

WEBINÁRIO

“Impactos da DPOC na Saúde do Rio de Janeiro: a importância da criação de Linhas de Cuidado”

18 de 14h
Junho 2024



ROGÉRIO RUFINO

PROFESSOR TITULAR EM PNEUMOLOGIA DA UERJ E DIRETOR DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UERJ



ERALDA FERREIRA

COORDENADORA DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA SES/RJ



MICHELLE CAILLEAUX

PNEUMOLOGISTA COORDENADORA DA COMISSÃO DE DPOC DA SOPTERJ COORDENADORA DO AMBULATÓRIO DE DPOC DO IDT/UFRJ



MANOEL SANTOS

ASSESSOR TÉCNICO DO COSEMS RJ

Desafios da implementação do Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Rogério Rufino

Professor Titular de Pneumologia e Tisiologia da FCM/UERJ

Diretor da Faculdade de Ciências Médicas/UERJ



Nos últimos 24 meses participei das seguintes atividades

Apresentações para entidades privadas Não

Consultoria para entidades privadas Não

Serviço Público Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Cientista do Estado do Rio de Janeiro FAPERJ

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

[LEI Nº 12.401, DE 28 DE ABRIL DE 2011.](#)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.





Ministério da Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

PORTARIA Nº 26, DE 12 DE JUNHO DE 2015

Aprova os requisitos para submissão e análise de proposta de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologia em saúde no SUS, por iniciativa do Ministério da Saúde e de Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde

Tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber

Posologias recomendadas

Mecanismos de controle clínico

Acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos

E serem seguidos pelos gestores do SUS





SBPT

Sociedade Brasileira de
Pneumologia e Tisiologia

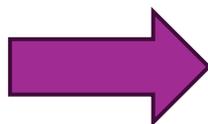
I Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Coordenadores

JÚLIO CÉSAR ABREU DE OLIVEIRA
Professor Adjunto-Doutor da Disciplina de Pneumologia
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

JOSÉ ROBERTO DE BRITO JARDIM
Professor Adjunto-Doutor da Disciplina de Pneumologia
Escola Paulista de Medicina
Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

ROGÉRIO RUFINO
Professor Assistente da Disciplina de Pneumologia
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ



DPOC

Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC – 2017

II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – 2004

I Consenso Brasileiro de Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica – 2000



<https://sbpt.org.br/portal/consensos-e-diretrizes-da-sbpt/>

NHLBI/WHO Workshop Summary

Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary

ROMAIN A. PAUWELS, A. SONIA BUIST, PETER M. A. CALVERLEY, CHRISTINE R. JENKINS, and SUZANNE S. HURD,
on behalf of the GOLD Scientific Committee

THIS DOCUMENT WAS ENDORSED BY THE EXECUTIVE COMMITTEE OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY, MARCH 2001



2017



Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease



**GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS,
MANAGEMENT, AND PREVENTION OF
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**
2018 REPORT

**Global Initiative for
Chronic Obstructive
Lung Disease**

**2024
REPORT**



**Global Strategy for the Diagnosis, Management, and
Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**



GOLD BOARD OF DIRECTORS (2023)

Alvar Agusti, MD, *Chair*
Respiratory Institute
Hospital Clinic, IDIBAPS
Univ. Barcelona and Ciberes
Barcelona, Spain

Bartolome R. Celli, MD
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts, USA

Gerard Criner, MD
Temple University School of Medicine
Philadelphia, Pennsylvania, USA

David Halpin, MD
University of Exeter Medical School
College of Medicine and Health
University of Exeter, Exeter
Devon, UK

M. Victorina López Varela, MD – *Retired, 2023*
Universidad de la República
Hospital Maciel
Montevideo, Uruguay

Maria Montes de Oca, MD
Hospital Universitario de Caracas
Universidad Central de Venezuela
Centro Médico de Caracas
Caracas, Venezuela

Obianuju Ozoh, MD
University of Lagos
Lagos, Nigeria

Sundeep Salvi, MD
Pulmocare Research and Education
(PURE) Foundation
Pune, India

Claus Vogelmeier, MD
University of Marburg
Marburg, Germany

Jinping Zheng, MD
Guangzhou Institute of Respiratory
Health, First Affiliated Hospital of
Guangzhou Medical University,
Guangzhou, China

GOLD EXECUTIVE DIRECTOR

Katie Langefeld, BS
Illinois, USA

Claus Vogelmeier, MD, *Chair*
University of Marburg
Marburg, Germany

Alvar Agusti, MD
Respiratory Institute
Hospital Clinic, IDIBAPS
Univ. Barcelona and Ciberes
Barcelona, Spain

