológico, multicêntrico; como temas possíveis foi sugerida a caracterização das consultas especializadas portuguesas ou a caracterização dos doentes enviados à consulta.

O Tabagismo é um tema transversal a todas as áreas da Pneumologia, pelo que convidamos todos os membros da SPP a colaborar nos nossos projetos!



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

“A pneumonia não é sazonal”

Um estudo da Comissão de Infeciologia Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia

Apesar de ter maior incidência na época das gripes, a pneumonia não é sazonal. Segundo um estudo desenvolvido pela Comissão de Infeciologia Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, há mortes e internamentos durante os 12 meses do ano.

«Ao contrário do que se pensa, a pneumonia não é sazonal. Há internamentos e mortes por pneumonia ao longo de todo o ano», explica o Prof. Carlos Robalo Cordeiro, presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. «A vacinação pneumocócica é a melhor forma de prevenir a pneumonia. Pode, e deve, ser feita em qualquer altura do ano», continua.

O pneumococo é o responsável por cerca de 3 milhões de mortes por ano, um pouco por todo o mundo. É uma das principais causas de morte preveníveis através de vacinação.

No caso da pneumonia, um estudo desenvolvido pela Comissão de Infeciologia Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, revela que esta doença é responsável pelo internamento de uma média de 81 adultos por dia, dos quais 16 acabam por morrer.

Prevenível através de vacinação, a infeção por *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é uma causa comum de morbilidade e mortalidade. As crianças e os adultos a partir dos 50 anos, são os mais afetados pela doença pneumocócica, bem como grupos de risco, que incluem pessoas com doenças crónicas associadas como a diabetes, doenças respiratórias ou cardíacas, e que tenham hábitos como o alcoolismo e ou o tabagismo.

«É fundamental que se faça a vacinação, independentemente do mês ou da estação em que nos encontramos», alerta a Sociedade Portuguesa de Pneumologia,

Recentemente, um estudo internacional que incluiu cerca de 85.000 adultos com 65 ou mais anos de idade, demonstrou a eficácia clínica da Vacina Pneumocócica Conjugada 13 – valente (VPC13) na prevenção da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em adultos. «Excelentes notícias» para a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, para quem este resultado se traduz num «avanço significativo no combate à pneumonia».

“Apesar dos esforços das sociedades científicas ao nível local, e das recomendações para a tomada de medidas preventivas, a pneumonia pneumocócica continua a ser um das principais causas de morbilidade e mortalidade nos adultos. Os resultados deste estudo e a consequente consciência do potencial da vacinação, vêm reforçar esta posição. Representam um enorme contributo para a melhoria da qualidade da saúde pública, não só em Portugal, como em todo o mundo”, acrescenta Robalo Cordeiro.

Portugueses pouco esclarecidos relativamente a Pneumonia e Prevenção

A maioria dos Portugueses não conhece os sintomas da Pneumonia e poucos são os que sabem quais as formas de prevenção. Segundo os resultados de um questionário realizado pela SPP no final do ano passado, apenas 5,4% dos inquiridos estão vacinados contra a Pneumonia.

Os inquéritos foram realizados aos que se aconselharam no “Esquadrão da Pneumonia”, campanha de sensibilização e prevenção da SPP, que percorreu o País ao longo de duas semanas com o objetivo de alertar a população para a Pneumonia e para os problemas com ela relacionados.

«Os Portugueses ainda estão pouco esclarecidos relativamente à Pneumonia e às principais formas de prevenção», continua Robalo Cordeiro. «Os números são elucidativos: 96% dos inquiridos durante o Esquadrão da Pneumonia já tinha ouvido falar de Pneumonia, mas apenas 38,2% conhecia os sintomas. 71% afirmou não saber a diferença entre Gripe e Pneumonia e somente 25,5% sabia as suas formas de prevenção», acrescenta.

7,6% declarou já ter tido uma Pneumonia. De um total de 1021 participantes, apenas 55 (5,4%), estavam vacinados.

NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

Sobre o Estudo

Desenvolvido entre 2000 e 2009, o estudo incidiu sobre os internados com 18 ou mais anos, com diagnóstico primário de pneumonia. Foram excluídos pacientes com sistema imunitário diminuído, como infetados com VIH, transplantados ou em processo de quimioterapia. Trata-se de um estudo retrospectivo, com base nos dados da ACSS. Ao longo dos 10 anos de estudo, analisou um total de 8 milhões de internamentos.

