

A Corrida do Pulmão teve lugar no passado dia 27 de maio, no Jamor e contou com o Alto Patrocínio da Presidência da República. Uma manhã memorável marcada pela atividade física, pelo convívio e por muita animação. As inscrições online esgotaram numa semana, mas no local, muitos foram os participantes que se inscreveram minutos antes do tiro da partida. Através de uma parceria com a Quercus, cada inscrição correspondeu a uma árvore que a SPP vai plantar no Pinhal de Leiria. Não perca na próxima edição a cobertura integral desta iniciativa. [pág. 2](#)

Durante os dias 28 de fevereiro a 2 de março de 2018 realizou-se o XXV Congresso de Pneumologia do Norte que conta com o patrocínio da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. No ano em que se comemoraram as bodas de prata do Congresso, a Oxigénio têm um dossier dedicado a esta reunião, abordando alguns dos temas falados no congresso e ainda uma grande entrevista na qual o Prof. Doutor Agostinho Marques e o Dr. Ramalho de Almeida recordam como nasceu esta iniciativa. [pág. 4](#)

Nesta edição da Oxigénio damos ainda a conhecer as atividades da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, bem como das suas Comissões de Trabalho, realizadas de Janeiro a Maio. Desde as reuniões das CT'S às atividades comemorativas do Dia Mundial do Sono e do Dia Mundial da Asma, fique a saber tudo. [pág. 15](#)

A PNEUMOLOGIA PORTUGUESA É HIPERACTIVA?

Sem dúvida!

A presente edição do Oxigénio é bem demonstrativa desta afirmação. Um pouco por todo o País sucedem-se diferentes eventos, reuniões, simpósios e congressos, bem reveladores do grande dinamismo da Pneumologia portuguesa. O importantíssimo papel das Comissões de Trabalho da SPP está em claro destaque na presente edição do Oxigénio, divulgando uma intensa actividade científica que percorreu e percorre o País. Pode então afirmar-se que está tudo feito? Claro que não! Os desafios que se levantam à Pneumologia moderna são permanentes, como consequência do acelerado desenvolvimento do conhecimento científico, técnicas de diagnóstico e disponibilização de novos tratamentos na área respiratória. Compete à Pneumologia liderar todo este processo, como Especialidade fundamental da Medicina. Essa liderança depende de cada um de nós, no dia-a-dia, no trabalho que desenvolvemos nos hospitais, clínicas, consultórios e na sociedade. A divulgação da actividade da Pneumologia nacional torna-se, assim, indispensável na construção desta imagem bem real de uma Especialidade de ponta, moderna e inovadora, fundamental para o desenvolvimento da Medicina moderna. Sejam bem-vindos à presente edição do boletim Oxigénio!



Jorge Ferreira, MD, PhD
Editor Chefe Boletim Oxigénio

” O importantíssimo papel das Comissões de Trabalho da SPP está em claro destaque na presente edição do Oxigénio, divulgando uma intensa actividade científica que percorreu e percorre o País ”

Corrida do Pulmão, uma iniciativa SPP



MAIS QUE UMA META,
UM PONTO DE PARTIDA!

CAMINHADA |
CORRIDA
DOPULMÃO
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA
27MAIO2018

COM O ALTO PATROCÍNIO DE SUA EXCELÊNCIA
O Presidente da República

COMPLEXO DESPORTIVO NACIONAL DO JAMOR
EMBAIXADORA DA PROVA ERCÍLIA MACHADO

SPP

logos of sponsors: iogji, Oeiras, COMPRESPORT, Cerveja Nacional, LUSO FRUITA, DGS, Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, and others.

Com o lema “Mais do que uma meta, um ponto de partida” realizou-se, no dia 27 de maio, no Complexo Desportivo do Jamor, a Corrida do Pulmão, da responsabilidade da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) e com o alto patrocínio da Presidência da República. Com a organização desta iniciativa – que teve como embaixadora Ercília Machado, antiga atleta do Sporting Clube de Portugal, vencedora de vários títulos nacionais e internacionais – a SPP visou sensibilizar a população de diferentes faixas etárias para a necessidade da adoção de um estilo de vida saudável, também como forma de prevenção das diferentes patologias respiratórias.

Foram quatro as Comissões de Trabalho envolvidas na organização da Corrida do Pulmão – Comissões de Trabalho de Tabagismo, de Alergologia Respiratória, de Fisiopatologia Respiratória e DPOC e de Reabilitação Respiratória.

José Pedro Boléo-Tomé, coordenador da Comissão de Trabalho de Tabagismo da SPP, refere, a propósito da importância da realização desta iniciativa, que “informar também salva vidas: as doenças respiratórias são cada vez mais frequentes e incapacitantes e é possível preveni-las.” O médico pneumologista assegura ainda que “deixar de fumar e fazer exercício físico são duas medidas

que melhoram muitíssimo a qualidade de vida, previnem a doença e poupam custos”.

Para Filipa Todo Bom, coordenadora da Comissão de Trabalho de Alergologia Respiratória da SPP, “faz todo o sentido promover este tipo de iniciativas, envolvendo toda a população. É essencial passar a mensagem de que o sedentarismo é um inimigo da saúde. Esperamos assim, com estas atividades, melhorar a saúde global dos nossos doentes, e da população no geral. Cabe a nós, profissionais de saúde, mudar mentalidades, ajudando a implementar estilos de vida saudáveis”. Já a Comissão de Trabalho de Fisiopatologia Respiratória e DPOC da SPP viu nesta iniciativa uma forma de sensibilização para uma doença que afeta cerca de 800 mil portugueses. “Alertar para a importância do diagnóstico da DPOC e da importância do exercício físico no auxílio do controlo da doença, a par do acompanhamento médico e do cumprimento da medicação” foram também alguns dos objetivos da Corrida do Pulmão, refere Inês Gonçalves, médica coordenadora desta Comissão de Trabalho.

Também a Comissão de Trabalho da Reabilitação Respiratória se aliou à realização da Corrida do Pulmão. Vitória Martins, coordenadora desta Comissão de Trabalho, assegura – a propósito da importância da atividade física enquanto complemento ao tratamento das patologias respiratórias – que “inúmeros estudos têm demonstrado que os doentes incluídos em programas de reabilitação respiratória e que se mantêm fisicamente ativos têm melhoria dos sintomas, nomeadamente da dispneia e a tosse produtiva, melhor capacidade de exercício e de realização das atividades de vida diária”.

Sem limite de idades para participação, a iniciativa, desenvolvida com o apoio do Centro Desportivo Nacional do Jamor, do Instituto Português do Desporto e Juventude e da Federação Portuguesa de Atletismo – Programa Nacional de Marcha e Corrida, contou ainda com uma caminhada, e uma aula de Zumba.

Na próxima edição, não perca a cobertura integral desta iniciativa.

Por cada inscrição, uma árvore



A Corrida do Pulmão teve uma vertente de responsabilidade social, com o fim de contribuir para uma causa com valor, motivando também os participantes a unirem esforços para que o impacto social seja elevado. As inscrições online esgota-

ram numa semana mas, no local, foram muitos os participantes que se inscreveram antes do tiro da partida. Através de uma parceria com a Quercus, cada inscrição correspondeu a uma árvore que a SPP vai plantar no pinhal da Leiria.

CONHEÇA MELHOR ERCÍLIA MACHADO

Ercília Machado é a embaixadora da Corrida do Pulmão e todos os fins-de-semana está presente nos treinos de preparação. Veja a sua breve apresentação neste vídeo – QR code com o vídeo da *flash interview*. <https://www.youtube.com/watch?v=sFJdE3T6Wq0&feature=youtu.be>



Os treinos

Antecedendo a corrida e como forma de preparação, foram realizados vários treinos organizados nas semanas anteriores. Para além da avaliação física, foram transmitidas estratégias para a prática segura desta modalidade, fomentando a preparação física com a adoção de técnicas corretas e hábitos saudáveis que se prolongam para além do dia da corrida.



A Dr.ª Rita Gerardo, representante da Comissão de Trabalho de Alergologia Respiratória, esteve presente em vários treinos e recorda por que é tão importante praticar exercício físico, mesmo quando se tem uma doença respiratória como a asma – QR code com o vídeo da *flash interview*. <https://www.youtube.com/watch?v=vr-nlGsDloY&feature=share>



O Dr. Pedro Boléo-Tomé, representante da Comissão de Trabalho de Tabagismo da SPP, não faltou aos treinos para conseguir estar em forma no dia 27 de maio. Assista aqui à entrevista do Dr. Pedro Boléo-Tomé onde ele foca o tabaco e o desporto. – QR code com o vídeo da *flash interview*. <https://www.youtube.com/watch?v=kxmPW8o7fQ&feature=share>



DOSSIER ESPECIAL CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA DO NORTE

“Queremos sempre fornecer uma melhor assistência aos doentes”



Prof. Doutor António Morais

25 anos trouxeram mais tecnologia, mais participação e por isso também mais responsabilidade. Numa entrevista que marca as “bodas de prata” do Congresso de Pneumologia do Norte, o Professor Doutor António Morais, Presidente do Congresso em 2018 afirma que, ao longo destas duas décadas e meia, a Pneumologia sofreu uma enorme mudança, “não só na abordagem diagnóstica e terapêutica como também na organização dos serviços de Pneumologia a norte de Portugal. Há mais serviços de Pneumologia, os serviços têm mais assistentes, têm mais diferenciação, há uma maior cobertura relativamente às doenças respiratórias”, no entanto, assegura que não é a ideal, “devemos sempre lutar por melhor – e existem ainda muitos problemas por debater e é isso que pretendemos fazer neste congresso”. O Presidente do Congresso afirma que “quer a nível tecnológico, quer a nível dos conhecimentos ou mesmo a nível da nossa participação e da nossa relação com os colegas

de outros países, está tudo muito diferente” e considera que “todos os problemas que ainda existem têm sido uma caminhada de sucesso”. A evolução destes 25 anos traduz-se “em primeiro lugar, num diagnóstico mais rigoroso das patologias, até porque temos hoje meios de diagnóstico, em termos tecnológicos, que há 25 anos não tínhamos” desta forma, os pneumologistas têm “o trabalho mais facilitado, o que nos dá uma maior responsabilidade no sentido de cometer menos erros relativamente ao diagnóstico” face a também “melhores meios terapêuticos: existem fármacos que hoje usamos que permitem que os doentes tenham uma maior sobrevida e uma maior qualidade de vida”. Este ano houve uma preocupação em dar “maior destaque aos colegas de outras especialidades, nomeadamente a Medicina Geral e Familiar, que é absolutamente crucial num melhor acompanhamento das doenças respiratórias”, sendo que “é impossível um serviço de Pneumologia,

por muitos especialistas que tenha, por mais Pneumologia diferenciada que exerça, cobrir todas as necessidades relativamente às doenças respiratórias da população à qual se dirige”, e desta forma “é absolutamente fundamental ter uma relação muito forte com a Medicina Geral e Familiar”, frisa.