Antonio Anzueto, MD
South Texas Veterans Health Care
System,
University of Texas, Health
San Antonio, Texas, USA

Peter Barnes, DM, FRSc – *Retired, 2023*
National Heart & Lung Institute
Imperial College
London, United Kingdom

Jean Bourbeau, MD
McGill University Health Centre
McGill University
Montreal, Canada

Gerard Criner, MD
Temple University School of Medicine
Philadelphia, Pennsylvania, USA

David Halpin, MD
University of Exeter Medical School
College of Medicine and Health
University of Exeter, Exeter
Devon, UK

MeiLan K. Han, MD MS
University of Michigan
Ann Arbor, MI, USA

Fernando J. Martinez, MD MS
Weill Cornell Medical Center/
New York-Presbyterian Hospital
New York, NY, USA

Maria Montes de Oca, MD
Hospital Universitario de Caracas
Universidad Central de Venezuela
Centro Médico de Caracas
Caracas, Venezuela

EDITORIAL ASSISTANCE

Ruth Hadfield, PhD
Macquarie University AIH
Sydney, Australia

GOLD SCIENCE COMMITTEE (2023)

Obianuju Ozoh, MD
University of Lagos
Lagos, Nigeria

Alberto Papi, MD
University of Ferrara
Ferrara, Italy

Ian Pavord, DM FMedSci
Respiratory Medicine Unit and Oxford
Respiratory NIHR Biomedical Research Centre,
Nuffield Department of Medicine
University of Oxford
Oxford, UK

Nicolas Roche, MD
Pneumologie, Hôpital Cochin
AP-HP.Centre – Université Paris Cité
UMR 1016
Ipsstitut Cochin
Paris, France

Don D. Sin, MD
St. Paul's Hospital
University of British Columbia
Vancouver, Canada

Dave Singh, MD
University of Manchester
Manchester, UK

Robert Stockley, MD DSc
University Hospital
Birmingham, UK

M. Victorina López Varela, MD – *Retired, 2023*
Universidad de la República
Hospital Maciel
Montevideo, Uruguay

Jadwiga A. Wedzicha, MD
National Heart & Lung Institute
Imperial College London
London, UK

Jinping Zheng, MD
Guangzhou Institute of Respiratory Health,
First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical
University
Guangzhou, China

ACKNOWLEDGEMENTS

Contributor: Anna Podolanczuk, MD
Assistant Professor of Medicine
Weill Cornell Medical College

Graphic Design: Imbue Creative

GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF COPD (2024)

GOLD ASSEMBLY

The GOLD National Leaders are individuals from around the world with an interest in promoting the goals of GOLD within their home country. The group meets periodically to share information about programs of health education, COPD management, and prevention.

ARGENTINA
Andrés Echazarreta, MD, PhD
Head of Pneumology Service
San Juan de Dios de La Plata, Argentina
BANGLADESH
Dr Kazi S. Bennoor
Dhaka, Bangladesh
Prof Md Mostafizur Rahman
Dhaka, Bangladesh
BELGIUM
Prof Wim Janssens
Leuven, Belgium
BULGARIA
Dr Yavor Ivanov
Pleven, Bulgaria
CHINA
Fu-Qiang Wen, MD, PhD
Chengdu, China
COLOMBIA
Alejandra Casas, MD
General Director of the Fundación
Neumológica Colombiana
CROATIA
Neven Micalinic, MD
Zagreb, Croatia
CZECH REPUBLIC
Stanislav Kos, MD, PhD., FCCP
Mirosov, Czech Republic
EGYPT
Hisham Tarraf, MD
Cairo, Egypt
FINLAND
Mazur Witold MD, PhD
Helsinki, Finland
FRANCE
Prof Gaetan Deslé
Reims, France
GEORGIA
Malia Gotua, MD, PhD
Tbilisi, Georgia
GERMANY
Daiana Stolz MD MPH
University Medical Center Freiburg
Freiburg, Germany
GREECE
Prof Konstantinos Kostikas
Ioannina, Greece
HONG KONG CHINA
David S.C. Hui, MD
Shatin, N.T. Hong Kong
ICELAND
Dr Gunnar Gudmundsson
Reykjavik, Iceland
INDIA
Dr R. Narasimhan, MD
Chennai, India
Dr Kshilji Agarwal, MD
New Delhi, India
INDONESIA
Prof Faisal Yunus
Jakarta, Indonesia