Sobre o Inquérito

Realizado a 1021 indivíduos, 552 do sexo masculino e 469 do sexo feminino, entre os dias 12 e 26 de novembro de 2014, nas cidades de Lisboa, Faro, Coimbra, Viseu e Matosinhos. Idades compreendidas entre os 16 e os 95 anos. Todos os inquiridos foram abordados durante a ação Esquadrão da Pneumonia, campanha de sensibilização e prevenção da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, que percorreu o País o objetivo de sensibilizar a população para a Pneumonia e para os problemas com ela relacionados.

Highlights ATS 2014: DPOC – Novas perspetivas

Por Paula Pinto

Realizou-se de 16 a 21 de Maio, em S. Diego, nos Estados Unidos, a Conferência Internacional da ATS (American Thoracic Society): uma das reuniões mais importantes do mundo nesta área da pneumologia. Alguns dos nossos profissionais marcaram presença e partilham alguns dos destaques trazidos das suas sessões.

DPOC estável

Tendo em conta a actual classificação GOLD, foram muito focadas as diferenças desta comparativamente à anterior classificação. Existem publicados 4 estudos (COPDGene Study de Han et al; Copenhagen Study de Lange et al; Cocomics Study de Soriano et al; Eclipse Study de Agustí et al) que avaliam as características, a variabilidade temporal e/ou relações com outcomes de várias populações de doentes dos 4 grupos A, B, C e D. As principais conclusões a reter são:

A prevalência destas classes depende do tipo de população estudada (hospitalar ou de base populacional), sendo o grupo C o menos prevalente em todos os cohorts de doentes.

As comorbilidades e a inflamação sistémica são mais prevalentes nos grupos mais sintomáticos (B e D). Torna-se assim fundamental incluir as comorbilidades no diagrama de avaliação da DPOC.

A presença de enfisema e valores de saturação arterial de oxigénio mais baixos foram mais frequentes nos doentes dos grupos de alto risco (C e D).

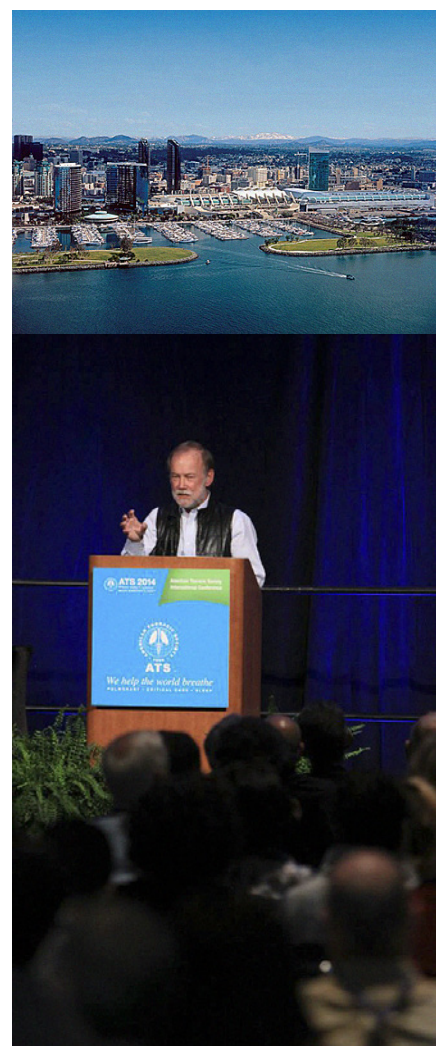
A idade, o género e a reversibilidade de FEV1 não diferiram entre os vários grupos GOLD.

Não se verificaram diferenças na taxa de declínio do FEV1 entre os 4 grupos GOLD.

O factor mais frequente para classificar os doentes num grupo de alto risco foi o valor de $FEV1 < 50\%$ (subgrupos C1 e D1). Por outro lado, a prevalência de doentes classificados num grupo de alto risco por terem tido história de exacerbações foi menos frequente (subgrupos C2 e D2). A classificação ser feita por grau de obstrução brônquica ou por antecedentes de exacerbações tem implicações terapêuticas e prognósticas diferentes. Assim nos primeiros subgrupos deverão ser privilegiados os broncodilatadores de longa duração e os segundos deverão incluir, para além dos broncodilatadores, corticoterapia na terapêutica de manutenção.

