

# 6º CPC

Congresso de Pneumologia do Centro



VISEU - Montebelo  
25 e 26 de JUNHO 2015

XXXIX Jornadas de Atualização Pneumológica

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA NO CONGRESSO

**CPC inova com  
introdução de  
casos clínicos  
paradigmáticos e  
apresentação de  
*hot topics***

**Congregar a energia,  
a vontade e o saber da  
nossa região, sempre com  
o "Pulmão no Centro"**

  
**VitalAire**  
Confiança na Experiência

30 ANOS DE CRIAR POTENCIAL  
30 ANOS  
AIR LIQUIDE HEALTHCARE

Oxigenoterapia  
Ventiloterapia  
Tratamento da Apneia do Sono  
Aerossolterapia

Cuidados Respiratórios Domiciliários

**GRÁTIS 800 201 550**

24 horas por dia, 7 dias por semana

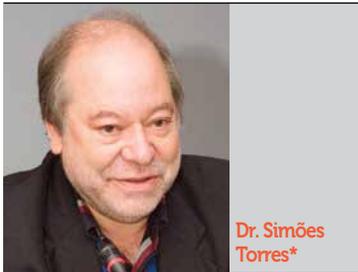
[www.vitalaire.pt](http://www.vitalaire.pt)

  
**AIR LIQUIDE**  
Healthcare

# O Pulmão no Centro de regresso a Viseu



Prof. Doutor  
Carlos  
Robalo  
Cordeiro\*



Dr. Simões  
Torres\*

Passados que são 5 anos após a realização do 1.º Congresso de Pneumologia do Centro podemos hoje dizer com segurança que o passo então dado valeu a pena, como demons-

tram de forma cabal o número de participantes e a dinâmica que o Congresso adquiriu.

Com a participação de todos os serviços de Pneumologia da zona centro e de serviços da vizinha Espanha, bem como de colegas de outras zonas do país, pretende-se, com o programa deste ano, manter o elevado nível científico já alcançado em anteriores edições, congregando assim a energia, a vontade e o saber da nossa Região, sempre com o "Pulmão no Centro".

O programa foi desenhado para permitir o debate de temas da atualidade pneumológica, contribuindo para a renovação de conhecimentos em diversas áreas da patologia respiratória.

Esperamos que vá ao encontro das expectativas dos colegas.

O momento de homenagem protagonizado pela "Conferência António Robalo Cordeiro" é também uma forma de consagrar a história do Caramulo na rota da Tuberculose, aproveitando a proximidade geográfica e o conhecimento profundo da

materia pela distinta personalidade que a vai proferir.

A inovação está presente no programa deste ano, não apenas com a introdução de casos clínicos paradigmáticos, como forma de debater as patologias infecciosa, pleural e obstrutiva, mas igualmente com a apresentação de *hot topics*, que discutirão temas da maior atualidade como as novas e perigosas alternativas no tabagismo, o rastreio no cancro do pulmão e a produção otimizada de boa investigação.

Serão igualmente abordados aspetos tão relevantes e fundamentais como a terapêutica antibiótica inalatória, a fibrose pulmonar idiopática ou associada a doenças do tecido conjuntivo, a cirurgia do cancro do pulmão e a asma brônquica.

Temos este ano três simpósios patrocinados pela indústria farmacêutica, onde se divulgarão os avanços que vêm permitindo o desenvolvimento de novas moléculas, da DPOC à fibrose pulmonar idiopática.

E serão ainda apresentados 73 trabalhos, sob a forma de *poster* ou de

**A inovação está presente no programa deste ano, não apenas com a introdução de casos clínicos paradigmáticos (...) mas igualmente com a apresentação de *hot topics***

comunicação oral, representando, de forma significativa, o panorama da patologia respiratória, não apenas do centro, mas também de norte a sul do país.

O programa social servirá de novo para aprofundar laços de amizade, num ambiente descontraído e onde a gastronomia terá obrigatoriamente um papel de relevo.

Contamos convosco e com a vossa participação ativa.

Bem-vindos a Viseu!

\* Presidência do Congresso

## A cidade da diversidade

Considerada como uma das cidades europeias com mais qualidade de vida, a cidade de Viseu oferece diversidade paisagística, cultural, climática e gastronómica.

Profundamente marcada pela história de Portugal, não faltam à cidade de Viseu monumentos para visitar ou locais típicos de passagem. A começar pela Praça do Rossio, o chamado "salão de visitas da cidade"; a imperdível Igreja dos Terceiros

de São Francisco, uma construção barroca do século XVIII; e a Casa-Museu Almeida Moreira, antiga Casa do Soar de Cima.

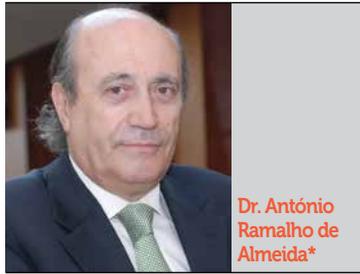
É inegável o valor patrimonial de Viseu. No entanto, a riqueza natural que envolve a cidade e que se espalha pelo concelho é igualmente digna de nota, proporcionando bons momentos ao ar livre. Tanto os Jardins Tomás Ribeiro, das Mães, de Santa Cristina, de Santo António, o

Monte do Crasto ou de Santa Luzia, ou mesmo o Parque Aquilino Ribeiro, vulgarmente chamado Parque da Cidade, são ótimas opções para um intervalo mais intimista e de deslumbramento paisagístico ou, em alternativa, de reunião social e convívio. O artesanato é também um traço identitário da cidade. Por toda a região há núcleos de artesãos, oficinas em atividade onde é possível adquirir objetos manufaturados, seja

em cestaria, olaria, tecelagem ou bordados, ferros forjados e trabalhos em madeira, mobiliário rústico ou curiosas flores de papel que outrora alindavam os andores das procissões. De resto, Viseu dispõe ainda de uma riqueza e diversidade gastronómica bem conhecida. Lampreia, Leite-creme, presunto... Só por aqui, já não faltam bons motivos para visitar Viseu. Dos bolinhos aos queijos, da Vitela ao Bacalhau, são várias as ofertas.



# O Caramulo na Rota da Tuberculose



Dr. António  
Ramalho de  
Almeida\*

Os anos 20 do século passado foram marcados por verdadeiras calamidades que trouxeram à Humanidade um clima de catástrofe e feridas que demoraram muito tempo a cicatrizar. A Grande Guerra entre 1914/18, e a Pneumónica em 1919, só por si contabilizaram mais de 50 milhões de mortes, mas a tuberculose que já por si era por esses anos um mal incontestável, viu o seu caudal aumentado sobretudo como consequência da fome e da miséria que essas pragas deixaram no terreno.

Jerónimo Lacerda, um jovem médico de Tondela, mobilizado para o conflito, regressou com a imagem de muitos sanatórios que em França vinham sendo moda e aproveitou

**O quadro médico da Estância incluiu os maiores nomes da Tisiologia da época, e muito para além disso formou dezenas de médicos**

o seu lado empresarial para criar no Caramulo um empreendimento formidável, com o objetivo de minimizar e tratar a tuberculose que em Portugal era responsável por cerca de 15 a 20 mil mortes por ano.

Em 1920 criou as estruturas para a construção de um hotel, já que no início o objetivo passava por oferecer condições para repouso e bons ares para pessoas em perigo de tuberculizar, mas em pouco mais de 15 anos conseguiu um verdadeiro império, aproveitando as condições excelentes de um clima favorável, e de um êxito assinalável com a sua experiência empresarial.

O Grande Hotel do Caramulo deu origem poucos anos depois a que fosse chamado Grande Hotel Sanatório, permitindo doentes e hóspedes, mas algum tempo depois a escolha foi decisiva e o imóvel passou a ser o Grande Sanatório.

O empreendimento, no seu auge, por volta dos anos 40, foi designado como Estância Sanatorial e Climática do Caramulo existindo aí 19 Sanatórios com uma oferta máxima de 2.300 camas.

Em 1937 chega ao Caramulo em condições deveras inesperadas o Dr. Manuel Tapia Martínez famoso médico espanhol para integrar o corpo clínico da Estância, e a partir daí o Caramulo vai ser conhecido no mundo inteiro.