IRAN
Dr Masjedi Mohammad Reza
Tehran, Iran
Mohammad Ashkan Moslehi, MD
Shiraz, Iran
IRELAND
Timothy J. McDonnell, MD
Dublin, Ireland
ISRAEL
Zvi G. Fridlender, MD, MSc
Jerusalem, Israel
ITALY
Prof Lorenzo Corbetta
Florence, Italy
JAPAN
Takahide Nagase, MD
Tokyo, Japan
KAZAKHSTAN
Tair Nurpeissov
KOREA
Yoon-Mak Oh, MD
Seoul, South Korea
KUWAIT
Professor Mousa Khadadah
Kuwait University
KYRGYZSTAN
Talant Sooronbaev, MD
Bishkek, Kyrgyzstan
LEBANON
Mirna Waked, MD, FCCP
Balamand University, Lebanon
LITHUANIA
Prof. Rūta Malakauskas, MD, PhD
Kaunas, Lithuania
MALTA
Prof Joseph M Caccioto
Pieta, Malta
MEXICO
Ana Sofia Ramirez-Garcia Luna, MD
Mexico City, Mexico
MOLDOVA
Alexandru Corlateanu, MD, PhD
ERS National Delegate
Republic of Moldova
NEPAL
Navin Kumar Mishra MD
Kathmandu Medical College
Nepal, Asia
PAKISTAN
Prof Javid Khan
Karachi, Pakistan
Dr Jamil Ur Rehman Tahir
Kamranwala, Sialkot Cantt, Pakistan
Dr Mohammad Osman Yusuf
Islamabad, Pakistan
POLAND
Pawel Sliwinski, MD, PhD
Warsaw, Poland
ROMANIA
Florin Mihaltan, MD
Ruxandra Urmeanu, MD
Bucharest, Romania

RUSSIA
Prof Zaurbek Aisanov, MD
Moscow, Russia
Prof Alexandre Vizek, MD
Kazan, Tatarstan Republic, Russian Federation
Sergey Fedosenko, MD, PhD
Siberian State Medical University, Tomsk,
Russia
SAUDI ARABIA
Mohammed Al Ghobain, MD
Yiadh, Saudi Arabia
SINGAPORE
Kian-Chung Ong, MD
Wan-Cheng Tan, MD,
Chair, Asian Pacific COPD Roundtable
SLOVAK REPUBLIC
Ivan Solovik
Propad, Slovakia
SOUTH AFRICA
Prof Richard van Zyl-Smit
SPAIN
Dr Patricia Sobradillo
SWITZERLAND
Daiana Stolz, MD
Basel, Switzerland
SYRIA
Youssef Mohammad, MD
Lattakia, Syria
TRINIDAD & TOBAGO
Dr. Sateesh Madhava Sakhamuri
The University of the West Indies,
Trinidad and Tobago
TURKEY
Prof Dr. Hakan Gunen
Malatya, Turkey
Prof Nurdan Kokturk, MD
Ankara, Turkey
UGANDA
Patricia Alupo, MBChB., MMED
Makerere University Lung Institute in Uganda,
Africa
UKRAINE
Vitalii Poberezhets, MD
National Pirogov Memorial Medical
University, Department of Propedeutics of
Internal Medicine
Vinnytsia, Ukraine
UNITED STATES OF AMERICA
Ed Portillo, PharmD
University of Wisconsin-Madison School
of Pharmacy
Madison, Wisconsin
VIETNAM
Le Thi Tuyet Lan, MD, PhD
Ho Chi Minh City, Vietnam
Sy Duong-Quy, MD, PhD, FCCP
Lam Dong Medical College, Vietnam
Prof Chau Ngo Quy
Tam Anh General Hospital, Ha Noi

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

2024 REPORT

Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease







Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

2001

2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

2000

2017

Sociedade Brasileira de Pneumologia

2021

Gov.BR

PCDT





Credits +

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

العربية
 中文
 Français
 Русский
 Español

16 March 2023

Key facts

- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the third leading cause of death worldwide, causing 3.23 million deaths in 2019.
- Nearly 90% of COPD deaths in those under 70 years of age occur in low- and middle-income countries (LMIC).
- COPD is the seventh leading cause of poor health worldwide (measured by disability-adjusted life years)
- Tobacco smoking accounts for over 70% of COPD cases in high-income countries. In LMIC tobacco smoking accounts for 30–40% of COPD cases, and household air pollution is a major risk factor.