Os doentes classificados como A e D tendem a permanecer no mesmo grupo ao longo do tempo, enquanto os doentes dos grupos B e C mudam frequentemente de grupo durante o follow-up.

Apesar da actual classificação GOLD não ter como objetivo ser preditiva de mortalidade, verificou-se que a mortalidade aos 3 anos foi mais baixa nos doentes do grupo A, mais elevada no grupo D e semelhante e com valor intermédio nos grupos B e C. Os doentes dos grupos B e D tiveram 5 a 8 vezes maior risco de mortalidade por doença cardiovascular e cancro do pulmão comparativamente aos grupos menos sintomáticos A e C. Os factores associados a maior mortalidade foram: gravidade da obstrução brônquica, idade avançada, menor índice de massa corporal, maior número de comorbilidades e menor capacidade de



NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

exercício. Assim, assumir-se que a sintomatologia não se iguala à avaliação do risco está incorreto, uma vez que os grupos B e C têm prognósticos desfavoráveis, embora por diferentes motivos.

A incidência de exacerbações durante o follow-up aumentou progressivamente de A para D, mas os internamentos comportaram-se como a mortalidade. Um estudo recente (Boland et al. Prim Care Respir J 2014; 23: 30) conduzido a nível da medicina familiar demonstrou que a actual classificação ABCD se associa melhor com custos e com a qualidade de vida do que a anterior classificação. Os doentes do grupo C tiveram maior qualidade de vida do que os do grupo B, embora os custos de ambos tenham sido semelhantes.

São necessários estudos prospectivos com doentes dos 4 grupos GOLD especificamente desenhados para a avaliação da resposta aos tratamentos instituídos.

Apesar da actual classificação GOLD já reflectir a heterogeneidade da DPOC, indo para além da avaliação da obstrução brônquica, Agustí propôs um novo modelo mais completo de avaliação do doente com DPOC designado por painel de controlo da DPOC, que deveria incluir três domínios diferentes da doença: gravidade (valor de FEV1, IC/TLC, PaO2, distância na prova da marcha de 6 minutos, comorbilidades), atividade (hábitos tabágicos, taxa de declínio de FEV1, exacerbações, peso, biomarcadores) e impacto (mMRC, actividades da vida diária, CAT). Cada um destes domínios conteria informação de diferentes elementos da doença com valor prognóstico e/ou necessidades terapêuticas específicas, indo de encontro a uma medicina personalizada.

Toda esta informação seria incorporada numa aplicação informática "App" para mais fácil utilização na prática clínica.

Exacerbações de DPOC

Tendo em conta que não existem ferramentas válidas para a avaliação do prognóstico a curto e a médio prazo após os internamentos por exacerbações de DPOC, Almagro et al (Chest 2014, 145: 972) propuseram um novo índice denominado CODEX (comorbilidades, obstrução brônquica, dispneia, história prévia de exacerbações graves). Este índice revelou-se um elemento preditivo muito útil de sobrevida e de readmissão hospitalar num período de 3 meses a um ano após a alta dos doentes, tendo uma capacidade prognóstica superior a índices já conhecidos como BODEX, DOSE e ADO.

Relativamente à investigação de factores preditivos de exacerbações de DPOC, as principais conclusões foram:

O aumento da artéria pulmonar, traduzido por uma relação entre o diâmetro da artéria pulmonar e o diâmetro da aorta, superior a 1 (ratio PA:A > 1), que pode ser facilmente avaliado por TC tórax, associou-se a maior risco de exacerbações graves. Maior grau de enfisema e maior espessura da parede brônquica, avaliados por TC tórax quantitativa, associaram-se a maior risco de exacerbações, independentemente do grau de obstrução brônquica. Assim, cada aumento de 1 mm na espessura da parede brônquica, aumentava 1,84 vezes a taxa anual de exacerbações e em doentes com 35% de área de enfisema, cada aumento de 5% aumentava 1,18 vezes esta taxa.