O Dr. Manuel Tapia era na altura considerado a maior autoridade mundial em Tisiologia, autor de vários trabalhos extraordinários que o elevaram a esse estatuto, produ-

zidos no Sanatório de Fuenfria em Madrid onde era diretor e investigador principal.

Embora sem paixões políticas, foi considerado indesejável pelo regime franquista, e a fuga para Portugal foi a solução encontrada na altura.

Com Manuel Tapia como cérebro da organização clínica do Caramulo, aqui chegam doentes de todo o mundo, onde encontram as melhores condições para o tratamento possível por esses anos, onde as ações cirúrgicas eram dominantes.

O grande ensaio clínico com a estreptomocina realizado por Tapia e colaboradores em 1946 teria um significado paradoxal. Por um lado, o prestígio de mostrar ao mundo a eficácia do fármaco, embora com as limitações conhecidas em monoterapia, e por outro, o princípio da era antibiótica que viria a ditar o fim do Caramulo.

O quadro médico da Estância incluiu os maiores nomes da Tisiologia da época, e muito para além disso formou dezenas de médicos que viriam a dar o seu melhor ao país a ponto de ser reconhecida a enorme competência de médicos portugueses que deixaram uma marca muito positiva e inesquecível no combate à tuberculose em Portugal.

De qualquer forma temos de reconhecer a enorme capacidade do seu criador, o Dr. Jerónimo de Lacerda, cuja morte precoce em 1945 criou momentos de apreensão numa altura em que o Caramulo estava no auge. Alguma indefinição na altura em que a direção da Estância esteve

**O Caramulo foi a grande escola da Tisiologia em Portugal, e que viria, com o andar dos tempos e as reformas da política da saúde, a ser a grande perscrutora da Pneumologia portuguesa**

em causa foi bem solucionada com a ascensão de seu filho Abel de Lacerda, e mais tarde o irmão João de Lacerda, que viriam a manter e a ampliar a empresa, até que a introdução dos novos antibióticos, veio colocar um ponto final no internamento dos doentes, desde aí preferencialmente tratados em regime ambulatório.

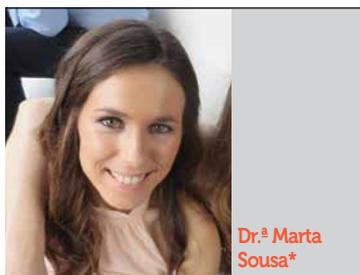
O Caramulo foi, sem qualquer sombra de dúvida, a grande escola da Tisiologia em Portugal, e que viria, com o andar dos tempos e as reformas da política da saúde, a ser a grande perscrutora da Pneumologia portuguesa.

\* Ex-diretor de Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Gaia

Quinta-feira,  
25 de junho - 10h00 

## Apresentação de casos clínicos

### Patologia Infecciosa



Dr.ª Marta  
Sousa\*

A patologia infecciosa ocupa um papel de relevo nos internamentos e consultas da Pneumologia, destacando-se, entre outros, a pneumonia/traqueobronquite em doentes com doença pulmonar estrutural, abscesso pulmonar, empiema e tuberculose. A apresentação clínica destes doentes é, muitas vezes, inespecífica, e o diagnóstico diferencial extenso, tornando desafiante o estabelecimento do diagnóstico definitivo.

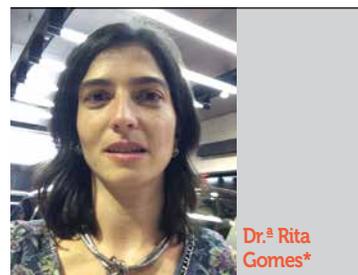
Nesta palestra será apresentada a marcha diagnóstica de um caso de patologia infecciosa, cuja evolução clínica não foi linear, e cujo diagnóstico final foi de tuberculose miliar. A tuberculose, apesar dos avanços em termos de exames complementares e de técnicas de identificação do *mycobacterium tuberculosis*, mantém-se, ainda, como um desafio diagnóstico e como o *great pretender* da patologia infecciosa, pelas suas diferentes formas de apresentação.

Este caso clínico destaca, portanto, uma patologia que continua atual e a merecer ênfase nos congressos de Pneumologia.

\* Interna de Pneumologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

Quinta-feira,  
25 de junho - 09h00 

### Patologia Obstrutiva



Dr.ª Rita  
Gomes\*

A DPOC é a 4.ª causa de morte a nível mundial, representando um importante desafio de saúde pública por ser prevenível e tratável. O diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento são imprescindíveis para uma correta abordagem e eficácia na melhoria dos sintomas, diminuição das exacerbações e atraso no declínio da função pulmonar.

Nesta comunicação será apresentado um caso clínico de patologia

obstrutiva – DPOC com foco na sua evolução temporal e escalada terapêutica desde a cessação tabágica, terapêutica broncodilatadora maximizada, reabilitação respiratória, instituição de OLD e de VMNI, culminando com a referência para transplante pulmonar.

A DPOC continua a ser uma causa importante de morbilidade e mortalidade a nível mundial, estimando-se que irá aumentar nas próximas décadas pela exposição continuada aos fatores de risco e pelo envelhecimento da população, motivo por que continua a merecer a atenção da comunidade médica.

\* Interna de Pneumologia do Hospital Sousa Martins, ULS - Guarda

Quinta-feira,  
25 de junho - 09h00 

## Terapêutica antibiótica inalatória



Dr.ª Fernanda Gamboa

A 6.ª edição do Congresso de Pneumologia do Centro irá dedicar uma sessão à terapêutica antibiótica

inalatória. Nesta conferência, a Dr.ª Fernanda Gamboa, assistente hospitalar do Serviço de Pneumologia do

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra fará uma revisão das opções terapêuticas aprovadas em Portugal, esclarecendo em que situações e de que forma devem ser utilizadas, finalizando com uma abordagem aos novos fármacos em desenvolvimento. Em Portugal, as únicas opções aprovadas para terapêutica antibiótica inalatória são a tobramicina, a colistina e o aztreonam. “Estes são os únicos fármacos com indicação para terapêutica inalatória, sendo a fibrose quística a única situação em que o seu uso está aprovado”, esclareceu a Dr.ª Fernanda Gamboa.

Sobre as mais-valias oferecidas por estas opções terapêuticas, a especialista avançou que “permitem ter uma alta dose de fármaco no local da infeção, que é a via respiratória, atingindo maior eficácia e, por outro lado, a maior parte dos fármacos utilizados têm escassos efeitos sistémicos dada a

sua baixa absorção, o que é sem dúvida uma vantagem”. Como salientou a especialista, trata-se de “terapêuticas prolongadas para uso em ambulatório”. No entanto, como principal contrapartida, a oradora referiu que “os sistemas de nebulização podem ser complicados de utilizar, pois requerem muito tempo aos doentes e cuidados de manutenção e higiene, o que compromete a adesão terapêutica; existem, no entanto, algumas formulações em pó seco com dispositivos que minimizam estas situações”.

A oradora apresentará alguns fármacos em desenvolvimento para administração para via inalatória, “não só para a fibrose quística, mas com ensaios clínicos em curso também para outras patologias”, acrescentou.

Quinta-feira,  
25 de junho - 11h30



## Biomarcadores na asma



Cláudia  
Chaves  
Loureiro,  
MD, PhD\*

A asma, como doença inflamatória heterogênea que encerra nos seus mecanismos patogénicos diversas respostas imunitárias e metabólicas, torna-se de difícil abordagem, particularmente nos doentes mais graves. A metodologia de análise *cluster* permitiu a identificação de vários fenótipos havendo grande investimento científico atual para entender os endótipos que lhes estão subjacentes. Nesse sentido, conhecer os biomarcadores (características objetivamente mensuráveis indicadoras de processo biológico normal ou patológico e/ou de resposta a intervenção terapêutica) é um passo importante para avançar nesse entendimento.