Relativamente ao mote que deu nome à primeira sessão do Congresso “Revisitando o passado, analisando o presente e projetando o futuro”, o Prof. António Morais explica detalhadamente que “o presente está sempre em mutação: existe sempre um desejo de ser melhor e de conseguir praticar uma assistência de maior qualidade aos doentes. O passado é a base de onde nós partimos, de maneira que no presente temos sempre obrigação de fazer mais do que aquilo que vem do passado” e reforça que “é nossa obrigação acompanhar essas inovações – aquelas cuja eficácia está provada – e tentar que elas sejam o mais brevemente disponibilizadas aos utentes”.

” Quer a nível tecnológico, quer a nível dos conhecimentos ou mesmo a nível da nossa participação e da nossa relação com os colegas de outros países, está tudo muito diferente ”

“E se nos juntássemos para fazermos um congresso único, no Norte?”

CONGRESSO PNEUMOLOGIA DO NORTE



Dr. Ramalho de Almeida e Prof. Doutor Agostinho Marques

“Não havia concorrência, mas sim complementaridade”, garante o Dr. Ramalho de Almeida relativamente à relação entre os serviços de Pneumologia do Hospital de Vila Nova de Gaia e do Hospital de São João. Dessa complementaridade nasceu, há 25 anos, o Congresso de Pneumologia do Norte que “é hoje uma reunião prestigiada, em que todos se dão muito bem”, acrescenta o Prof. Doutor Agostinho Marques. Os dois prestigiados pneumologistas do Norte foram os grandes impulsionadores da primeira edição desta reunião que, este ano, comemorou as suas bodas de prata.

Numa das margens do Rio Douro, o Hospital de Vila Nova de Gaia já realizava as suas próprias jornadas de Pneumologia desde 1985. Na outra margem, o Hospital de S. João começou, mais tarde, a fazer também a sua reunião dedicada à patologia respiratória. “Convidávamo-nos sempre uns aos outros e, um dia, estava eu, o Prof. Agostinho Marques

e o Dr. Martins Coelho e pensámos: por que é que não nos juntamos e fazemos um único Congresso de Pneumologia do Norte”, recorda o Dr. Ramalho de Almeida que, na altura, trabalhava no Serviço de Pneumologia do Hospital de Vila Nova de Gaia. Na mesma época (década de 90) outros serviços de Pneumologia emergiam na zona Norte do País, nomeadamente noutros hospitais do Porto, em Braga, Vila Real e, poste-

” **Deve haver sempre cooperação, tratam-se de serviços públicos que estão cá destinados com o mesmo fim: servir o doente e não para afirmar o que quer que seja** ”

riormente, em Barcelos e Guimarães. “Do pensamento chegou a criação e foi um evidente sucesso, e continua a ser, está cada vez melhor”, sublinha o Prof. Doutor Agostinho Marques. O pneumologista do Hospital de S. João diz nunca ter sentido qualquer tipo de concorrência entre os dois hospitais, no entanto, reconhece que, “sobretudo os médicos mais jovens” tendem a “vestir a camisola” e assumir um espírito mais competitivo. “É verdade que as pessoas devem fazer sempre o seu melhor e competir, mas deve haver sempre cooperação, tratam-se de serviços públicos que estão cá destinados com o mesmo fim: servir o doente e não para afirmar o que quer que seja”, recomenda o Prof. Doutor Agostinho Marques.

Na perspetiva do Dr. Ramalho de Almeida, cada um dos Serviços tinha as suas valências e o seu Know How dentro dos vários grupos patológicos. Neste contexto, havia complementaridade. Por exemplo, no Hospital de Vila Nova de Gaia havia uma maior experiência na área da tuberculose, já o Hospital de S. João “tinha muita tecnologia que nós não tínhamos”. Portanto, “da união veio um lucro enorme para os dois lados”. Essa cooperação mantém-se até aos dias de hoje e está bem presente em cada edição do Congresso de Pneumologia do Norte. “Este congresso é presidido por alguém do Hospital de São João e do Hospital de Vila Nova de Gaia, de forma alternada e o secretário-geral é do outro hospital, portanto, a equipa organizadora é sempre mista, tal como o modelo da reunião”, explica o Prof. Doutor Agostinho Marques. Todavia, para esta união da especialidade, “a Sociedade Portuguesa de Pneumologia também tem contribuído muito”, ressalva o Dr. Ramalho de Almeida. “Trabalhamos todos para o mesmo, há projetos comuns e isso é uma mais-valia”, frisa o especialista.

DUAS DÉCADAS E MEIA DE MUDANÇA

CONGRESSO
PNEUMOLOGIA
DO NORTE

” Vêm palestrantes de qualquer parte do Mundo a este congresso e o sentimento faz parecer que estamos todos em casa ”

Mas se, por um lado, este espírito de cooperação se manteve ao longo destes 25 anos, o mesmo não aconteceu na prática da Pneumologia. Do ponto de vista epidemiológico, por exemplo, “a tuberculose deixou de ser um grande problema para ser um problema menor, sem qualquer comparação com a realidade de antigamente, em que Portugal apresentava taxas de prevalência muito elevadas”. Hoje “temos uma prevalência muito semelhante à dos restantes países europeus”, adianta o Dr. Ramalho de Almeida. No sentido inverso, “a DPOC teve um grande incremento nestes últimos anos. É uma doença que nos preocupa muito sobretudo porque condiciona a qualidade de vida dos doentes”. Depois, “há um outro conjunto de doenças que, embora não sejam novas, são abordadas de forma diferente, como

é o caso das doenças do interstício e das fibroses. Os últimos 20 anos foram de grandíssima evolução dentro da Pneumologia”, afirma.

“As mudanças são enormes”, acrescenta o Prof. Doutor Agostinho Marques. “Na altura em que entrei na especialidade, a Pneumologia era praticada maioritariamente por profissionais do sexo masculino. Hoje em dia, é sobretudo composta por elementos do sexo feminino”. Além disso, “na altura que este congresso começou, Portugal, no plano científico da Medicina era um país muito atrasado em relação ao resto da Europa, nomeadamente nos indicadores de saúde. E hoje não, nós conseguimos acompanhar o desenvolvimento da Medicina no mundo e conseguimos ultrapassar o nosso próprio bloqueio, pois estávamos estagnados”, recorda o pneu-

mologista do Hospital de S. João. Atualmente, “vêm palestrantes de qualquer parte do Mundo a este congresso e o sentimento faz parecer que estamos todos em casa”, sublinha.

Considerando que a grande evolução ocorreu no campo técnico e científico, com o aparecimento de métodos de diagnóstico cada vez mais precisos e com o desenvolvimento de tratamentos cada vez mais eficazes e direcionados, os dois especialistas acreditam que a mudança de mentalidades também é marcante. “Não faz sentido pensarmos em travar a DPOC se não implementarmos políticas antitabágicas. Uma coisa vieram atrás das outras e sente-se hoje em dia uma grande mobilização e consciencialização da sociedade”, refere o Dr. Ramalho de Almeida.

O SEGREDO DO SUCESSO....

“É a vontade desta comunidade de médicos ir melhorando continuamente. Não tem sido preciso pregar aos peixes. É a própria dinâmica de vontade de melhoria contínua dos jovens médicos, que faz com que isto se tenha mantido geração após geração. E está para continuar, não

tenho a menor dúvida, não há um menor risco de se apagar. O segredo está na qualidade das pessoas que compõem o congresso”, defende o Prof. Doutor Agostinho Marques.

“Ao fim de 25 anos é notável que a aplicação de algumas regras no

primeiro congresso, ainda se mantenham, ou seja, ninguém sentiu necessidade de alterar alguma coisa e isso deixa-me extremamente orgulhoso e certo que o congresso continuará por muitos e muitos anos mais.”, remata o Dr. Ramalho de Almeida.

Assistência na morte ultrapassa as fronteiras da saúde

CONGRESSO
PNEUMOLOGIA
DO NORTE



Dr.^a Edna Gonçalves, Ana Guedes e o Prof. Doutor Constantino Sakellarides

“A experiência que temos de doentes a pedir para morrer é quase nula. Não quer dizer que não venhamos a ter mais. À medida que vamos falando mais do assunto, é provável que vão surgindo mais pessoas a pedir para por fim à vida”

O Congresso de Pneumologia do Norte contou com uma sessão dedicada à morte medicamente assistida. Sob a moderação da jornalista Ana Guedes, o Prof. Doutor Constantino Sakellarides, professor na Escola Nacional de Saúde Pública, e a Dr.^a Edna Gonçalves, coordenadora da Rede Nacional de Cuidados Paliativos e especialista do Hospital de S. João, defenderam as suas posições relativamente a esta questão que a todos diz respeito.