Num estudo com 6574 doentes com DPOC (Thomson et al. JAMA 2013; 309: 2353) verificou-se que a presença simultânea de valores elevados de PCR (> 3 mg/L), fibrinogénio (> 14 µmol/L) e leucócitos (> 9x10⁹/L) se associava a um maior risco de exacerbações, mesmo em doentes com obstrução brônquica ligeira e sem história prévia de exacerbações.



OPINIÃO

Evolução terapêutica no Cancro Do Pulmão Não Pequenas Células Avançado

Por Martins Coelho

Na década de 70 a quimioterapia citostática disponível para o tratamento do Cancro de Não Pequenas Células do Pulmão (CPNCP) era pouco eficaz e até perigosa pela sua toxicidade.

Recordo-me de ter iniciado a minha participação numa Mesa-Redonda sobre “Tratamento do Cancro do Pulmão” no I Curso Pós-Graduado de Cirurgia Torácica em Maio de 1979, da seguinte forma: “Coube-me falar sobre o aspeto mais angustiante, controverso e, mesmo, desalentador do Cancro do Pulmão a Quimioterapia. De facto, nas últimas Reuniões sobre este tema, a que tive ocasião de assistir, as conclusões do debate sobre a quimioterapia poder-se-iam resumir aos seguintes conceitos: - ‘a quimioterapia é a “arma do desespero” no tratamento do cancro do pulmão’ – ou ‘quando não há nada melhor para fazer, então administram-se citostáticos.’”

Por essa altura, Lucien Israel no seu livro “O Cancro nos dias de hoje” publicado em 1976 e editado em Português em 1978, quando se refere à Quimioterapia, escreve: - “Eis-nos chegados a um vendaval crítico. Só a palavra ‘quimioterapia’ desencadeia subida de tensão e muita acidez gástrica em grande número de médicos que nela veem uma arma mais que perigosa, diabólica e que, contra todas as evidências que se acumulam, negam a eficácia e os progressos.” ... e a verdade é que no que respeita ao cancro do pulmão os progressos eram escassos ou nulos!

Já na década de 80, no I Congresso Luso-Espanhol de Pneumologia realizado em Lisboa em Maio de 1989, participei numa Mesa-Redonda: “Abordagem multidisciplinar do tratamento do Cancro do Pulmão” moderada por A. López Encuentra de Madrid e para a qual colaborei numa pesquisa exaustiva de referências bibliográficas em quatro idiomas (inglês, francês, português e castelhano) referentes a tratamentos combinados de Cancro do Pulmão entre 1975 e 1988 e na qual, relativamente ao Carcinoma de Não Pequenas Células do Pulmão (CNPC), apenas detetei dois ensaios randomizados com evidência de Grau II (NS), o que me levou a afirmar que: - “Com base na análise da revisão da literatura e na nossa experiência pessoal (Serviço de Pneu-

mologia – H. S. João) permitimo-nos considerar que: c)- a grande variabilidade de resultados obtidos por diversos investigadores, quando utilizam esquemas terapêuticos semelhantes pode ser explicada pela seleção de doentes efetuada, o que está diretamente relacionado com diversos fatores de prognóstico que são determinantes quer da taxa de resposta quer da taxa de sobrevida. Em face das considerações anteriormente expressas e dados os resultados controversos atingidos pelos diversos grupos de estudo do Cancro do Pulmão (Centro de Investigação Clínica) somos de opinião que a Quimioterapia Citotóxica atualmente não deve ainda ser considerada como uma terapêutica “standard”, a efetuar em todos os doentes com CB-NACP-IV (Carcinoma Bronquico-Não Anaplástico de Células Pequenas – Estadio IV).”

A partir da década de 90, com estabelecimento de regimes terapêuticos baseados nos derivados do Platino, verificou-se, através duma meta-análise publicada no British Medical Journal em doentes com CPNCP avançado, um prolongamento da sobrevida aos 12 meses de 5% para 15% e da sobrevida mediana em 1,5 meses. Estes aumentos eram ainda muito modestos, o que associado à elevada toxicidade dos regimes terapêuticos em utilização nessa época, continuava a verificar-se um sentimento generalizado de desconfiança ou mesmo de negação no que respeitava ao tratamento quimioterápico do CPNCP avançado.