Até ao momento, apenas estão identificados dois endótipos: o Th2-Hi, que se relaciona com inflamação eosinofílica, com reposta à corticoterapia e a alguns tratamentos biológicos, e o Th2-Lo, de caracterização molecular mais deficiente. Assim, os biomarcadores atualmente disponíveis na clínica são os relacionados com a inflamação eosinofílica: - A IgE total, molécula chave na inflamação imuno-alérgica, é biomarcador de doentes elegíveis para tratamento com o omalizumabe. - O FeNO é marcador direto de inflamação Th2 (com suprarregulação pelas IL-4 e IL-13), mas a sua relação com a eosinofilia não é consistente. Foi, aliás, a partir desta evidência que se prosseguiu no entendimento dos mecanismos de eosinofilia na asma e se identificou o grupo celular das células linfóides inatas tipo 2. É marcador do fenótipo reativo e exacerbador e do fenótipo respondedor a corticoterapia. - A contagem de eosinófilos na expectoração é preconizada pelas *guidelines* da ERS/ATS para orientar terapêuticas (mas apenas nos centros com

experiência já que a técnica exige diferenciação), tendo valor na identificação de doentes respondedores aos corticóides e a biológicos (anti IL-5). - A contagem dos eosinófilos no sangue, por seu lado, apesar de poder falhar na inflamação eosinofílica local da via aérea, tem valor como marcador de resposta a terapêutica com anti-IL5. - Finalmente, a periostina é um biomarcador promissor cujos níveis elevados se relacionam com piores valores de FEV<sub>1</sub>, má resposta a corticoterapia mas resposta a anti-IL-13. Uma vez que a asma eosinofílica encerra em si mesma várias vias imunológicas, alguns trabalhos têm apontado para o preferível uso de biomarcadores combinados, em vez de um biomarcador isolado. Paralelamente aos mecanismos imunitários a importância do *stress* oxidativo no desenvolvimento da asma tem vindo a ganhar lugar, podendo contribuir para alguns endótipos Th2-Lo. Novas ciências como a metabólica têm surgido na identificação de assinaturas desses fenótipos. Num trabalho por nós realizado, identificámos um con-

junto de metabolitos relacionados com a peroxidação lipídica discriminativos de estado de exacerbação em relação à fase de estabilidade da doença. Conseguimos ainda, num outro estudo translacional e com base em assinaturas metabólicas relacionadas com a mesma via de peroxidação, estabelecer modelos de predição de gravidade da doença, função respiratória (FEV1) e inflamação (FeNO). Concluindo, se na asma leve a moderada a abordagem da asma e da sua titulação terapêutica com base na avaliação dos sintomas não é inferior a uma estratégia com uso de biomarcadores, nos fenótipos que se associam a maior gravidade, a nossa actuação deve ser auxiliada pelos vários biomarcadores existentes, consoante o intuito de diagnóstico, monitorização ou titulação terapêutica.

\* Serviço de Pneumologia A, HUC-CHUC  
Faculdade de Medicina da UC

Sexta-feira,  
26 de junho - 15h15



# CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS

808 280 808 Linha de Apoio 24h

RESPIRE CONFIANÇA

acailmedicare@acailgrupo.pt | [www.acailmedicare.pt](http://www.acailmedicare.pt)

 /acailgasmedicare

# LAMA: Quando, Qual e Porquê?



Dr. Joaquim Moita\*

É consensual que a primeira linha de tratamento da DPOC seja feita com medicação broncodilatadora anticolinérgica (LAMA)<sup>1</sup>.

O seu mecanismo assenta no bloqueio competitivo para a acetilcolina nos receptores muscarínicos M3, responsável pelo aumento do tónus colinérgico brônquico.

O tónus colinérgico – ou parassimpático – em condições normais e basais regula a ventilação e a produção de muco. Na DPOC, em resposta a agentes nocivos – tipicamente, o tabaco – o aumento do tónus leva à obstrução, à hipersecreção brônquica e à insuflação pulmonar.

Os LAMA devem ser iniciados precocemente. Nem sempre o doente (e médico!) tem a perceção da limitação imposta pela doença, mas está bem documentado que a intolerância ao exercício e a insuflação dinâmica surgem precocemente na história natural da DPOC<sup>2,3</sup>.

O estudo UPLIFT mostrou, inclusive, que o tiotropio pode evitar o declínio da função pulmonar (o grande marcador da doença) nas formas iniciais, moderadas da DPOC<sup>4</sup>.

Numa análise atenta das recomendações GOLD verificamos que os LAMAs são a única classe farmacológica que pode ser tentada em todos os graus da doença: do A ao D. Naturalmente que em doentes persistentemente muito sintomáticos (depois de verificada a técnica inalatória) ou exacerbadores frequentes o LAMA deve ser associado a outros fármacos.

Em Portugal estão disponíveis quatro moléculas: tiotropio, aclidínio – comercializado pela Menarini com a designação Bretaris® –, glicopirrónio e umeclidínio (associado ao vilanterol). O tiotropio surgiu em 2004 e é inevitavelmente o fármaco de referência com o qual os outros se podem comparar.

O brometo de aclidínio tem relativamente ao tiotropio um bloqueio mais eletivo dos receptores M3. Pelo contrário têm uma dissociação relativamente rápida dos receptores M2 que atuam como barreira à ação da acetilcolina. Ou seja tem uma excelente relação M3/M2<sup>5</sup>, índice associado a uma maior capacidade broncodilatadora. Um padrão M3/M2 com estas características observa-se também com o glicopirrónio.

Uma característica peculiar no universo dos LAMAs, é a rápida hidrólise do brometo de aclidínio no plasma (2,4 min.) com uma exposição sistémica extremamente baixa e transitória, o que explica a quase nula ocorrência de efeitos sistémicos anticolinérgicos ou toxicidade cardiovascular<sup>6</sup>.

O aclidínio tem uma potente e

persistente ação broncodilatadora. A título de exemplo, refira-se que, relativamente ao placebo, os valores de FEV<sub>1</sub> Pico e Vale foram, às 24 semanas, de 209 ml e 128 ml respetivamente<sup>7</sup>.

Como seria de esperar, esta broncodilatação tem tradução clínica. O Bretaris® melhora significativamente a dispneia, avaliada pelo Índice de Dispneia Transitório<sup>7</sup>.

Aclidínio e glicopirrónio têm um início de ação significativamente mais rápido que o tiotropio, particularidade que poderá ser útil quando se inicia o tratamento no doente muito dispneico e que assim irá sentir alívio rápido de sintomas, facto que poderá contribuir para melhorar a adesão futura.

Mas, o que é verdadeiramente inovador no aclidínio é a maior broncodilatação durante o sono (fig. 1) e a consequente melhoria dos sintomas noturnos (fig. 2). Ou seja, o Bretaris® é clinicamente superior no conjunto das 24 horas.

Sabe-se hoje que, na DPOC, existe uma grande variabilidade de sintomas ao longo das 24 horas do dia e entre cada dia, sendo as manifestações noturnas e matinais extremamente frequentes<sup>8</sup>. Este benefício está certamente associado à maior broncodilatação obtida com a dose noturna<sup>9</sup>.

Importa salientar que a má broncodilatação e a acumulação de secreções durante a noite, justifica em grande parte os sintomas matinais intensos que muitos doentes têm.

O aclidínio melhora a tolerância ao

**O que é verdadeiramente inovador no aclidínio é a maior broncodilatação durante o sono**

exercício, diminui os indicadores de exacerbação (sintomas, medicação de alívio e recursos de saúde) e, naturalmente, melhora a qualidade de vida.

O dispositivo do Bretaris® - Genuair - é extremamente rápido, simples de usar e eficaz. Simples porque à famosa tríade do “ver, ouvir e sentir” alia o facto de a fármaco estar incorporado no dispositivo. Eficaz, porque tem uma baixa resistência ao fluxo e uma deposição homogénea, orientada para as zonas do pulmão com maior densidade de receptores: as vias de áreas de maior calibre.

Em resumo. Numa época em que o graal da inovação terapêutica é de dispor de soluções para os diversos grupos de doentes, podemos afirmar que o Bretaris® não só é tão eficaz como os outros LAMA nos principais outcomes, como tem a vantagem adicional da maior eficácia broncodilatadora e sintomática noturna. Nenhum doente irá hesitar em perder alguns segundos com uma segunda inalação para obter uma noite de sono repousante.