“A experiência que temos de doentes a pedir para morrer é quase nula. Não quer dizer que não venhamos a ter mais. À medida que vamos falando mais do assunto, é provável que vão surgindo mais pessoas a pedir para por fim à vida”, começou por esclarecer a Dr.^a Edna Gonçalves. Na perspetiva da especialista é preciso separar o conceito de Cuidados Paliativos do conceito de eutanásia, contudo, “não é possível discutir a

eutanásia com segurança enquanto não houver cuidados paliativos para todos” e essa realidade, assumiu, ainda não foi alcançada. Citando um artigo do *British Medical Journal*, o Prof. Doutor Constantino Sakellarides referiu que a morte assistida é aceite por cerca de 80% da população americana e também por cerca de 80% da britânica. Segundo o professor da Escola Nacional de Saúde Pública, para que este conceito seja aceite até por parte dos profissionais de saúde, tem de haver uma evolução dos valores sociais. Na opinião do especialista, há ainda alguns preconceitos em relação à morte medicamente assistida que se prendem com a incerteza relativamente ao futuro: “Se agora aceitamos a morte assistida, o que estaremos a aceitar amanhã?” Este medo pode estar relacionado com a potencial banalização deste ato, tal como alguns meios de comunicação têm vindo a

relatar em situações que ocorreram em países como a Holanda. Para o Prof. Doutor Constantino Sakellarides, a questão pode ser tratada de forma muito simples, desde que a discussão da sociedade esteja centrada em formular a vontade coletiva em defesa da pessoa que pede para morrer. O especialista entende que a existência de Cuidados Paliativos de acesso universal e com nível de excelência inviabilize a discussão sobre a morte assistida até porque “os países que avançaram mais cedo na morte assistida são exatamente os países que oferecerem os melhores cuidados paliativos”. Porém, para a Dr.^a Edna Gonçalves, a definição de Cuidados Paliativos não prevê a antecipação da morte, mas sim o alívio do sofrimento e “uma pessoa que não está em sofrimento, não pede para morrer. Eu não tenho o poder de decidir a hora final da vida das pessoas”, sublinhou.

EUTANÁSIA – BOA MORTE



Prof. Doutor Constantino Sakellarides

A especialista assume que rejeita a eutanásia, assim como rejeita a obstinação terapêutica. “Se um doente irrecuperável se mantém ventilado, defendo que seja interrompido o suporte mecânico. Isso não é eutanásia. Isso é boa prática, na medida em que estamos a sujeitar o doente a um sofrimento desnecessário. Mas essa é outra discussão. Não podemos confundir os conceitos”. Neste aspeto o Prof. Doutor Constantino Sakellarides manifestou estar de acordo, ainda assim, e voltando à discussão da morte assistida defendeu ter o direito e “a liberdade de querer morrer bem” e de poder contar com o seu médico assistente para o ajudar a cumprir essa vontade. No entanto, “se o meu médico não me quiser assistir, está no seu direito”. “Todos queremos morrer bem”, frisou a Dr.^a Edna Gonçalves, “a questão é se devemos ajudar os doentes a morrerem no dia que eles escolhem. Não creio que tenhamos esse poder”, acrescentou. Segundo a especialista, uma pessoa que quer morrer, sabe exatamente como acabar com a sua vida “e não precisa de ser medicamente assistida”. Na realidade,

“A questão que estamos a discutir aqui é se deve ser um médico ou um profissional de saúde a fazer isto, as propostas que existem dizem que tem de haver sempre supervisão médica. É essa supervisão que a sociedade tem de decidir se devem ser os médicos a fazer”

“nos países onde a morte assistida foi despenalizada não se verificou uma redução da taxa de suicídio”. O que, na sua opinião, revela que “as pessoas que querem por fim à vida acabam por não contar com um médico para isso”. Neste sentido, “a questão que estamos a discutir aqui

é se deve ser um médico ou um profissional de saúde a fazer isto, as propostas que existem dizem que tem de haver sempre supervisão médica. É essa supervisão que a sociedade tem de decidir se devem ser os médicos a fazer”. Já em tom de conclusão, o Prof. Doutor Constantino Sakellarides afirmou que os receios que existem em relação à morte assistida estão relacionados com as notícias publicadas nos meios de comunicação e que dão conta de maus exemplos em que esta prática foi aplicada em casos que não o justificavam, nomeadamente, em idosos que, de alguma forma, representam um fardo para as famílias, em pessoas sem doença física que pedem para morrer devido a luto patológico ou a um desgosto do qual não conseguem recuperar. Mas isso adiantou o especialista, “são as exceções com as quais temos de aprender. É o que não podemos permitir que aconteça”. A questão da morte assistida não deve, de acordo com a Dr.^a Edna Gonçalves, ficar fechada no âmbito da saúde. “É um assunto que deve ser discutido no âmbito dos valores da sociedade”, concluiu.

CONGRESSO
PNEUMOLOGIA
DO NORTE

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DO SONO:

Perspetiva da Medicina Geral e Familiar

CONGRESSO
PNEUMOLOGIA
DO NORTE

Dr.ª Cláudia Vicente

” Penso que seja importante e relevante que os médicos de família conheçam mais sobre esta dura realidade; sobre o impacto que a doença tem na qualidade de vida do doente e da família, bem como no elevado risco cardiovascular envolvido e que, poucas vezes, lhe é atribuído ”

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono está subdiagnosticada e envolve riscos para a saúde pública. Muitas vezes, a sintomatologia é inespecífica e desvalorizada pelo doente. O médico de família (MF) tem um papel privilegiado ao conhecer o doente e a família de perto, podendo ter uma suspeita acerca da doença. Para além disso conjuga nas suas atividades a prevenção, seguimento e controlo de diferentes e graves comorbilidades como a hipertensão arterial (HTA), diabetes ou fibrilhação auricular, entre outras. Posteriormente, e depois de feito o diagnóstico, nos casos em que é instituído o tratamento de Pressão Positiva Contínua na Via Aérea (CPAP), seis meses após o início do tratamento e quando existe boa adesão e eficácia, o doente passa a ser seguido na Medicina Geral e Familiar (MGF). Penso, por isso, que a MGF pode e deve seguir estes doentes. Sinto-me muito motivada para os incentivar à adesão e aos

cuidados gerais como o controlo do peso, da tensão arterial (TA), etc. No entanto, este seguimento tem sido mais uma das exigências impostas aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) pelo número crescente de doentes. Penso que seja importante e relevante que os médicos de família conheçam mais sobre esta dura realidade; sobre o impacto que a doença tem na qualidade de vida do doente e da família, bem como no elevado risco cardiovascular envolvido e que, poucas vezes, lhe é atribuído. É fundamental que se torne obrigatório de alguma forma a entrega do relatório do ventilador para que a receita do mesmo seja renovada. Talvez seja este um dos pontos mais fracos deste processo. A renovação do receituário da ventiloterapia pode ser feita numa consulta própria ou aproveitando outras de risco cardiovascular como a diabetes e a HTA. Existe uma grande fatia dos doentes que está em fase ativa. Por este motivo é importan-

te maximizar cada contacto com o utente. A patologia do sono é ainda uma causa frequente de consulta. A maioria das vezes a causa não é a roncopatia típica da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), mas sim a insónia ou o sono não reparador. A insónia na SAOS é também uma realidade que, até ao momento, tem sido pouco debatida. Há ainda um caminho a percorrer. Na melhoria do diagnóstico, a referência tem aumentado. Neste momento talvez se mostre necessário ser mais exigente e referenciar de forma mais estruturada para que se priorizem os doentes mais urgentes. Para além disso a resposta hospitalar também necessita de ampliar os seus recursos de forma a ser mais célere. Posteriormente no que concerne ao seguimento penso que deve ser obrigatória a entrega de um relatório anual do ventilador para verificar os parâmetros de adesão e eficácia, caso contrário estaremos a renovar prescrições “às cegas”.

Reabilitação respiratória reduz “os custos e a taxa de mortalidade”

CONGRESSO
PNEUMOLOGIA
DO NORTE



Prof. Doutor. João Carlos Winck

O programa científico do Congresso de Pneumologia do Norte contou com uma sessão dedicada à “Reabilitação Respiratória: novas tendências e desafios”, na qual participaram o Prof. Dr. Rik Gosselink, o Prof. Dr. Peter Wijkstra e o Prof. Dr. Nicolino Ambrosino. O Prof. Doutor João Carlos Winck destaca o papel desta intervenção não farmacológica na abordagem dos doentes respiratórios. A reabilitação respiratória é fundamental num doente que sofra de perturbações respiratórias, uma vez que se trata de “uma intervenção não farmacológica, cujo programa passa, nomeadamente, por um treino ao exercício, reforço dos músculos respiratórios, condicionando melhoria da qualidade de vida, melhoria da tolerância ao esforço e redução das exacerbações”, explicou o Prof. Doutor. João Carlos

Winck. Face a este recurso é possível reduzir “os custos e a taxa de mortalidade”. Na pirâmide do ranking das intervenções na DPOC, em termos de custo benefício, a Reabilitação Respiratória está num nível muitíssimo elevado “logo após a vacina anti-influenza e a desabituação tabágica, e acima da intervenção farmacológica”.

No entanto, face a outras intervenções terapêuticas, nomeadamente a farmacológica, o pneumologista considera que “há uma falta de formação sobretudo em alguns médicos de Medicina Geral e Familiar porque a nível da especialidade todos os profissionais de saúde reconhecem o papel crucial da reabilitação respiratória. No que toca à Medicina Geral e Familiar há alguma falta de informação, eles são os “portais” onde entram estes doentes no circuito da saúde em Portugal e são eles que devem encaminhar os doentes para estes programas. Ao não o fazerem, os doentes vão ficar penalizados e é uma pena”. Esta redução da referenciação também está diretamente relacionado com “o subdiagnóstico da DPOC que ainda acontece muito em Portugal”, por outro lado, “o fato de não os encaminharem está, muitas vezes aliado à noção da falta de capacidade de resposta dos programas, em Portugal”. Considerando que em Portugal, existem apenas doze instituições com programas de Reabilitação Respiratória, é notável um “défice nas estruturas e a capacidade de resposta que temos não é a ideal” o que evidencia uma necessidade extrema de “criação de novas redes, novas estruturas hospitalares, em ambulatório, no domicílio para podermos dar resposta”, sendo que “esta criação de estruturas é um trabalho que está por fazer. Estamos muito aquém dos números que gostaríamos de ter, uma vez

que há um número bastante significativo de doentes com DPOC que beneficiam destes programas”.