Foi já no final do Séc. XX que surgiram os ditos agentes quimioterápicos de 3ª. geração (Paclitaxel, Vinorelbina, Docetaxel e Gencitabina) e, logo a partir de 2004 começaram a surgir terapêuticas dirigidas a alvos moleculares, inicialmente o Permetexed (anti-metabolito que inibe vários enzimas relacionados com o metabolismo dos folatos e na síntese do ADN) e logo a seguir outras terapêuticas-alvo mais específicas, como as dirigidas às mutações do EGFR, como os inibidores da tirosinocinase (TKIs) de 1ª. geração (gefitinib e erlotinib) e, mais recentemente, os inibidores da tirosinocinase (TKIs) de 2ª. geração (afatinib), assim como uma abordagem alternativa

OPINIÃO

com a utilização de anticorpos monoclonais com afinidade para a proteína EGFR (cetuximab) ou a terapêutica anti-angiogénica (anticorpo monoclonal anti-VEGF- bevacizumab), ou ainda com um inibidor específico da translocação do ALK (crizotinib).

Mais recentemente, a partir da observação de doentes com CPNPC com mutação EGFR+, tratados com TKI, têm-se encontrado casos de transformação em Carcinoma do Pulmão de Pequenas Células (CPPC), como um mecanismo de resistência. A repetição de biópsia (rebiópsia) neste tipo de doentes com progressão da doença após tratamento com TKI, está a levar ao reconhecimento de um sub-grupo de CPPC (cerca de 1% de todos os CPPC), que se apresentam como nódulos pulmonares periféricos candidatos a cirurgia em não-fumadores. Estes achados são aliciantes e a confirmarem-se constituirão uma autêntica “revolução”, porque põem em causa a origem celular do CPPC., uma vez que estes tumores parecem ser mais resistentes à terapêutica habitual do CPPC, apresentando-se com mais baixas taxas de resposta e menor tempo para a progressão.

Voltando a Lucien Israel e ao seu livro “ O Cancro nos dias de hoje” recordo que iniciava o Capítulo dedicado às “Armas Modernas” afirmando que: “ Quimioterapia e Imunoterapia, técnicas em desenvolvimento rápido e efervescente ... são elas que vão mudar tudo e já o começaram a fazer” e ao referir-se especificamente à Imunoterapia “... cujas bases estão longe de estar garantidas ou mesmo compreendidas, porém o seu futuro é dos mais prometedores”.

Foi na década de 70 que se iniciou a utilização do BCG intra-pleural e o papel imuno-estimulante de algumas bactérias (*Corynebacterium parvum*, p. ex.), pelo que era habitual dizer-se que um “empiema pós-operatório era sinal de bom prognóstico”. Assiste-se atualmente ao “renascimento” da imunoterapia com o objetivo de destruir as células tumorais por mediação imunológica.

A Imunoterapia terá tido um sucesso reduzido no Cancro do Pulmão, pois é “historicamente considerada como doença não imunogénica”, o que pode ser explicado pela capacidade deste tumor de escapar ao sistema imunológico quer através da secreção pelo tumor de citocinas imunossupressoras, quer pela reduzida expressão de complexos antígenicos major de histocompatibilidade, quer ainda pela baixa expressão de linfócitos a nível tumoral e mesmo a nível periférico ou pela desregulação da relação CD4/CD8 com menor capacidade de morte das células tumorais, de imunovigilância tumoral e de memória imunológica.

Estes fármacos estão ainda em fase de estudo, faltando determinar o timing certo para a sua utilização e em que doentes serão úteis, pelo que, com estas reservas em mente, os conhecimentos atuais mais recentes permitem sugerir que a imunoterapia poderá vir a constituir a “chave” para a próxima fronteira do tratamento do cancro do pulmão

A motivação para escrever esta opinião foi alicerçada na última Reunião Científica do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão (GECPC) e no Editorial da última Revista da GECPC – “Novos tratamentos. Nova Era?” da autoria de Teresa Almodovar e Ana Figueiredo.

Como conclusão não podemos, contudo deixar de afirmar, associando-nos a António Araújo que iniciou a sua apresentação na Reunião da Primavera do GECPC, dizendo que “O carcinoma do pulmão de não pequenas células (CPNPC), apesar dos recentes avanços verificados com a terapia dirigida a alvos específicos, continua sendo uma patologia de prognóstico muito sombrio.”