\* Serviço de Pneumologia B do CHUC

Quinta-feira,  
25 de junho - 12h00

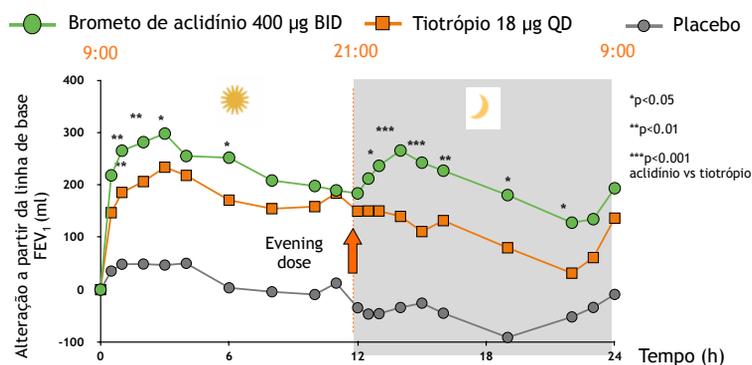
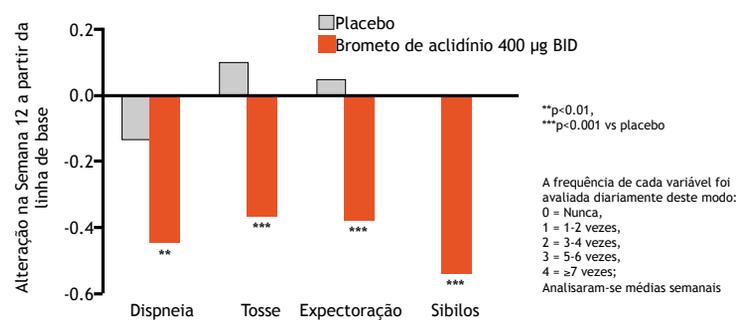


Fig. 1 - Broncodilatação eficaz durante 24 horas com aclidínio



Adaptado de Kerwin EM, D'Urzo A, Gelb AF et al. Efficacy and safety of a 12-week treatment with twice-daily aclidinium bromide in COPD patients. COPD 2012; 9: 90-101

Fig. 2 - Melhoria dos sintomas noturnos com aclidínio

## REFERÊNCIAS

- Miravittles M, Anzueto A. Insights into interventions in managing COPD patients: lessons from the TORCH and UPLIFT studies. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2009;4:185-201
- Babb TG, Rodarte JR. Lung volumes during low-intensity steady-state cycling. *J Appl Physiol*. 1991; 70:934-7
- O'Donnell DE. Impacting patient-centred outcomes in COPD: breathlessness and exercise tolerance. *Eur Respir Rev* 2006; 15:37-41
- Effect of tiotropium on outcomes in patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease (UPLIFT): a prespecified subgroup analysis of a randomised controlled trial, 1171-1178
- Gavaldà A, Miralpeix M, Ramos I et al. Characterization of aclidinium bromide, a novel inhaled muscarinic antagonist, with long duration of action and a favorable pharmacological profile. *J Pharmacol Exp Ther* 2009; 331: 740-751.
- Sentellas S, Ramos I, Albertí J et al. Aclidinium bromide, a new, long-acting, inhaled muscarinic antagonist: in vitro plasma inactivation and pharmacological activity of its main metabolites. *Eur J Pharm Sci* 2010; 39: 283-290.
- Jones PW, Agustí A, Bateman ED et al. Aclidinium bromide in patients with chronic obstructive pulmonary disease: efficacy and safety results from ATTAIN. *Eur Respir J* 2012; 40:830-6.
- Price D, Small M, Milligan G, Higgins V, Gil EG, Estruch J. Impact of night-time symptoms in COPD: a real-world study in five European countries. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2013;8:595-603.
- Fuhr R, Magnussen H, Sarem K et al. Efficacy of aclidinium bromide 400 µg twice daily compared with placebo and tiotropium in patients with moderate-to-severe COPD. *Chest* 2012; 141: 745-752.

## DPOC e FPI

## Das vias aéreas ao parênquima pulmonar



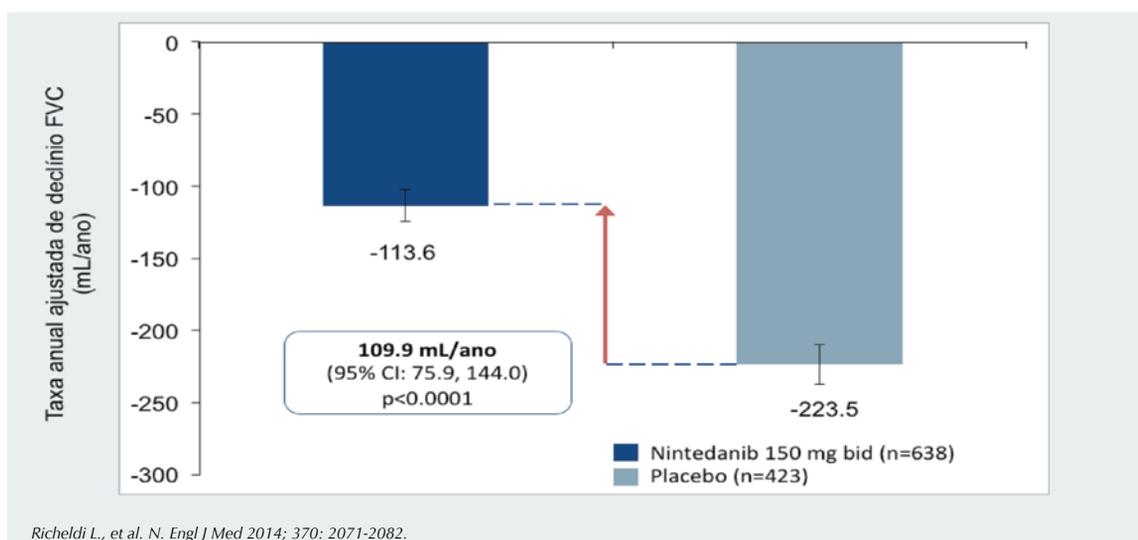
Dr. António Reis\*

O simpósio intitulado “Das vias aéreas ao parênquima pulmonar – DPOC e FPI”, integrado no programa do 6.º CPC, este ano a decorrer em Viseu, tem como oradores ilustres pneumologistas por todos nós conhecidos: o Prof. Doutor António Jorge Ferreira que abordará o tema “O parceiro ideal do tiotrópio: olodaterol” e o Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro, que abordará o tema “FPI: do diagnóstico às novas opções terapêuticas”. Neste simpósio, pelo Prof. Doutor António Jorge Ferreira, vai ser apresentado, pela primeira vez numa reunião de âmbito nacional, um dos mais recentes fármacos disponíveis na terapêutica da DPOC. Este fármaco - olodaterol/Striverdi® - é um novo LABA (B2 agonista de longa duração de ação) com indicação na terapêutica da DPOC, de forma isolada ou em associação a um LAMA (de forma livre, pelo menos para já),

num dispositivo de última geração - Respimat®. Este dispositivo apresenta uma comodidade de utilização reconhecida e benefícios clínicos já comprovados: deposição pulmonar > 50%, débito inspiratório mais baixo de todos os dispositivos existentes e menor exposição sistémica. Serão apresentados dados de eficácia do olodaterol na broncodilatação, os benefícios sintomáticos na dispneia e na qualidade de vida relacionada com a saúde, efeitos na melhoria da limitação do débito aéreo e no aumento da tolerância ao exercício. Como seria expectável, também vão ser reveladas evidências sobre a melhoria da função pulmonar e da qualidade de vida quando o olodaterol é utilizado em associação com tiotrópio, o primeiro de todos os LAMA utilizados na terapêutica da DPOC, antecipando certamente o lançamento em breve

**Vão ser reveladas evidências sobre a melhoria da função pulmonar e da qualidade de vida quando o olodaterol é utilizado em associação com tiotrópio**