No que toca à adesão do doente, o Prof. Doutor considera que é imensa porque “eles próprios notam que o benefício é perceptível. Eles veem que as suas atividades de vida diária, um simples tomar banho, fazer a barba, brincar com o neto, passear o cão ou fazer uma caminhada, ficam facilitadas aquando da adesão à reabilitação respiratória. E isso faz com que os doentes sintam de imediato um ganho para a sua saúde”, simultaneamente há também a “redução das exacerbações e dos dias de internamento devido a essas crises. Com o programa adequado, esse tempo vai ser reduzido ou até anulado, é uma grande motivação para a adesão”. O pneumologista considera que a grande missão para o futuro é “a telereabilitação domiciliária, sem dúvida. Esta sim é a área de futuro, de forma a podermos alargar a reabilitação respiratória a mais doentes”.

” Estamos muito aquém dos números que gostaríamos de ter, uma vez que há um número bastante significativo de doentes com DPOC que beneficiam destes programas ”

Cursos pré-congresso

CONGRESSO PNEUMOLOGIA DO NORTE

Como já vem sendo tradição, na véspera do arranque de cada edição do Congresso de Pneumologia do Norte, têm lugar cursos pré-congresso dedicados a temas específicos. Este ano não foi exceção e os temas para este dia dedicado à formação foram o cancro do pulmão, as bronquiectasias e a DPOC. Os cursos decorreram em simultâneo ao longo do passado dia 28 de fevereiro.

“Estes cursos vão variando ao longo dos anos pois não é possível ter cursos acerca de todas as doenças respiratórias”, explica o presidente da Comissão Organizadora desta 25.ª edição do Congresso de Pneumologia do Norte. Por outro lado, “se

em determinada área houver alguma inovação significativa, isso leva-nos a fazer uma atualização nesse tema”, acrescenta o Prof. Doutor António Morais. Por exemplo, na Oncologia, a evolução recente nesta área, nomeadamente na abordagem terapêutica, é incontornável; em relação às bronquiectasias, tem havido uma grande atualização na sua aplicação diagnóstica e consequentemente também terapêutica; “foi também um tema sobre o qual vários colegas manifestaram interesse, e, portanto, seria impossível ficar de fora”. Já o curso da DPOC é talvez uma das inovações deste ano e surge no contexto da aproximação à Medicina Geral e Familiar”. Este curso

que conta com o apoio da Boehringer Ingelheim, foi exclusivamente dedicado aos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários “porque achámos que isso os deixaria mais à vontade para fazerem questões, tirarem dúvidas e falarem dos problemas que sentem na abordagem desta doença e na relação que têm com os serviços hospitalares”.

O curso de Oncologia foi coordenado pelas Dras. Ana Barroso e Gabriela Fernandes, o curso de bronquiectasias foi coordenado pelas Dras. Adelina Amorim e Ivone Pascoal e o curso de DPOC foi coordenado pelos Profs. Doutores Miguel Guimarães e Marta Drummond.

Otimização do manejo da exacerbação grave da DPOC



Dr.ª Maria Manuel Figueiredo

As exacerbações na DPOC “geram bastante preocupação por terem um impacto negativo na qualidade de vida do doente, mas também porque proporcionam um aumento de hospitalizações, a progressão da doença e significam um maior risco de morte”. É assim que a Dr.ª Maria Manuel Figueiredo, pneumologista e

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia caracteriza o tratamento deste episódio.

As exacerbações graves são as que apresentam um aumento da intensidade de sintomas respiratórios e que levam ao aumento da terapêutica, broncodilatação por via inalatória, corticoterapia sistémica e antibióterapia. Nalgumas exacerbações graves em que o risco de vida está aumentado é mesmo necessário internar o doente para vigilância, otimizar a terapêutica farmacológica e associar oxigenoterapia e/ou ventilação não invasiva, explicou a pneumologista.

Em relação à telemonitorização domiciliária a médica considera que esta “tem sido, recentemente, alvo de atenção como possível instrumento para melhorar a vigilância do doente em ambulatório, permitindo altas mais precoces ou até evitar internamentos garantindo níveis de segurança adequados para cada situação clínica”. O que se procura é que seja uma ferramenta útil para diminuir os internamentos e a sua duração, evitando que os doentes estejam expos-

tos aos inconvenientes de um internamento hospitalar como por exemplo a “exposição a infeções hospitalares, alterações dos hábitos do sono, etc”. “Ainda não existe suficiente informação ou estudos em Portugal para podermos avaliar qual a dimensão desse impacto, mas penso que terá um impacto positivo. No entanto é importante ter sempre em conta qual o perfil de doentes adequado ao programa de que dispomos”.

Em relação ao manejo da exacerbação grave da DPOC “a melhoria contínua da articulação de cuidados assistenciais entre várias especialidades e vários níveis de cuidados, por exemplo, serviço de urgência, unidades de cuidados intermédios, enfermaria, médico assistente do doente, assim como a inter-relação com outros grupos profissionais de saúde como Enfermagem de Reabilitação, técnicos de Cardiopneumologia, entre outros, são determinantes para o sucesso no tratamento das exacerbações graves da DPOC” salienta a Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

O QUE ESTÁ AO ALCANCE DOS MÉDICOS PARA LIDAREM MELHOR COM AS EXACERBAÇÕES GRAVES DA DPOC?

A Dr^a Maria Manuel Figueiredo destaca “o estudo para atualização de conhecimentos e a participação em reuniões que promovam a partilha de conhecimento, como por exemplo o Congresso de hoje e a sessão

que vou moderar, que irá contar com a perspectiva dos nossos colegas espanhóis, que vão, seguramente, enriquecer o debate” como estratégias para melhorar o tratamento destas crises. Ainda assim,

sublinha, “nada disto resulta se não houver uma prática clínica diária, incluindo o doente como um todo e ouvindo-o, uma vez que a sua individualidade também é uma fonte de aprendizagem constante”.

CONGRESSO PNEUMOLOGIA DO NORTE

Individualização do esquema antibacilar no tratamento da tuberculose



Prof.ª Doutora Raquel Duarte

Os novos métodos diagnósticos e terapêuticos que surgem no âmbito da tuberculose poderão tornar possível a individualização do esquema de tratamento, ou serão apenas um sonho? Foi este o tema da apresentação da Dr^a Raquel Duarte, coordenadora do Programa Nacional para a Tuberculose e médica do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, no Congresso de Pneumologia do Norte.

Na sua opinião, esta individualização é possível no seu todo, mas hoje em dia existe só de forma parcial. “O que existe neste momento é um

esquema de tratamento da tuberculose que é igual para toda a gente. Inicia-se o esquema de tratamento com os fármacos de primeira linha durante cerca de seis meses, e ajusta-se o tempo de tratamento decorrendo do perfil de resistência, ocorrência de efeitos adversos e da manifestação clínica”. Já no caso da tuberculose multirresistente, apesar de se iniciar o tratamento de acordo com o regime empírico, o esquema é individualizado perante o conhecimento do perfil de suscetibilidade aos fármacos.

Idealmente, e o que se “imagina que aconteça no futuro, é que os esquemas sejam individualizados para todas as situações, mas hoje em dia isso não é possível”. Os entraves neste momento são a falta de utilização de forma rotineira de métodos de rápidos diagnósticos moleculares que permitam a identificação das mutações que conferem resistência aos antibióticos utilizados e que podem permitir, num futuro próximo, o estabelecimento de esquemas de tratamento direcionados para cada doente logo na fase inicial. “Esta prática evitará o atraso do diagnóstico da tuberculose resistente, a utilização de esquemas menos eficazes e o atraso de medidas que possam cortar a cadeia de transmissão”, explica a coordenadora do Programa Nacional para a Tuberculose.

“Nos últimos anos tem-se igualmente discutido a possibilidade de se

identificarem biomarcadores que possam ajudar o clínico a determinar a duração do tratamento” e por isso, a estratégia atual de que um esquema de tratamento é igual para todos os doentes poderá ser alterada se “se conseguir de forma eficaz identificar esses biomarcadores que possam prever que o indivíduo está curado e tem baixo risco de recidiva”. Para a Dr^a Raquel Duarte a individualização do esquema terapêutico é possível, mas ainda não está consolidada na prática clínica porque ainda se está a desenvolver: “estamos ainda na fase de tentar perceber quais são os melhores biomarcadores que podem ajudar a identificar a fase de término do tratamento”.

” O que se imagina que aconteça no futuro, é que os esquemas sejam individualizados para todas as situações, mas hoje em dia isso não é possível ”

Asma grave

CONGRESSO PNEUMOLOGIA DO NORTE

A asma é uma doença complexa e heterogénea, com múltiplos fenótipos clínicos, moleculares, biológicos e fisiopatológicos. Os sintomas mais comuns são brônquicos com obstrução das vias aéreas, hiperreatividade e inflamação crónica, que são desencadeados por diferentes vias. Uma proporção significativa das pessoas nos países desenvolvidos são afetadas pela asma, no entanto a grande maioria tem uma doença intermitente ou ligeira com pouco impacto na sua vida quotidiana. Esta grande maioria de pessoas com asma estará cada vez melhor controlada com os tratamentos disponíveis, tendo em conta os esforços que têm sido desenvolvidos na divulgação de *guidelines* de tratamento junto dos cuidados de saúde primários, pediatras e outros médicos não especializados em asma. No entanto, a asma grave também afeta uma porção significativa da população, embora, em Portugal, a incidência da mesma ainda não seja totalmente conhecida. “Dados europeus estimam que o número ronde os 3,5% a 5% da população”, afirmou a Prof^a. Doutora Cláudia Loureiro. A pneumologista Responsável pela consulta de Asma Difícil/Severa do Serviço de Pneumologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), lembrou, que a Rede de Especialistas em Asma Grave (REAG) tem em desenvolvimento o processo de Registo Nacional destes doentes, “que certamente contribuirá para o melhor conhecimento da Asma Grave em Portugal.”