FONTES

I Curso Pós-Graduado de Cirurgia Torácica- H.S. João – Maio 1979

“ O CANCRO NOS DIAS DE HOJE” - prof. Lucien Israel -Ed. Futura 1978

I Congresso Luso-Espanhol de Pneumologia – LISBOA – Maio 1989

LUNG CANCER - State of the Art – Fred R. Hirsh and Peter Harper – Remedica 2009

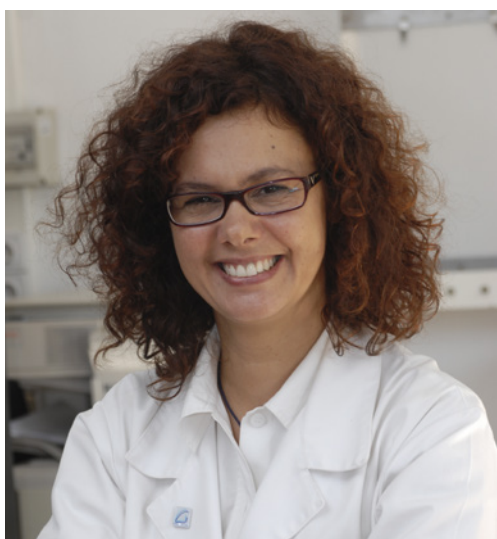
Revista do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão – Vol. XI, nº. 1 -2014

Terapêutica após progressão do CPNPC precoce ao localmente avançado tratado com Quimioterapia – Prof. António Araújo – Director do Serviço de Oncologia Médica do Centro Hospitalar do Porto. Editorial do J.T. O. - Junho 2014

Immunotherapy in lung cancer – Liza C. Villaruz, Zaparna Kalyan, Hassane Zarour, Mark A. Socinski – Transl. Lung Cancer Res. 2014;3(1): 2-14.

QUEM É QUEM

Ana Figueiredo - Coordenadora da Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia



A Comissão de Tabagismo existe desde 1992, dela fazem parte mais de 60 pneumologistas. Ao longo de mais de 20 anos a Comissão foi crescendo e atuando em áreas tão distintas como a Prevenção, a Formação e a Intervenção.

Na área da Prevenção, foram feitas ações na comunidade incluindo rastreios com realização de espirometrias e doseamento de CO no ar expirado, elaboração de posters e folhetos, organização de atividades no dia Mundial Sem Tabaco e no Dia do Não Fumador. Este ano, com o apoio das novas tecnologias e metodologias, foi feita uma campanha mais abrangente no dia 31 de Maio, com o título: "A única forma segura de fumar é não fumar". A Comissão de Tabagismo, além de múltiplas ações de Prevenção na Comunidade, é vice presidente da Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo (COPPT), representada na European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP), e tem colaborado com a ARS e com Organizações Não Governamentais (ONG's). Atualmente, através de movimentos europeus de advocacy, um esforço muito grande tem sido feito no sentido de fazer aprovar as Leis necessárias à implementação e cumprimento das medidas previstas na Convenção Quadro da OMS. A Comissão de Tabagismo tem também tido uma palavra a dizer. Na área da Formação foram elaboradas normas de atuação no Tabagismo adaptadas à realidade

nacional, realizaram-se ações de formação para pessoal de saúde, incluindo cursos pós-graduados nos Congressos anuais da SPP e no âmbito da Escola de Pneumologia. Pretende-se, como passo seguinte, que a Intervenção Breve faça parte do saber obrigatório de todos os Pneumologistas, e se possível de todos os médicos /profissionais de saúde.

Na área da Intervenção é importante referir que mais de 90% das consultas Hospitalares de Cessação Tabágica são efetuadas por Pneumologistas, que colaboram também ativamente na formação de médicos de Medicina Geral e Familiar para criação de Consultas especializadas.

O objetivo principal desta comissão é ajudar a controlar e tratar a epidemia do tabagismo em parceria com outras sociedades ou organismos envolvidos nesta área. O nosso trabalho continua, e tem cada vez mais que ser integrado numa dinâmica global. A preocupação com o impacto do tabagismo é Mundial, e a luta contra este flagelo tem que ser coordenada e concertada.

No mundo da pneumologia...