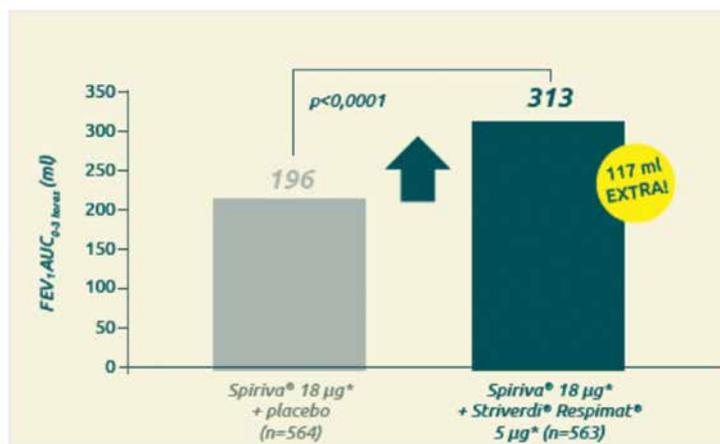
da associação fixa num mesmo inalador de olodaterol/tiotrópio. O outro tema deste simpósio é a FPI (Fibrose Pulmonar Idiopática), uma doença pulmonar crónica, rara, caracterizada por dispneia progressiva e perda gradual da função pulmonar. Neste contexto, serão apresentados dados de incidência e prevalência da FPI, que variam de forma significativa dependendo dos critérios de diagnóstico e da população estudada, estimando-se que o número de doentes aumente de forma substancial no futuro. A FPI tem um impacto muito importante na qualidade de vida dos doentes, com repercussão clínica relevante e sobrevida muito reduzida, consubstanciado pelo facto de não existirem na Europa, até há pouco tempo, fármacos eficazes na terapêutica desta entidade. Ao Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro cabe abordar a FPI apresentando dados sobre epidemiologia, diagnóstico e prognóstico da doença. Será também abordada a terapêutica, nomeadamente a utilização de nintedanib na FPI: o seu mecanismo de ação (potente inibidor da tirosina quinase) e os resultados principais de eficácia e segurança dos ensaios clínicos TOMORROW e INPULSIS, bem como os resultados mais recentes de análises de subgrupos do ensaio clínico INPULSIS. Esta nova proposta terapêutica para a FPI parece ser uma mais-valia importante, pois proporciona uma redução do declínio da função pulmonar, uma redução das exacerbações agudas e a preservação da qualidade de vida. Serão ainda avançadas algumas informações sobre a investigação futura da Boehringer Ingelheim na área respiratória, nomeadamente na asma, DPOC, FPI e neoplasia do pulmão. Constitui, sem dúvida, um simpósio importante, na medida em que serão abordados temas de atualidade e relevância indiscutíveis no paradigma atual da patologia respiratória



Richeldi L., et al. N. Engl J Med 2014; 370: 2071-2082.

Fig. 1 - Nintedanib diminuiu a taxa anual de declínio de FVC em 50% vs placebo

**Será também abordada a terapêutica, nomeadamente a utilização de nintedanib na FPI: o seu mecanismo de ação (potente inibidor da tirosina quinase) e os resultados principais de eficácia e segurança dos ensaios clínicos**



T+O vs. tiotrópio\* em monoterapia:

- Melhora significativamente a função pulmonar (às 12 semanas)
  - + 117 ml em FEV<sub>1</sub> AUC<sub>0-3h</sub>;
  - + 62 ml FEV<sub>1</sub> vale

\* via HandiHaler®

Zuwallack et al., Int J COPD 2014

Fig. 2

\* Assistente de Pneumologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE



# Tabagismo: novas e perigosas alternativas



Dr.ª Ana Figueiredo\*

Se durante muitos anos a indústria tabaqueira escondeu e negou os efeitos nefastos do tabagismo ativo e passivo na saúde, à luz dos conhecimentos atuais é impossível negar esta evidência. Um hábito que fez moda e se tornou normal no nosso quotidiano começou a ser percebido como uma dependência e uma epidemia nefasta para a saúde pública, levando à criação pela OMS, há 10 anos, da Convenção Quadro para Controlo do Tabagismo, atualmente ratificada por 179 países e cobrindo 90% da população mundial, unindo os governos na implementação de leis que têm por fim último proteger

pela estrutura do filtro, tamanho e espessura do cigarro, pesticidas usados nas culturas, métodos de secagem e aditivos utilizados. Isto explica que neste momento existem já cerca de 7000 componentes identificados no fumo do tabaco, e a lista de doenças comprovadamente associadas ao tabagismo passivo e ativo não pare de crescer. Também a crise económica e o aumento de produção e consumo de cigarros de contrafação, produzidos em condições precárias e com materiais não controlados contribuem para colocar ainda mais em risco a saúde do fumador. Sabemos que todas as formas de

**Deixamos por isso de novo uma mensagem: “A única forma segura de fumar é não fumar!”**

produtos, que surgiram e foram comercializados por ausência de legislação que os controlasse, e para os quais não existe ainda evidência científica que afirme cabalmente a sua perigosidade. Inócuos não serão!

Neste grupo incluem-se os produtos solúveis, os cigarros eletrónicos e o tabaco aquecido.

Os produtos solúveis (*sticks, strips e orbs*), são como o nome indica destinados a ser absorvidos pela mucosa oral. Contêm na sua composição produtos do tabaco e aditivos, e é suposto serem utilizados em situações em que o fumador não pode ou não quer fumar.

O cigarro eletrónico, inventado em 2003 pelo chinês Hon Lik, teve uma implementação no Ocidente exponencial nos últimos anos. Inicialmente publicitado como uma forma saudável de fumar, em que não se inala fumo mas tão somente vapor de água, tem visto a sua implementação mais dificultada nos últimos anos, pela evidência crescentes da sua não-inocuidade. À medida que se vão acumulando estas evidências da presença de substâncias tóxicas no vapor e da sua utilização pelos mais jovens, a discussão centra-se na necessidade de legislar estes dispositivos, de proibir a sua publicidade e a utilização nos locais em que é proibido fumar.

Mais recentemente surge uma nova vaga: o tabaco aquecido. Desenvolvido pelas grandes indústrias, pretende ser uma alternativa menos nociva ao cigarro convencional, mas mais apetecível que o cigarro eletrónico, uma vez que não usa nicotina dissolvida num líquido, mas sim tabaco, mantendo por isso o sabor a que o fumador está habituado.

Que o tabagismo é uma dependência e por isso em si mesmo uma doença crónica, já sabemos.

Que o tabagismo ativo e passivo provoca doenças, já sabemos.

Que as novas alternativas ao tabaco fumado não são inócuas, já sabemos.

Deixamos por isso de novo uma mensagem: “A única forma segura de fumar é não fumar!”.

\* Coordenadora da Comissão de Tabagismo da SPP



**O cigarro tem sofrido modificações ao longo do tempo, passando pela estrutura do filtro, tamanho e espessura do cigarro, pesticidas usados nas culturas, métodos de secagem e aditivos utilizados. Isto explica que neste momento existam já cerca de 7000 componentes identificados no fumo do tabaco, e a lista de doenças comprovadamente associadas ao tabagismo passivo e ativo não pare de crescer**

a saúde pública. É neste contexto que as grandes indústrias do tabaco, a par do “aperfeiçoamento” dos cigarros, que continuam a ser a forma preferencial de consumo do tabaco, vão desenvolvendo novas formas alternativas de consumo de tabaco ou derivados, publicitadas como menos nocivas: o tão falado *harm-reduction!*

A *British American Tobacco* escreve: “We aspire to reduce the harm caused by tobacco use by evolving our products to a portfolio of commercially successful lower risk products, to meet consumer and societal expectations. We recognise that we will only be able to succeed if others support this aspiration. The potential reduced exposure products are modified combustible products, heat-not-burn, smokeless tobacco and nicotine products”.

O cigarro tem sofrido modificações ao longo do tempo, passando

consumir tabaco sujeito a combustão são comprovadamente nocivas. Segundo dados do Eurobarómetro, em Portugal os charutos e o cachimbo continuam a ter um número estável e relativamente baixo de adeptos. Está no entanto a aumentar o número de jovens que experimentam o cachimbo de água, pelo que é importante passar a mensagem que um *puf* no cachimbo de água equivale ao volume de fumo de um cigarro inteiro, e que a “lavagem” do fumo remove só uma quantidade muito pequena de condensado e de nicotina. Outros produtos comprovadamente nocivos são os produtos de tabaco sem fumo como o tabaco de mascar e o *snuff*, com teores de nicotina muito elevados. A sua comercialização em Portugal está proibida, mas é necessário controlar o contrabando e as vendas pela internet.