O diagnóstico de asma grave tem por base a classificação atual da *Global Initiative for Asthma* (GINA), e é considerado portador desse tipo de asma todo o “doente que, no ano anterior, necessitou de tratamento de grau 4-5 para atingir o controlo ou que, apesar disso, se manteve não controlado. Esse controlo é definido por várias componentes que incluem os sintomas, agudizações e compromisso funcional”, segundo a pneumologista. “Contudo, o processo de diagnóstico inicia-se, desde logo, na identificação do próprio asmático dentro das várias patologias obstrutivas. Após essa identificação, há que



Prof^a. Doutora Cláudia Loureiro

diferenciar que motivos condicionam o não controlo da sua doença, neles podendo ser incluídos a adesão terapêutica, as dificuldades relacionadas com a técnica inalatória e os riscos condicionados pela exposição a desencadeantes, diferentes em cada doente”, acrescentou a especialista, referindo ainda que “outro óbice neste processo é a dificuldade de tratamento de algumas comorbilidades que muitas vezes coexistem (rinosinusite, obesidade, ansiedade/depressão, apneia obstrutiva do sono ou refluxo gastroesofágico), e que por vezes se confundem com a própria asma. Depois de integrados e otimizados estes fatores, que implicam um tempo mínimo de seguimento e de tratamento adequado, estaremos perante um doente grave se persistir a necessidade de terapêutica de elevada intensidade ou uma situação de não controlo da doença”, concluiu. No que toca aos sintomas, “mais do que em qualidade variam em, intensidade e gravidade, por vezes condicionando risco vital. Segundo dados recentes da U-BIOPRED (consórcio europeu multicêntrico), os asmáticos graves apresentam mais sintomas e mais exacerbações, mais frequentemente com obstrução persistente e eosinofilia da via aérea. À semelhança de todos os asmáticos, a tradução

da doença é heterogénea, devendo o clínico valorizar cada um dos sintomas e manifestações, bem como os possíveis desencadeantes.”

A asma grave tem alta morbilidade e mortalidade e é responsável por custos elevados. Na era do tratamento personalizado, “as normas globalmente aplicadas não devem ser rigidamente seguidas, preferindo-se as vias de cuidado integradas, estratégia já aplicada em outras áreas da Medicina. A abordagem multidisciplinar também se impõe na estratégia terapêutica destes doentes e das suas comorbilidades. Hoje em dia existem terapêuticas adicionais - como os agentes biológicos que se consideram de primeira linha em detrimento da corticoterapia sistémica, sendo fundamental a caracterização do endótipo de cada doente de forma a selecionarmos aquele mais adequado (anti-IgE, anti-IL5, anti-IL5R)”, afirmou Prof^a. Doutora Cláudia Loureiro. Para tal, a Medicina de precisão usa biomarcadores, que devem ser interpretados com base na evidência mais recente, “de forma a fazer deles uma aplicação correta na decisão terapêutica personalizada. Por isso se tem defendido a abordagem da asma grave em centros diferenciados e multidisciplinares com consultas estruturadas nesse sentido”, concluiu a pneumologista.

Estudo NELSON vai ajudar a determinar o melhor método de rastreio do cancro do pulmão

CONGRESSO
PNEUMOLOGIA
DO NORTE

No âmbito do Congresso de Pneumologia do Norte, o Prof. Doutor Venceslau Hespanhol apresentou o tema “À volta de novos conceitos” na qual abordou o rastreio do cancro do pulmão. Segundo o pneumologista do Hospital de S. João e presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 65% dos doentes são diagnosticados com tumores já em estágio avançado, o que inviabiliza a possibilidade de cura da doença. A possibilidade de implementar um sistema de rastreio que ajude a contornar esta situação tem vindo a ser estudada, mas ainda não foi encontrado o melhor método.



Prof. Doutor Venceslau Hespanhol

Estudo NELSON vai ajudar a determinar o melhor método de rastreio do cancro do pulmão

“À volta de novos conceitos” em torno do rastreio do cancro do pulmão foi o tema abordado pelo Prof. Doutor Venceslau Hespanhol. Segundo o pneumologista do Hospital de S. João e presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 65% dos doentes são diagnosticados com tumores já em estágio avançado, contudo, a possibilidade de implementar um sistema de rastreio que ajude a contornar esta situação tem vindo a ser estudada, mas ainda não foi encontrado o melhor método.

O - Quais as alternativas terapêuticas para um doente que é diagnosticado com lesões precoces e para um doente que é diagnosticado já com doença avançada?

Prof. Doutor VH - Na doença precoce, a opção terapêutica de eleição é a cirurgia que, em face dos desen-

volvimentos técnicos, é possível realizar-se utilizando técnicas cada vez menos invasivas, melhorando a qualidade de vida, reduzindo sequelas futuras e aumentando o número de candidatos elegíveis para tratamento cirúrgico. Na doença precoce, em situações especiais de fragilidade do doente, é possível utilizar um tipo especial de radioterapia, cujos resultados são muito aproximados dos da cirurgia para esse grupo de doentes, permitindo-lhes obter um benefício significativo. Na doença avançada, por definição, envolvendo sistematicamente o doente, as opções não são de tratamento local, como a cirurgia e a radioterapia, mas sim tratamento sistémico, envolvendo quimioterapia, tratamentos dirigidos a alvos moleculares e imunoterapia.

O - Quais as diferenças de sobrevivência entre estes dois grupos de doentes?

Prof. Doutor VH - É diferente até porque as doenças são biologicamente muito diferentes e condicionam prognósticos diferentes. Deverá ser ressaltado que, com as atuais opções terapêuticas para doença avançada, a sobrevivência dos doentes, dependendo das características moleculares dos tumores e da condição global dos doentes, em muitos casos, é três a cinco vezes superior ao que se verificava há 5-10 anos atrás.

O - Como pode ser antecipado o diagnóstico de cancro do pulmão?

Prof. Doutor VH - Muitos têm sido os métodos testados o que mais próximo está deste objetivo é a TAC torácica de baixa dose de radiação que, podendo ser utilizada de uma forma generalizada e sendo reprodutível,

poderá ser um dos métodos de antecipação do diagnóstico. Até ao momento, ainda há muito por esclarecer antes da adoção desta estratégia de rastreio que atualmente já está aprovado no EUA mas não na Europa.

O - Faz sentido, para o cancro do pulmão, criar um sistema de rastreio universal? Ou apenas destinado a grupos de risco?

Prof. Doutor VH - São algumas das questões ainda em aberto neste momento. Aguardamos o resultado final de um ensaio clínico realizado na Europa - NELSON - que poderá esclarecer se faz sentido e nesse caso, qual a melhor metodologia para realizar o rastreio do cancro do pulmão.

O - Esse modelo já existe noutros países? Com que resultados?

Prof. Doutor VH - Existe nos EUA, contudo, ainda não existem resultados do seu impacto na vida real, os resultados que existem remontam ao estudo NLST (National Lung Study Trial) realizado neste país e que permitiu provar que a sua aplicação reduziria em 20% a mortalidade por cancro do pulmão. Trata-se de um ensaio randomizado com mais de 55.000 pessoas com risco elevado de cancro do pulmão aleatorizados em dois grupos, TAC versus radiografia de tórax anuais, durante três avaliações - comparando ao fim de dez anos, se esta intervenção determinou ou não redução da mortalidade. O ensaio foi encerrado após 6,5 anos de seguimento por ter atingido este objetivo e tem, até agora, sido a base científica das decisões de implementação do rastreio do cancro do pulmão.

Curso pós-congresso de ecografia torácica

Decorreu nos dias 25 e 26 de janeiro a segunda parte do Curso Pós-Congresso de Ecografia Torácica, em Lisboa, na sede da Sociedade Portuguesa Pneumologia e no Hospital Pulido Valente.

ATIVIDADES SPP



“A ecografia torácica antigamente não era utilizada pela Pneumologia porque se admitia que o ar não permitia ter imagens do pulmão. Depois foi-se percebendo – com os artefactos – que era possível retirarmos informações”, explica o Dr. Júlio Semedo, um dos coordenadores do curso. Vários motivos acabaram por contribuir para que a ecografia torácica se tornasse importante para a pneumologia, “de tal forma que hoje em dia já se diz que acaba por ser tão importante para como o estetoscópio”: não só não provoca qualquer dano ao doente como tem uma excelente acuidade diagnóstica e é de acesso e transporte fácil.

A Dr^a Leonor Mota, outra das coordenadoras, explica que o curso é de nível básico e o que se pretende é “ensinar ecografia básica a todos os internos de pneumologia”. Os internos aprenderam a “ver o tórax normal, a identificar as diferentes estruturas pulmonares, a ver as principais e mais frequentes alterações e a orientar punções relativamente simples guiadas pela ecografia” e são

orientar punções relativamente simples guiadas pela ecografia” e são incentivados a usar o procedimento no seu dia-a-dia, para que se generalize o seu uso.

O uso da ecografia torácica não é uma novidade, já que, como explica a pneumologista, “nos últimos anos

” Os internos aprenderam a ver o tórax normal, a identificar as diferentes estruturas pulmonares, a ver as principais e mais frequentes alterações e a orientar punções relativamente simples guiadas pela ecografia ”

tem havido um aumento da sua utilização”. Ainda assim, a técnica não é suficientemente usada no país pelos serviços de Pneumologia: “eu penso que a maior parte dos serviços não tem um ecógrafo e devia ter, devia fazer parte do argumentário de qualquer serviço”.

Por isso, o que se espera com este curso é a verdadeira implementação da ecografia torácica, e, no futuro, realizar mais cursos e de níveis mais elevados. “Talvez os mais novos acabem por dominar melhor a técnica com o tempo, mas o nosso objetivo é que todos os pneumologistas passem a utilizar a ecografia no seu dia-a-dia”, conclui o Dr. Júlio Semedo.