Em Coimbra nasceu, cresceu e em 1988 viria a formar-se em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo concluído o Internato Geral nos Hospitais da Universidade de Coimbra. A Especialidade de Pneumologia, no Serviço de Pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, chega em 1997 sendo no ano seguinte que inicia funções no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra como Assistente de Pneumologia e mais tarde assistente Hospitalar Graduada. A trabalhar no Sector de Oncologia Pneumológica desde Outubro de 1998 é também nesse mesmo ano que se começa a dedicar às Consultas de Desabitação Tabágica, passando a ser a responsável pelas mesmas em 2000. Enquanto membro ativo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia assume a coordenação da Comissão de Pneumologia Oncológica da SPP no triénio 2007-2009 e recentemente a coordenação da Comissão de Tabagismo da SPP no triénio 2013-2015.

Pessoal e intransmissível:

Naturalidade: Gândara de Espariz – Tábua – Coimbra

Mãe: da Carolina, do Arnaldo e da Mafalda.

Brincadeira preferida em criança: jogar à "macaca", ao "lencinho", ao "mata",...

Carro: Alfa Romeo Giulietta

Telemóvel: Samsung Galaxy

Relógio: alguns...

Lema: honestidade e otimismo?

Cor: nenhuma em especial, mas gosto de violeta

TV: gosto

Série: em criança, religiosamente, "os pequenos vagabundos"

Revista: na praia!

Hobby: Jardinagem

Livro: Na 4ª classe a professora lia-nos "A viagem maravilhosa de Nils Holgersson através da Suécia", de Selma Lagerlöf. Mais tarde comprei para ler aos meus filhos.

Praia: Costa Nova

Última viagem: Austrália

Local onde voltaria: preferia ir a um sítio que não conheça... Voltaria sempre para casa!

Prato preferido: difícil... gosto de tudo o que é bom...

Ator: Sean Connery

Tique: não estou a ver...

Vício: fazer listas!

Tabaco: vá lá...

Clube: Académica (Brioooooos!)

Desporto: Aikido em jovem, agora mexo-me de vez em quando!

EM AGENDA

Programas disponíveis em <http://ersnet.org/education/courses.html>

Ciclo de workshops de função respiratória

20 e 21 de Setembro, Hospital Cuf Descobertas, Lisboa

Paediatric Flexible Bronchoscopy*

22-24 September 2014 (Paris, France)

International Bronchoscopy*

25-27 September 2014 (Athens, Greece)

8.as Jornadas de Actualização em Doenças Respiratórias do Norte para Medicina Familiar

09 Out. 2014 - 10 Out. 2014 , Hotel Ipanema, Porto

ARTIGOS SELECIONADOS DA LITERATURA RESPIRATÓRIA RECENTE

1. ADVERSE EFFECTS OF E-CIGARETTE EXPOSURES.**AUTHOR(S):** Cantrell FL.

J Community Health. 2014 Jun;39(3):614-6.

2. ARE WE MISSING A SIMPLE TREATMENT FOR MOST ADULT SLEEP APNEA PATIENTS? THE AVOIDANCE OF THE SUPINE SLEEP POSITION.**AUTHOR(S):** Oksenberg A, Gadot N.

J Sleep Res. 2014 Apr;23(2):204-10.

3. AUTOMATED QUANTIFICATION OF RADIOLOGICAL PATTERNS PREDICTS SURVIVAL IN IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS.**AUTHOR(S):** Maldonado F, Moua T, Rajagopalan S, Karwoski RA, Raghunath S, Decker PA, et al.

Eur Respir J. 2014 Jan;43(1):204-12.

4. AUTOMATED VERSUS NON-AUTOMATED WEANING FOR REDUCING THE DURATION OF MECHANICAL VENTILATION FOR CRITICALLY ILL ADULTS AND CHILDREN.**AUTHOR(S):** Rose L, Schultz MJ, Cardwell CR, Juvet P, McAuley DF, Blackwood B;

Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 10;6:CD00923.

5. CIGARETTE SMOKING AND SYSTEMIC THERAPY FOR LUNG CANCER: CONSIDERING THE EVIDENCE TO IMPROVE CANCER CARE.**AUTHOR(S):** Warren GW. J Thorac Oncol. 2014 Jul;9(7):914-6.**6. DETERMINANTS AND PREVALENCE OF E-CIGARETTE USE THROUGHOUT THE EUROPEAN UNION: A SECONDARY ANALYSIS OF 26 566 YOUTH AND ADULTS FROM 27 COUNTRIES.****AUTHOR(S):** Vardavas CI, Filippidis FT, Agaku IT.