Existe por fim um grupo de novos

# DPOC: uma perspectiva conversada entre MGF e Pneumologia



Dr.ª Cidália Rodrigues\*

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença crónica, com elevada prevalência. Estima-se 800 mil doentes com DPOC em Portugal, baseado na prevalência de 14,2% encontrada no projeto BOLD, em indivíduos com mais 40 anos. No entanto subdiagnosticada, consequentemente subtratada, contribuindo para o aumento da incapacidade e mortalidade da doença.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários a problemática do subdiagnóstico ainda é mais notória. Apesar do aumento significativo no número de inscritos nos centros de saúde com diagnóstico de DPOC entre 2011 e 2013 (+ 84,5%), o número continua a ser muito baixo em relação ao expectável. Em 2013 havia apenas 101.028 inscritos com diagnóstico de DPOC.

Vários têm sido os motivos apontados como responsáveis pelo subdiagnóstico:

- relacionados com a doença, sendo esta assintomática durante a maior parte da sua evolução, os sintomas surgem frequentemente numa fase tardia;
- relacionados com o doente, que desvaloriza ou nega os sintomas;
- relacionados com os profissionais de saúde, pois não procuram ativamente a doença.

Desta forma, a mudança desta situação pode passar pela maior intervenção do médico de família, com o apoio do pneumologista.

Os médicos devem procurar identificar precocemente doentes com DPOC, nomeadamente indivíduos com mais de 40 anos, com história de tabagismo ou exposição inalatória a poluentes ambientais ou ocupacionais, com queixas de dispneia, tosse ou expectoração crónica.

A dispneia é o principal sintoma percebido pelo doente no momento do diagnóstico, aumenta com a gravidade da doença, é considerado o mais problemático para o doente, constituindo objetivo primário do tratamento. A escala de avaliação da dispneia mMRC demonstrou ser uma ferramenta simples, de fácil compreensão e aplicabilidade.

Perante a sintomatologia característica em doente com fatores de risco é mandatório a realização de uma espirometria para a confirmação diagnóstica.

Algumas questões têm surgido relativamente à realização das espirometrias, nomeadamente o rastreio espirométrico. Estes rastreios, na população geral não são suportados pela evidência, pois consomem recursos e tem baixa taxa de identificação de quadros obstrutivos. No entanto, poderá realizar-se uma espirometria com objetivo de efetuar um diagnóstico precoce, num indivíduo com mais de 40 anos e exposição a fatores de risco.

O acesso às espirometrias deve ser facilitado, não só ao médico de

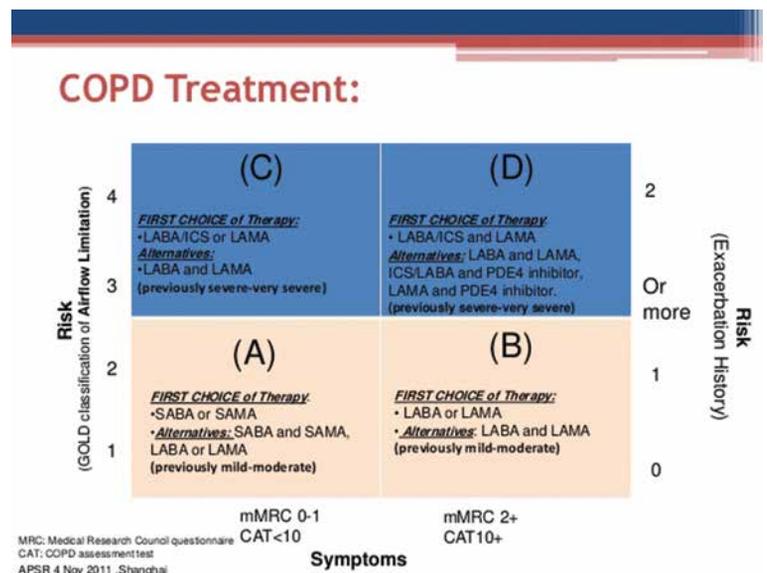


Fig. 1 - Tratamento da DPOC - GOLD 2015

**Desde 2011 que a iniciativa GOLD classifica a DPOC em classes A, B, C e D, com base na combinação dos sintomas, grau de obstrução e história de exacerbações**

família que as solicita, mas também ao doente, para que estas possam ser realizadas fora do âmbito hospitalar, desde que seja assegurada a sua qualidade.

Perante o acesso à informação clínica do doente, o pneumologista, na elaboração do relatório, deve ter em conta o resultado do exame, de forma que seja claro e integrado no contexto clínico.

A espirometria determina a presença de obstrução ao fluxo aéreo e avalia a sua gravidade, pelo valor de FEV<sub>1</sub>, importante na avaliação e acompanhamento do doente. Desde 2011 que a iniciativa GOLD classifica a DPOC em classes A, B, C e D, com base na combinação dos sintomas, grau de obstrução e história de exacerbações.

O papel do médico de família não termina no diagnóstico, deve acompanhar a evolução do doente e o tratamento, referenciando quando indicado ou julgado necessário.

A estratégia terapêutica atual recomenda os broncodilatadores de

longa duração de ação como base da terapêutica e a introdução de corticoides inalados na doença mais grave e nos exacerbadores frequentes.

Das medidas não farmacológicas, deve ser dada prioridade à cessação tabágica, bem como a instituição de programas educacionais de autogestão da doença e de exercício físico, instituídos em primeira mão junto da comunidade e dos centros de saúde locais.

As comorbilidades da DPOC são frequentes, aumentam a gravidade da doença e devem ser ativamente identificadas e tratadas.

Relativamente aos *outcomes* (resultados), há uma crescente ênfase nos *outcomes* centrados no paciente (*patient-centered outcomes*), valorizando o controlo dos sintomas, a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de exacerbações.

Em suma, a Medicina Geral e Familiar e a Pneumologia devem unir esforços para diagnosticar e tratar precocemente estes doentes, diminuindo a incapacidade e a mortalidade por DPOC.

\* Pneumologista.

Coordenadora da Comissão de Reabilitação Respiratória da SPP

**A espirometria determina a presença de obstrução ao fluxo aéreo e avalia a sua gravidade, pelo valor de FEV<sub>1</sub>, importante na avaliação e acompanhamento do doente**



# Cirurgia no cancro do pulmão



Dr. Fernando Barata\*

Os últimos anos caracterizaram-se por um entusiasmo generalizado em torno das novas terapêuticas biológicas e mais recentemente da Imuno-Oncologia. Também a Radio-Onco-logia com toda uma moderna tecnologia associada a decisivos resultados em vários estádios do cancro do pulmão tornou-se apelativa e muito atual. E a cirurgia torácica?

A cirurgia continua a ter um papel marcante, fulcral na abordagem multidisciplinar do cancro do pulmão. Do diagnóstico à terapêutica paliativa, passando pelo estadiamento e terapêutica com intenção curativa, a cirurgia faz parte intrínseca de quem aborda e trata esta patologia.

**Do diagnóstico à terapêutica paliativa, passando pelo estadiamento e terapêutica com intenção curativa, a cirurgia faz parte intrínseca de quem aborda e trata esta patologia**

No diagnóstico e estadiamento, técnicas cirúrgicas como a mediastinoscopia, a mediastinotomia ou a videotoracoscopia continuam com importância crescente. Com estas técnicas, o cirurgião pode aceder aos múltiplos territórios ganglionares mediastínicos com decisiva implicação na decisão terapêutica. A mediastinoscopia continua a ser o *gold standard* pela sua elevada sensibilidade e especificidade na abordagem dos gânglios paratraqueais e subcarinais. A videotoracoscopia, largamente difundida na última década permite o acesso com

elevada segurança e rentabilidade aos restantes gânglios mediastínicos com importância prognóstica. Mais recentemente a vídeo mediastinoscopia permitiu a evolução para novas abordagens como a linfadenectomia mediastínica vídeo assistida ou a linfadenectomia transcervical mediastínica.

Após um adequado estadiamento fisiológico e anatómico a resseção cirúrgica radical para a doença precoce está associada a um longo controlo da doença e mesmo a esperança de cura. Na doença mais precoce (estádio Ia) a cirurgia de resseção associa-se a taxas de cura superiores aos 80%. Para Ib, IIa, IIb e IIIa, a cirurgia é parte integrante da abordagem multimodal com quimioterapia e radioterapia administrados de modo neoadjuvante (antes da cirurgia) ou adjuvante (após a cirurgia). A lobectomia é a terapêutica de eleição para toda a doença precoce (I a IIIa). Nos últimos anos assistimos ao relançar da segmentectomia com resultados muito interessantes mas não suficientemente consistentes para passar a ser a cirurgia de eleição.