Galeria de fotos:

<http://www.sppneumologia.pt/galeria/pagina/curso-ps-congresso-de-ecografia-torcica-25012018/1>

Trainees Summit

ATIVIDADES SPP

A 8ª edição do Trainees Summit decorreu nos dias 27 e 28 de janeiro. O curso, dirigido aos internos de Pneumologia, incluiu uma revisão dos temas mais importantes dentro da área da DPOC, asma brônquica, infeções respiratórias não tuberculosas, tuberculose, doenças do sono, doenças ocupacionais, cancro do pulmão, técnicas endoscópicas e doença da pleura. O objetivo continua o mesmo de há oito anos: “criar um conjunto de formações que sejam úteis às pessoas e que as ajudem, de certa forma, a aligeirar a formação. Queremos proporcionar uma espécie de resumo pneumológico geral em termos teóricos, para aliar a estes anos de prática pelos quais vocês já passaram”, referiu o pneumologista e presidente da SPP, Prof. Doutor Venceslau Espanhol. O Trainees Summit marca, tradicionalmente, um momento de mudança na carreira profissional dos internos de Pneumologia: “vocês estão prestes a sair da fase de formação para entrarem na vida que



escolheram e comecem a exercer a vossa profissão”, acrescentou. Segundo o presidente da SPP, *Janus*, o deus grego que deu nome ao mês de janeiro, tem duas faces que representam a mudança. Uma das

faces é a saída, a outra é a entrada. E por isso mesmo faz sentido que este curso se inicie em janeiro, uma vez que os internos de Pneumologia estão prestes a submeter-se ao exame final da especialidade.

O Essencial da Medicina do Sono para MGF

**O ESSENCIAL DA
MEDICINA DO SONO
PARA A MEDICINA
GERAL E FAMILIAR**

**23 DE MARÇO
HOTEL D. INÊS, COIMBRA**

“O Essencial da Medicina do Sono para a Medicina Geral e Familiar” foi o tema do 1.º Simpósio organizado pela Associação Portuguesa do Sono (APS) e a Comissão de Trabalho de Patologia Respiratória do Sono da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. O encontro decorreu no dia 23 de março, no Hotel D. Inês, em Coimbra. Os destinatários preferenciais foram os profissionais de Medicina Geral e Familiar.

Para além de ir ao encontro das inúmeras solicitações que recebe para prestar formação na área dos distúrbios do sono a Associação Portuguesa do Sono, em conjunto com a Comissão de Trabalho de Patologia

Respiratória do Sono da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, procurou, com este encontro, contribuir ativamente para a promoção de formas de articulação eficazes no diagnóstico e no seguimento dos

doentes com patologia do sono. O que se poderá obter através do desenvolvimento de protocolos formais de referenciação e seguimento dos doentes entre os médicos e os hospitais.

Pneumo Next: os desafios do futuro

ATIVIDADES SPP



O Núcleo de Jovens Pneumologistas da Sociedade Portuguesa da Pneumologia, coordenado pela Dra. Margarida Dias com o apoio do Dr. Daniel Coutinho, da Dra. Filipa Carriço e do Dr. Bruno Von Amann, realizou nos dias 15, 16 e 17 de março, o Pneumo Next 2018. Este curso dirigido aos internos recém-chegados à Pneumologia tem como objetivo primordial, para além da continuidade e a inerência clara no calendário de trabalhos da SPP, a introdução à especialidade e o contacto com as matérias teóricas e práticas da Pneumologia atual. “A integração e a união das pessoas que começam o internato no mesmo ano, dá-lhes a possibilidade de se conhecerem para que, em reuniões futuras, possam ter um maior contacto e desenvolverem trabalhos em conjunto”, afirma o Dr. Daniel Coutinho. Salvaguardando que “entre os mais novos e os mais velhos prevalece a importância de transmitir o que é que está bem, o que é que temos de lutar para corrigir, o que é que é necessário estarmos atentos”. Relativamente à escolha dos temas abordados durante o curso, o Dr. Daniel Coutinho conta que os crité-

“entre os mais novos e os mais velhos prevalece a importância de transmitir o que é que está bem, o que é que temos de lutar para corrigir, o que é que é necessário estarmos atentos”

rios foram baseados no “bê-á-bá da especialidade, ou seja, aquilo que consideramos ser uma vergonha um pneumologista chegar ao fim do internato sem saber”, realçando que todos os frequentadores do curso estão agora na Medicina mas “por serem internos de Pneumologia, são interpretados já como *experts* na área quando, na realidade, não somos e não sabemos o suficiente para estar a opinar” e face a isto “acho que é importante eles assimilarem estas pequenas apresentações teóricas e práticas, para se poderem de-

fender e até para poderem ajudar da melhor forma, os colegas com quem trabalham agora nesta fase inicial”. Relativamente aos desafios da próxima geração que começa agora a ser formada, o pneumologista afirma que “a Pneumologia é uma especialidade médica que por si só faz todo o sentido e não penso que exista a possibilidade de ser absorvida para uma especialidade mais generalista, como será o caso da Medicina Interna”. No entanto, os novos Pneumologistas vão “enfrentar enormes desafios, como por exemplo: a falta de espaço para crescer e a falta de espaço para trabalhar. Vamos ter que unir esforços e vamos ter que lutar pelo nosso lugar, porque temos que o ter”.

Questionados sobre quais são as dicas para o sucesso nesta área que deixariam aos pneumologistas do futuro, o Dr. Bruno Von Amann frisa que “é muito importante que se dediquem a todos estes temas genéricos, muito globais e depois consigam uma diferenciação, uma subespecialização, enveredarem por uma área da Pneumologia em que consigam diferenciar-se. Acho que esta pode ser uma boa dica para conseguirem o seu espaço, a sua área de trabalho e terem uma influência neste mundo da Pneumologia, cada vez mais competitivo” já a Dr. Filipa Carriço acredita que os novos pneumologistas “devem procurar fazer aquilo que os satisfaça” e se por acaso “entrarem numa área que depois percebem que não gostam, tentem olhar na melhor perspetiva dessa área porque nós conseguimos sempre adaptarmo-nos” sendo que a tendência é “a especialização, mas temos de ter sempre uma versão generalista das coisas” e caso “não corram como estamos à espera, tentar dar sempre a volta”, alertou.

Galeria de fotos:

<http://www.sppneumologia.pt/galeria/pagina/pneumo-next-os-desafios-da-nova-gerao-de-pneumologistas-15032018/>

ATIVIDADES SPP

COMISSÃO DE TRABALHO DE TABAGISMO

Fatos e dados sobre o tabaco



O vídeo da responsabilidade da Comissão de Trabalho de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, com a participação da Dr.ª Joana Branco, alerta para os “Factos e dados sobre o Tabaco”. Um terço da população mundial adulta consome tabaco e em Portugal, o seu consumo é responsável direto por 18% da mortalidade nos homens e 5% nas mulheres. Para além disso, 7% da população nacional em idade pediátrica fuma.

Assista ao vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=9kBnrzjqA-3Q&feature=share>



Abordagem do impacto ambiental do tabaco



A Comissão de Trabalho de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia lançou mais um vídeo, no âmbito do projeto multimédia, com dicas e formas de motivação para deixar de fumar. Desta vez, a protagonista foi a Dr.ª Cláudia Matos que fala do impacto ambiental do tabaco.

Assista ao vídeo.

<https://www.youtube.com/watch?v=2rIHRSvzCi-Y&feature=youtu.be>



COMISSÃO DE TRABALHO
DE PATOLOGIA RESPIRATÓRIA DO SONO

ATIVIDADES SPP

Dia Mundial do Sono:
“Põe o teu sono na agenda”

16 DE MARÇO
DIA MUNDIAL DO SONO

AGENDA
09H00 REUNIÃO
11H30 CORRER
14H00 COMPRAS
15H00 AULA
17H15 CINEMA
20H45 JANTAR
24H00 TURNO
Dormir?

SONO E TURNOS, É OBRIGATÓRIO PROGRAMAR!

O sono é uma necessidade fisiológica.
Só é saciada se dormir.
Não pode ser trocada por nada.

#PÕEOTEUSONONAAGENDA

SPP SOCIEDADE PORTUGUESA DE PATOLOGIA RESPIRATÓRIA DO SONO

O trabalho por turnos é um componente essencial da sociedade moderna, estimando-se que a nível mundial cerca de 20% dos indivíduos trabalhem por turnos – classicamente definido como o trabalho realizado entre as 19 e as 6 horas. Sonolência diurna, dificuldade de atenção e memória, obesidade, aumento do risco de doenças cardiovasculares e gastrointestinais são algumas das con-