Tob Control. 2014 Jun 16 (in press).

7. EFFICACY AND SAFETY OF NINTEDANIB IN IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS.**AUTHOR(S):** Richeldi L, du Bois RM, Raghu G, Azuma A, Brown KK, INPULSIS Trial Investigators, et al.

N Engl J Med. 2014 May 29;370(22):2071-82.

8. EFFICACY OF LOWER-LIMB MUSCLE TRAINING MODALITIES IN SEVERELY DYSPNOEIC INDIVIDUALS WITH COPD AND QUADRICEPS MUSCLE WEAKNESS: RESULTS FROM THE DICES TRIAL.**AUTHOR(S):** Sillen MJ, Franssen FM, Delbressine JM, Vaes AW, Wouters EF, Spruit MA.

Thorax. 2014 Jun;69(6):525-31.

9. EXERCISE TRAINING IN PULMONARY REHABILITATION.**AUTHOR(S):** Andrianopoulos V, Klijn P, Franssen FM, Spruit MA.

Clin Chest Med. 2014 Jun;35(2):313-322.

10. EXHALED NITRIC OXIDE IN INTERSTITIAL LUNG DISEASES.**AUTHOR(S):** Cameli P, Bargagli E, Refini RM, Pieroni MG, Bennett D, Rottoli P.

Respir Physiol Neurobiol. 2014 Jun 15;197:46-52.

PAPERS: OS MAIS PEDIDOS À BIBLIOTECA DIGITAL DA SPP, EM 2013

11. HOW TO WRITE A SUCCESSFUL GRANT APPLICATION AND RESEARCH PAPER.**AUTHOR(S):** Ardehali H.

Circ Res. 2014 Apr 11;114(8):1231-4.

12. HOW TO WRITE A CASE REPORT.**AUTHOR(S):** Ghadiri-Sani M, Larner AJ.

Br J Hosp Med (Lond). 2014 Apr;75(4):207-10.

13. INTRAVENOUS MAGNESIUM SULFATE FOR TREATING ADULTS WITH ACUTE ASTHMA IN THE EMERGENCY DEPARTMENT.**AUTHOR(S):** Kew KM1, Kirtchuk L, Michell CI.

Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 28;5:CD010909.

14. ISONIAZID PLUS ANTIRETROVIRAL THERAPY TO PREVENT TUBERCULOSIS: A RANDOMISED DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL.**AUTHOR(S):** Rangaka MX, Wilkinson RJ, Boulle A, Glynn JR, Fielding K, van Cutsem G, et al.

Lancet. 2014 May 13 (in press).

15. LEVELS OF SELECTED CARCINOGENS AND TOXICANTS IN VAPOUR FROM ELECTRONIC CIGARETTES.**AUTHOR(S):** Goniewicz ML, Knysak J, Gawron M, Kosmider L, Sobczak A, Kurek J, et al.

Tob Control. 2014 Mar;23(2):133-9.

16. PREVALENCE AND IMPACT OF ACTIVE AND PASSIVE CIGARETTE SMOKING IN ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME.**AUTHOR(S):** Hsieh SJ, Zhuo H, Benowitz NL, Thompson BT, National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome Network, et al.

Crit Care Med. 2014 Jun 17 (in press).

17. TRENDS OF HOSPITAL ADMISSIONS FOR ACUTE EXACERBATION OF COPD IN SPAIN: ARE WE NEEDING A NEW OF HOSPITAL AND HEALTH SYSTEM ORGANIZATION REAPPRAISAL?**AUTHOR(S):** Esquinas AM, Zamarro García C, Rey Terrón L.

Respir Med. 2014 Jul;108(7):1066-7.

18. UNTREATED OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA AND THE RISK FOR SERIOUS LONG-TERM ADVERSE OUTCOMES: A SYSTEMATIC REVIEW.**AUTHOR(S):** Kendzerska T, Mollaveva T, Gershon AS, Leung RS, Hawker G, Tomlinson G;

Sleep Med Rev. 2014 Feb;18(1):49-59.

FICHA TÉCNICA