À lobectomia deve estar associada a disseção sistemática do mediasti-

**Hoje, em conjunto com opções terapêuticas cirúrgicas conservadoras ou económicas, a radioterapia desempenha um papel crescente condutor a resultados globais excelentes**

no e a linfadenectomia. Esta dupla abordagem é angular para um estadiamento patológico e uma decisão terapêutica correta e fundamentada. Para doentes incapazes para uma pneumectomia mas capazes de uma amputação funcional menor, a lobectomia *sleeve*, poupadora de parênquima pulmonar, demonstra já resultados similares à resseção equivalente com taxa de morbilidade (eventos cardíacos e respiratórios) e mortalidade menor.

A esperança de vida aumenta e com ela a maior probabilidade de surgir uma doença oncológica nomeadamente o cancro do pulmão. Também com o aumento da esperança de vida surgem-nos doentes com

mais comorbilidades condicionadas da abordagem cirúrgica como a lobectomia. Hoje, em conjunto com opções terapêuticas cirúrgicas conservadoras ou económicas, a radioterapia desempenha um papel crescente condutor a resultados globais excelentes.

A segmentectomia videotoracoscópica associada a menor morbilidade, surge hoje como apelativa, já executada em múltiplos centros. Múltiplos estudos parecem demonstrar equivalente rigor oncológico traduzido em sobrevivências e taxas de recidiva comparáveis. Terapêuticas adjuvantes de início precoce parecem consolidar bons resultados.

Ontem, como amanhã, a cirurgia torácica permanecerá como abordagem atual numa visão multidisciplinar desta patologia de elevada prevalência, morbilidade, degradação de qualidade de vida e mortalidade.

\* Diretor de Serviço da Pneumologia B do CHUC-HG  
Presidente do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão

Sexta-feira, 26 de junho - 11h30 



store

NEWS ENGAGE FARMA 

Esta publicação está também disponível em formato digital  
Faça o download gratuito. Registe-se em [store.newsarma.pt](http://store.newsarma.pt)



# Doença do tecido conjuntivo com envolvimento intersticial pulmonar



Dr.ª Maria  
João  
Salvador\*

As doenças do interstício pulmonar (ILD) são um grupo heterogêneo de patologias agrupadas pela sua similaridade clínica e imagiológica. É importante, porém, na sua avaliação, identificar qual a etiologia que está por detrás desta manifestação e qual o seu grau de severidade. De entre as múltiplas causas, este tipo de envolvimento pulmonar pode complicar quase todas as doenças do tecido conjuntivo (ex. esclerose sistémica, miosites, artrite reumatoide, LES, DMTC).

No seguimento destes doentes é importante estar sempre atento às alterações clínicas ou imagiológicas que nos podem alertar para o envolvimento intersticial pulmonar: dispneia de novo, tosse seca, rx de torax com infiltrado reticular, entre outras. Na esclerose sistémica, dada

**O tratamento que depois iremos orientar será específico à patologia em causa, diferindo obviamente de outras causas possíveis de ILD**

a elevada prevalência destas alterações e a sua gravidade, é mesmo recomendado fazer rastreio anual pulmonar, incluindo a realização de provas de função ventilatória. Por outro lado, num doente com ILD, é importante despistar as doenças do

tecido conjuntivo, quer com a história clínica, quer com um conjunto de exames laboratoriais e imagiológicos mínimos, que nos pode pôr na pista destas patologias (ver figura 2). O tratamento que depois iremos orientar será específico à patologia em causa, diferindo obviamente de outras causas possíveis de ILD (infecciosas, exposição ambiental, toxicidade medicamentosa, por exemplo) pelo que a identificação da causa subjacente é crucial nestes doentes.

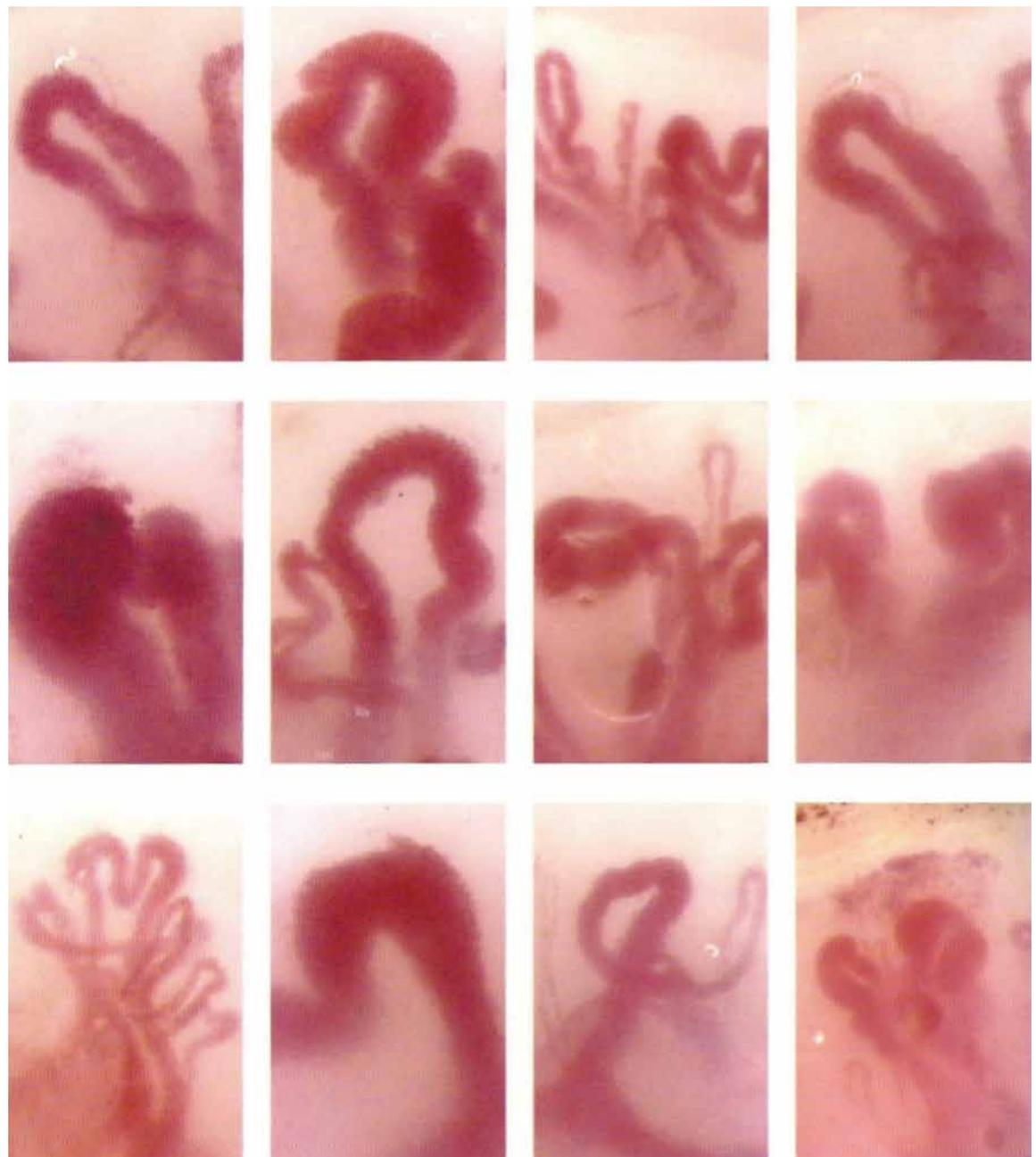
\* Assistente Hospitalar de Reumatologia, CHUC-HUC Coimbra

Quinta-feira,  
25 de junho - 14h30 

## QUANDO PENSAR EM DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO?

- > Poliartrite
- > Eritema malar;
- Fotossensibilidade
- > Fenómeno de Raynaud
- > Úlceras digitais
- > Diminuição da força muscular proximal
- > Capilaroscopia
- > Autoimunidade – ANAs (Ds DNA, anti-Sm, anti-RNP), anti-Scl70, ANCA, anti-JO1; Factor Reumatóide
- > Laboratório – Função hepática e renal, CK – Hemograma com leucograma - Urina II

Fig. 1



Fonte: Atlas of Capillaroscopy 2004 – EDRA – Walter Grassi, Patrizia Del Medico, pág 227

Fig. 2 - Capilaroscopia de doente com dermatomiosite

**De entre as múltiplas causas, este tipo de envolvimento pulmonar pode complicar quase todas as doenças do tecido conjuntivo (ex. esclerose sistémica, miosites, artrite reumatoide, LES, DMTC)**

## O que mudou no último ano

# Cuidados Respiratórios Domiciliários



Dr. Joaquim Moita\*

Foi no último Congresso de Pneumologia do Centro que pela primeira vez anunciámos a publicação do Acordo Quadro (AQ) 2014/100, documento que estabelece o conjunto de equipamentos e serviços que compõem os Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), bem como as empresas aptas a disponibilizá-los aos doentes.