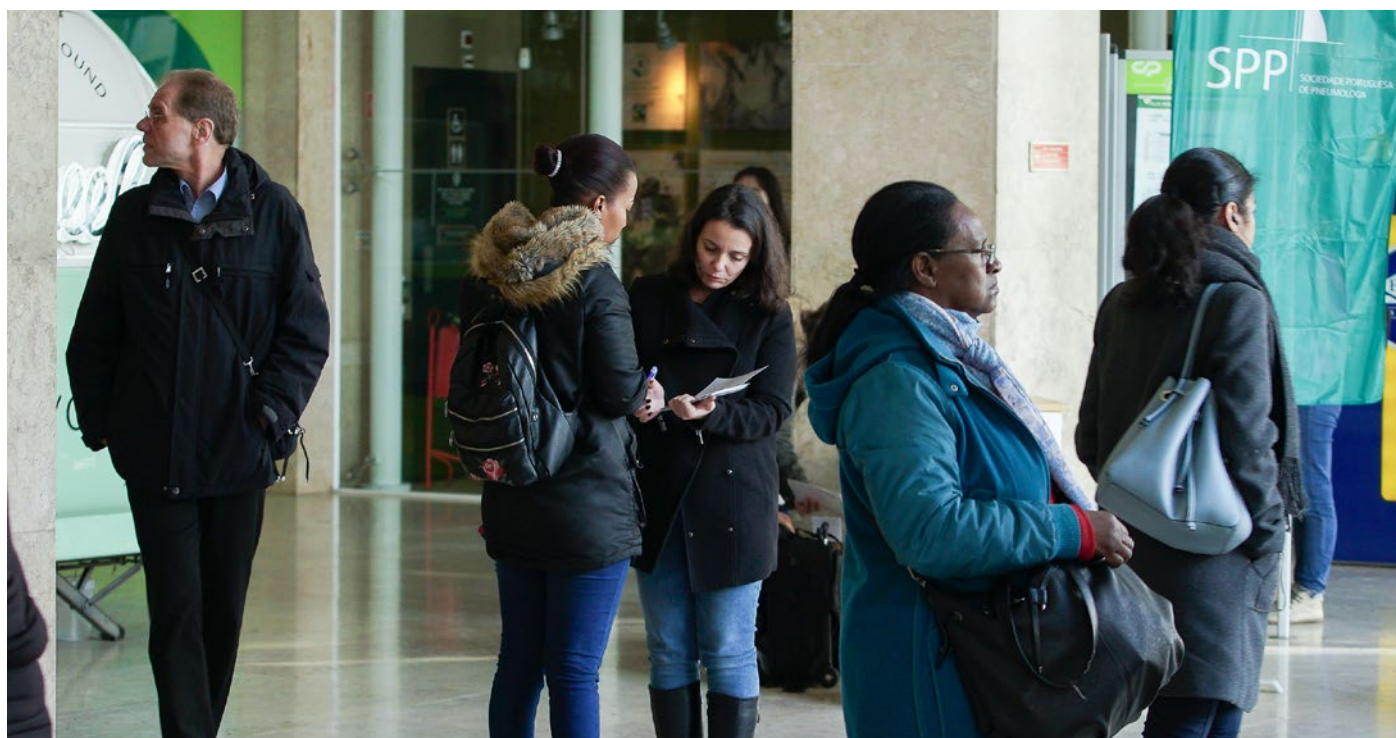
sequências negativas que o trabalho noturno representa para a saúde. Sobre o impacto do trabalho por turnos na saúde, Susana Sousa, secretária da Comissão de Trabalho de Patologia Respiratória do Sono refere: “nos últimos anos, vários autores têm sugerido existir também uma relação entre as perturbações do sono e o aumento do risco de cancro, nomeadamente entre o distúrbio

do sono associado ao trabalho por turnos e o cancro da mama, melanoma e cancro colo-rectal. Têm sido propostos vários mecanismos mas são necessários mais estudos para explicar esta possível relação epidemiológica”. Perante esta realidade, “são necessárias estratégias de intervenção preventiva. É mandatário que se programe o sono da mesma forma que se planeia, por exemplo, o dia de trabalho” refere a médica pneumologista.

Para Jorge Barroso Dias, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, é importante a consciência de que “o sono e o descanso são parte integrante das obrigações do trabalhador, são intrínsecos ao próprio trabalho. Neste âmbito, saliento com particular preocupação os profissionais de saúde que por inerência são trabalhadores noturnos e, tão frequentemente, saem de um turno noturno para começarem, logo a seguir, um turno diurno sem descanso! Outra classe profissional com este problema crónico são os taxistas, por exemplo.” O médico especialista em Medicina do Trabalho deixa o apelo: “todos os portugueses podem ajudar nesta campanha, todos somos responsáveis por cuidar dos nossos familiares, amigos e colegas de trabalho alertando para a importância de «pôr o nosso sono na nossa agenda”.

No âmbito desta campanha, no dia em que se assinalou o Dia Mundial do Sono, foi realizada uma ação de rua que consistiu na distribuição de um folheto informativo à população com recomendações para os casos em que existe trabalho noturno bem como indicações sobre as medidas de higiene do sono mais corretas a adotar. Foi ainda pedido aos transeuntes que preenchessem um questionário com o objetivo de avaliar os seus hábitos de sono. A ação decorreu na Estação do Rossio, entre as 08h00 e as 11h00.

DIA MUNDIAL DO SONO



ATIVIDADES SPP

Servoventilação adaptativa

Decorreu, no passado dia 7 de abril, em Cascais, a reunião anual da Comissão de Trabalho de Patologia Respiratória do Sono (CTPRS) da SPP. Servoventilação adaptativa em doentes com apneia do sono central foi o tema em debate, tendo em conta que os resultados do estudo Serve-HF “mudou a forma como abordamos a apneia do sono de tipo central”, pelo que, “era necessário fazer um ponto de situação e perceber o que mudou desde então”, referem as Dras. Fátima Teixeira e Susana Varela, representantes da CTPRS.



Oxigénio (O) - Servoventilação adaptativa em doentes com apneia do sono central foi o tema da reunião deste ano. Que critérios foram considerados para a escolha deste tema?

Comissão de Trabalho de Patologia Respiratória do Sono (CTPRS) - Este ano a CT decidiu que a reunião seria monotemática com uma atualização nesta área específica. Desde o estudo Serve-HF, que mudou a forma como abordamos a apneia do sono de tipo central, têm surgido vários estudos - alguns ainda em curso - e era necessário fazer um ponto da situação e perceber o que mudou desde então.

O - Que evidências advieram do estudo Serve HF?

CTPRS - Os estudos observacionais existentes sugeriam que o tratamento dos eventos respiratórios poderia modificar, de uma forma positiva, a evolução da Insuficiência Cardíaca (IC). O estudo Serve-HF (*Adaptive Servo-Ventilation - SV - for Central Sleep Apnea in Systolic Heart Failure*) publicado em 2015 mostrou, inesperadamente, um aumento da mortalidade no grupo tratado com SV em relação ao grupo contro-

lo (tratamento médico otimizado). Embora seja necessária mais investigação, baseado nestes resultados, a prescrição da SV está contraindicada em doentes com síndrome de apneia central do sono e IC com fração de ejeção deprimida. Nos outros tipos de apneia central não teve implicações na sua indicação.

O - Quais as atuais indicações para a servoventilação adaptativa?

CTPRS - A adaptação de servoventilação (SV) está indicada nas situações em que os doentes apresentam um predomínio de apneias centrais durante o sono. Este tipo de apneias são menos frequentes que as obstrutivas e são classificadas como primárias ou secundárias. A forma secundária mais frequente está associada à respiração Cheyne-Stokes (RCS) que afeta sobretudo doentes com insuficiência cardíaca (IC) e/ou AVC. Ocorrem apneias centrais associadas a outras doenças e ao consumo de alguns fármacos e substâncias de abuso. Por outro lado, alguns doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono (AOS) desenvolvem apneias centrais depois de iniciarem tratamento com pressão positiva da via aérea (CPAP). Naturalmente a

adaptação deste modo ventilatório é feito de uma forma individualizada de acordo com algoritmos definidos e sob controlo de estudo polissonográfico (PSG).

O - Quantos especialistas participaram nesta reunião?

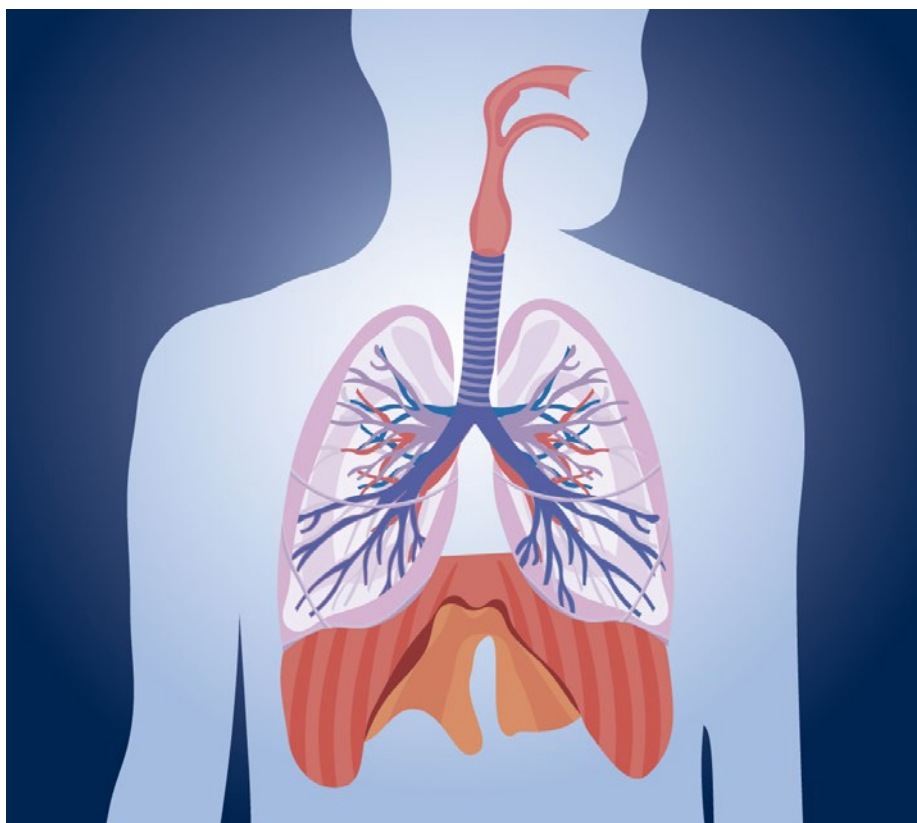
CTPRS - A reunião da Comissão de Trabalho de Patologia Respiratória do sono da SPP tem a participação de médicos e outros profissionais de saúde, sócios da SPP. Dependendo do tema em discussão, os palestrantes convidados podem ser de outras áreas médicas. Nesta edição participaram cerca de 50 profissionais e para além dos temas apresentados por convidados nacionais - Dr. Richard Staats e Dr.^a Sílvia Correia - tivemos a honra da presença do Professor Jean Louis Pepin, do Centro Hospitalar Universitário de Grenoble, que nos brindou com resultados de estudos recentes, alguns ainda a aguardar publicação, sobre o tratamento da síndrome de apneia central do sono. Mantendo a tradição dos últimos anos, houve ainda espaço a discussão de casos clínicos apresentados por diferentes hospitais do país, dedicados ao mesmo tema central da reunião.