Estamos pois a comemorar um ano da dispensa universal e gratuita das diferentes formas de oxigenoterapia, ventiloterapia, aerossolterapia e equipamentos complementares destas terapias.

O documento em si foi inovador no alinhamento jurídico dos concursos públicos portugueses e europeus. Tem, aliás, o potencial de criar jurisprudência. Permite que todas as empresas selecionadas de acor-

do com um caderno de encargos altamente exigente e à volta de um preço único para cada terapia possam prestar os seus serviços. Basta olhar para a vizinha Espanha, onde é escolhida a empresa com o preço mais barato. O nosso sistema promove a concorrência e consequentemente beneficia o doente.

E porque estamos no congresso da região centro, convém lembrar o passado recente em que os doentes com insuficiência respiratória não tinham acesso a oxigénio líquido; as crianças e jovens com fibrose quística não dispunham dos modernos sistemas de aerossolização; os doentes neuromusculares não tinham ventiladores adequados e muito menos in-exsufidores; os doentes com síndromes de apneia do sono complicados (altas pressões, por exemplo) não beneficiavam de dispositivos de pressão positiva apropriados.

Todos tinham má qualidade de vida e muitos morriam precocemente.

Em paralelo com a má assistência aos doentes, observava-se um despesismo inqualificável, má prática médica e ausência de controlo clínico. Basta dizer que um quarto do dinheiro gasto em 2009 se destinava a aerossolterapia com broncodilatores, ou seja, a uma terapia que

**Nos próximos meses sairá a 3.ª versão da PEM, que irá corrigir definitivamente as imprecisões que ainda existem, muitas delas resultantes da dissonância temporal entre as NOC (2011) e o AQ (2014)**

só excepcionalmente tem interesse. A situação atual é radicalmente diferente, mas a história dos CRD tem 25 anos. Passou pela elaboração de normas (oxigenoterapia em 1990; ventiloterapia em 1999, aerossolterapia em 2000) pela SPP, posteriormente incorporadas nas NOC da DGS. Em 2010 a Comissão Nacional de CRD teve um papel fundamental no levantamento da situação dos CRD em Portugal e na definição de boas práticas médicas e administrativas. Foi nesta Comissão que a necessidade da Prescrição Eletrónica Médica (PEM) de CRD ganhou corpo, como ferramenta indispensável para o cumprimento das normas e observatório nacional do que se vai fazer-

do em CRD. Este é o custo que a gratuidade tem. Fazer bem, pelo preço justo.

A implementação da PEM não foi fácil e não cabe neste texto a descrição dos problemas que tiveram que ser ultrapassados. Nos próximos meses sairá a 3.ª versão da PEM, que irá corrigir definitivamente as imprecisões que ainda existem, muitas delas resultantes da dissonância temporal entre as NOC (2011) e o AQ (2014) numa área de grande evolução tecnológica.

Uma palavra final para as empresas fornecedoras de serviços. À luz do concurso e das NOC têm um papel de *stakeholders* do SNS. Todas, sem exceção, acarinharam o procedimento. Prestam cuidados de qualidade e têm tido um papel decisivo no esclarecimento dos profissionais de saúde. O processo foi longo e ainda há muito que fazer mas podemos afirmar que Portugal tem nos CRD um nível de assistência absolutamente invejável em termos internacionais.

\* Serviço de Pneumologia  
B do CHUC

Quinta-feira,  
25 de junho - 12h00 

**CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS**

**OXIGENOTERAPIA**

**AEROSSOLTERAPIA**

**VENTILOTERAPIA**

**TERAPIAS COMPLEMENTARES**

**PRAXAIR**  
Making our planet more productive

## 25 DE JUNHO

QUINTA-FEIRA

09h00

**CASOS CLÍNICOS EM DISCUSSÃO**  
**PATOLOGIA INFECIOSA**  
COMENTÁRIOS Salete Valente  
Marta Sousa

**PATOLOGIA PLEURAL**  
COMENTÁRIOS Luís Ferreira  
Mariana Saldanha Mendes

**PATOLOGIA OBSTRUTIVA**  
COMENTÁRIOS Gilberto Teixeira  
Rita Gomes

10h00

**CONFERÊNCIA** António Robalo Cordeiro  
PRESIDENTE António Simões Torres

**CARAMULO NA ROTA DA TUBERCULOSE**  
António Ramalho de Almeida

10h30

**SESSÃO DE ABERTURA**

11h00

**INTERVALO**

11h30

**CONFERÊNCIA**  
**TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA INALATÓRIA**  
PRESIDENTE Alcide Marques  
Fernanda Gamboa

12H00

**SIMPÓSIO**

**LAMAS: QUANDO? QUAL? E PORQUÊ?**  
MODERADOR Agostinho Marques  
Joaquim Moita  
(patrocínio Menarini)

13h00

**ALMOÇO**

14h30

**MESA - REDONDA LIMITES DA PATOLOGIA INTERSTICIAL E DO TECIDO CONJUNTIVO**  
MODERADORES Carlos Robalo Cordeiro | Sofia Furtado

**FIBROSE PULMONAR: IDIOPÁTICA OU ASSOCIADA A DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO?**  
Sara Freitas

**DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO COM ENVOLVIMENTO INTERSTICIAL PULMONAR**  
Maria João Salvador

16h00

**POSTERS APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO**

**MODERADORES**

SALA A Gonçalo Salvado | Manuela Lopes  
SALA B Yvette Martins | Ana Campos  
SALA C Alcina Tavares | Barbara Rodrigues

17h00 **SUNSET VITAL**

Cocktail patrocinado pela VitalAire (no bar esplanada)

## 26 DE JUNHO

SEXTA-FEIRA

09h30

**HOT TOPICS**

MODERADORES Mário Loureiro | Lurdes Barradas

**TABAGISMO: NOVAS E PERIGOSAS ALTERNATIVAS**  
Ana Maria Figueiredo

**RASTREIO NO CANCRO DO PULMÃO**  
Ana Luísa Fonseca

**COMO PRODUZIR UMA BOA INVESTIGAÇÃO**  
António Jorge Ferreira

11h00

**INTERVALO**

11h30

**CONFERÊNCIA CIRURGIA E CANCRO DO PULMÃO**  
PRESIDENTE Fernando Barata  
Rita Pancas

12h00

**SIMPÓSIO**

**DAS VIAS AÉREAS AO PARÊNQUIMA PULMONAR - DPOC E IPF**

MODERADOR António Reis  
Carlos Robalo Cordeiro | António Jorge Ferreira  
(patrocínio Boehringer Ingelheim)

13h00

**ALMOÇO**

14.30

**SIMPÓSIO**

**DPOC - À CONVERSA COM MGF E PNEUMOLOGIA**  
Carlos Robalo Cordeiro | Cidália Rodrigues | Ivo Reis  
(patrocínio Novartis)

15h15

**MESA-REDONDA ASMA BRÔNQUICA**

MODERADORES Ana Todo Bom | António Reis

**BIOMARCADORES NA ASMA BRÔNQUICA**  
Cláudia Loureiro

**IMUNOTERAPIA**

Jorge Ferreira

**ASMA GRAVE**

Ana Maria Arrobas

16h45

**COMUNICAÇÕES SELECIONADAS**

Entrega do Prémio **CPC/Novartis** para a melhor Comunicação

**JÚRI:** António Antunes | Paula Pinto | A. Moreira da Silva