COMISSÃO DE TRABALHO DE TUBERCULOSE

ATIVIDADES SPP

DIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE

“Esta patologia ainda existe” por Dra. Maria da Conceição Gomes



Dr.ª Maria Conceição Gomes

Como forma de celebrar o Dia Mundial da Tuberculose a Dra. Maria da Conceição Gomes, médica Pneumologista, Presidente da Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias (ANTDR) e Coordenadora do Programa de Tuberculose da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), partilhou um artigo de opinião que frisa a crucial importância do papel das associações “no suporte e incentivo à investigação de novos meios de combate à Tuberculose”. A luta antituberculose tem grandes tradições em Portugal. Em 1899 a Rainha D. Amélia iniciou uma batalha com resultados visíveis na sociedade atual, muito embora distantes da maioria dos outros países europeus. Cem anos mais tarde

(1989) registavam-se 8.000 novos casos de Tuberculose (TB) por cada 100.000 habitantes. Em 2017 registaram-se cerca de 1.900 casos de TB por 100.000 habitantes. A evolução é notável, mas não podemos baixar os braços.

Na sociedade atual cabe ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Direção-Geral da Saúde (DGS) os trabalhos normativos, estatísticos, epidemiológicos, como está referido no registo da Comissão de TB da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Questiona-se, contudo, por que razão a TB persiste – essencialmente nas áreas da Grande Lisboa e Porto – apesar de todos os meios, quer sejam terapêuticos ou de incentivos. É fundamental haver uma sinergia de ações e de envolvimen-

to da Sociedade Civil, passando por uma interligação entre as entidades oficiais, os utentes e os promotores de saúde, não esquecendo a função fundamental de ser, comunicar, informar, incentivar a literacia em relação a esta doença “tuberculose”. É igualmente importante não esquecer que as Associações desempenham um importante papel no suporte e incentivo à investigação de novos meios de combate à Tuberculose.

” Na sociedade atual cabe ao SNS e DGS os trabalhos normativos, estatísticos, epidemiológicos, como está referido no registo da Comissão de TB da Sociedade Portuguesa de Pneumologia ”

COMISSÃO DE TRABALHO
DE PNEUMOLOGIA ONCOLÓGICA

ATIVIDADES SPP

Resistências às terapêuticas dirigidas
e tumores neuroendócrinos

Decorreu no dia 7 de abril, em Espinho, a reunião da Comissão de Trabalho de Pneumologia Oncológica da SPP. A resistência às terapêuticas-alvo e o estado da arte dos tumores neuroendócrinos foram os dois temas em destaque neste encontro que contou ainda com uma componente mais prática com a apresentação de alguns casos clínicos.



Dr.ª Jessica Jones e Dr.ª Lurdes Barradas

Num primeiro momento da reunião foi feita uma revisão sobre as diferentes resistências às terapêuticas-alvo e a sua importância na prática clínica diária, nomeadamente, na opção terapêutica de acordo com o perfil genético do doente. Sobre a escolha deste tema, a Dra. Lurdes Barradas, coordenadora desta CT afirma: “sabemos que há resistências e que cada vez mais o tumor tem um perfil genético característico e, portanto, também cada vez mais, a terapêutica de tratamento do cancro do pulmão é personalizada, dirigida de acordo com o perfil genético de cada tumor. E foi nesta base que escolhemos este tema - para tentarmos perceber, equacionar e posicionar também as diferentes opções terapêuticas de acordo com as resistências que vão surgindo no decurso do tratamento do cancro do pulmão

de não pequenas células”.

A abordagem multidisciplinar aos tumores neuroendócrinos foi realizada com a visão da Anatomia Patológica, com a intervenção da Dra. Conceição Souto Moura, do Hospital de S. João, da visão da Medicina Nuclear, com a intervenção do Dr. Hugo Duarte, Diretor do Serviço de Medicina Nuclear do IPO do Porto e da visão da Pneumologia com a intervenção da Dra. Bárbara Parente, do Hospital CUF do Porto. “Em relação à abordagem multidisciplinar do tumor neuroendócrino, a Dra. Conceição Souto Moura

começou por fazer uma revisão sobre a classificação anatomopatológica destes tumores salientando as suas características morfológicas que vão, obviamente, ter um impacto na terapêutica e na sobrevivência do doente - no fundo, as características anatomopatológicas destes tumores vão definir o diagnóstico, a progressão da doença e a terapêutica preconizada. Já na intervenção do Dr. Hugo Duarte, foi muito focada a importância da PET-FDG e da PET DOTA-NOC no diagnóstico e na terapêutica deste tipo de tumores neuroendócrinos e também a visão da terapêutica com os análogos da somatostatina.

Por fim, ouvimos também a visão da pneumologia, com a Dra. Bárbara Parente, que fez uma revisão epidemiológica e clínica destes doentes e, obviamente, da terapêutica destes tumores, com uma visão global quer em termos de diagnóstico, estadiamento e tratamento”, refere a coordenadora da Comissão de Trabalho. Relativamente à realização destas reuniões, as duas médicas pneumologistas responsáveis pela CT - a Dra. Lurdes Barradas e a Dra. Jéssica Jones -, destacam como objetivo primordial “que todos possam sair daqui com uma melhor noção de como podemos diagnosticar e tratar os doentes para tornar o cancro do pulmão numa doença crónica. Ainda não é o que se passa, mas será, muito provavelmente, esse o futuro. É essa a nossa intenção”.

Galeria de fotos:

<http://www.sppneumologia.pt/galeria/pagina/resistencias-s-teraputicas-dirigidas-e-tumores-neuroendocrinos-em-debate-na-reuniao-da-ct-de-pneumologia-oncologica-07042018/1>

COMISSÃO DE TRABALHO
DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

ATIVIDADES SPP

“A intervenção terapêutica com melhor relação custo-benefício”

A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção multidisciplinar dirigida a um vasto leque de problemas inerentes ao estado de saúde físico e psicológico do doente em que a terapêutica farmacológica, por si só, é incapaz de abordar adequadamente. A RR é “a intervenção terapêutica com melhor relação custo-benefício” afirma a Dr.ª Inês Sanches. Este tipo de terapêutica consiste desde conselhos, a cuidados de nutrição, medidas de conforto ou treino específico que visam reduzir sintomas, otimizar a autonomia e capacidade funcional, aumentar a participação social e reduzir custos, através da reabilitação e recuperação da função respiratória que a DPOC atinge. Foram já demonstrados “inúmeros benefícios, não

só na DPOC, mas também noutras patologias respiratórias, tais como a asma, bronquiectasias, doenças restritivas, cancro do pulmão, pré e pós-operatórios de cirurgia torácica e abdominal”, refere a representante da Comissão de Trabalho de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Existem vários estudos que demonstram que os doentes incluídos nos programas de reabilitação respiratória e que se mantêm fisicamente ativos, através da atividade física diária, “têm uma grande melhoria dos sintomas, nomeadamente: melhoria da dispneia, da tosse produtiva, uma maior capacidade de realização das atividades de vida diária, uma redução das hospitalizações e/ou recurso ao serviço de

urgência”, relata a pneumologista. Os doentes acabam por ter também uma redução dos níveis de depressão e ansiedade e acabam por ter um maior nível de autonomia, o que conduz a uma “melhoria na qualidade de vida e a uma maior esperança média de vida”, afirma a Dr.ª Inês Sanches. No entanto, apesar de ser crucial a realização de exercício físico, a intensidade do mesmo deve ser adaptada às limitações de cada doente, “deve haver uma adequada prescrição do exercício personalizada para cada doente, atendendo às limitações respiratórias, cardiovasculares e osteoarticulares”, explica a especialista. Para além disso, o prescritor, deve também ter em conta as preferências do doente face ao tipo de exercício a realizar.



COMISSÃO DE TRABALHO
DE ALERGOLOGIA RESPIRATÓRIA

ATIVIDADES SPP

Dia Mundial da asma:
“Diagnosticar, tratar e controlar”

Para assinalar o Dia Mundial da Asma, a Comissão de Trabalho de Alergologia Respiratória, da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) lançou a Campanha “Diagnosticar, tratar e controlar” (#diagnosticar #tratar #controlar).

A Asma é uma doença que, de acordo com os dados do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, atinge um milhão de portugueses. Para a Sociedade Portuguesa de Pneumologia “este dia serviu para assinalar esta doença que continua associada a uma elevada morbilidade quando não tratada corretamente”, referem as Dras. Filipa Todo Bom e Rita Gerardo, responsáveis da Comissão de Trabalho de Alergologia Respiratória da Sociedade.

A Comissão de Trabalho de Alergologia Respiratória

alerta ainda para o facto de, apesar de toda a informação e terapêutica disponíveis atualmente, “43% dos doentes não têm a sua asma controlada, de acordo com o último Inquérito Nacional de Controlo da Asma. Como doença crónica que é, o tratamento da asma deve ser feito de maneira regular, diariamente, de acordo com a orientação do médico assistente. A medicação de manutenção prescrita é segura e os doentes não devem ter receio em tomá-la, uma vez que é esta que vai controlar a doença”. Como forma de alerta para a importância do diagnóstico e tratamento da asma de modo a que a doença esteja controlada, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, através da Comissão de Trabalho de Alergologia Respiratória, realizou um rastreio no Centro Comercial Colombo, no dia 1 de maio, entre as 10h e às 14h.



FICHA TÉCNICA

Editor Chefe: Prof. Jorge Ferreira; **Produção de Conteúdos:** RaioX; **Propriedade:** Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Rua Ivone Silva, nº 6 (Edifício ARCIS), 6º Esq., 1069-130 Lisboa • Telefone: (+351) 21 796 20 74 • E-mail: geral@sppneumologia.pt