Overview

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common lung disease causing restricted airflow and

Related

- WHO Global health estimates
- NCD country capacity survey
- Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
- The 2030 Agenda for Sustainable Development
- WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care
- WHO Framework Convention on Tobacco Control
- Rehabilitation 2030
- Household Air Pollution and Health
- Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD)
- Package of interventions for rehabilitation: module 4: cardiopulmonary conditions
- Chronic respiratory diseases programme

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the third leading cause of death worldwide, causing 3.23 million deaths in 2019.

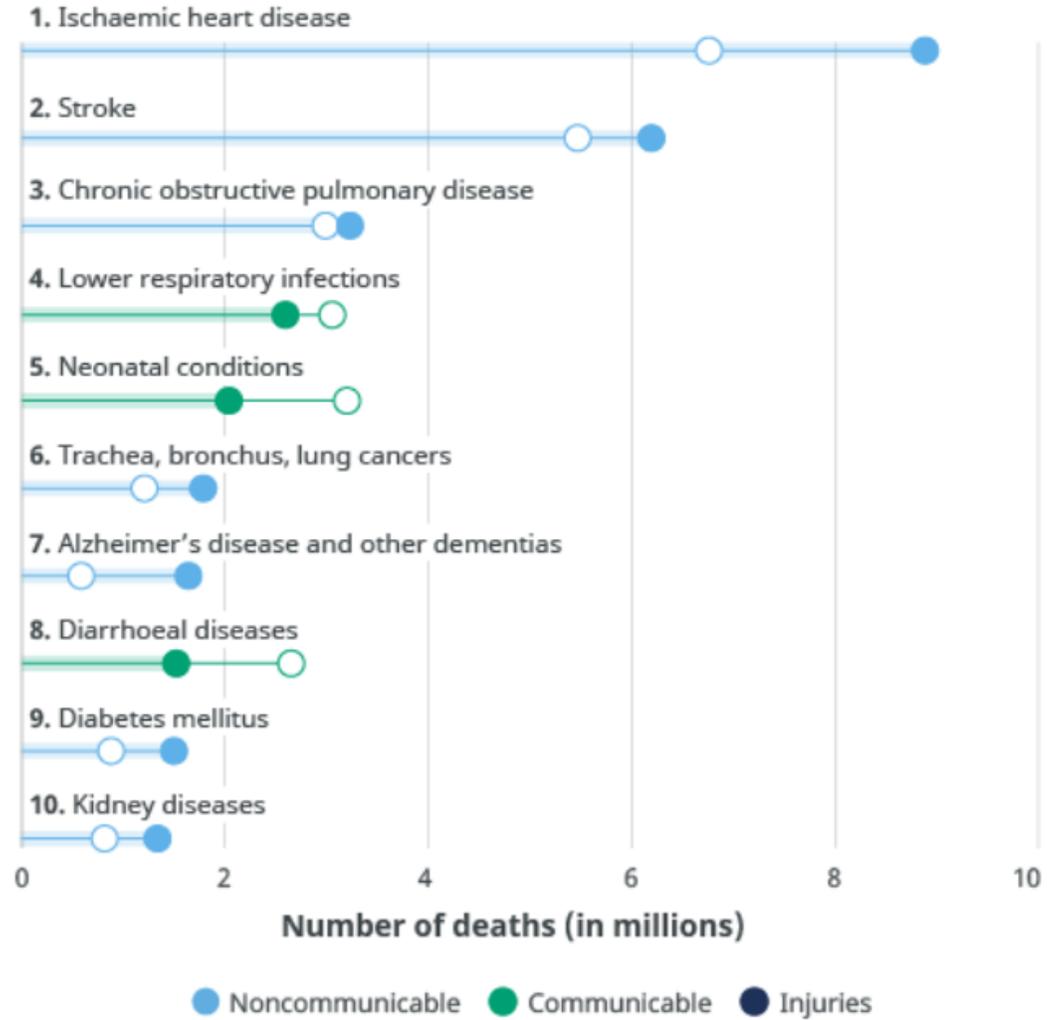
Nearly 90% of COPD deaths in those under 70 years of age occur in low- and middle-income countries

COPD is the seventh leading cause of poor health worldwide (measured by disability-adjusted life years)

Tobacco smoking accounts for over 70% of COPD cases in high-income countries. In LMIC tobacco smoking accounts for 30–40% of COPD cases, and household air pollution is a major risk factor.

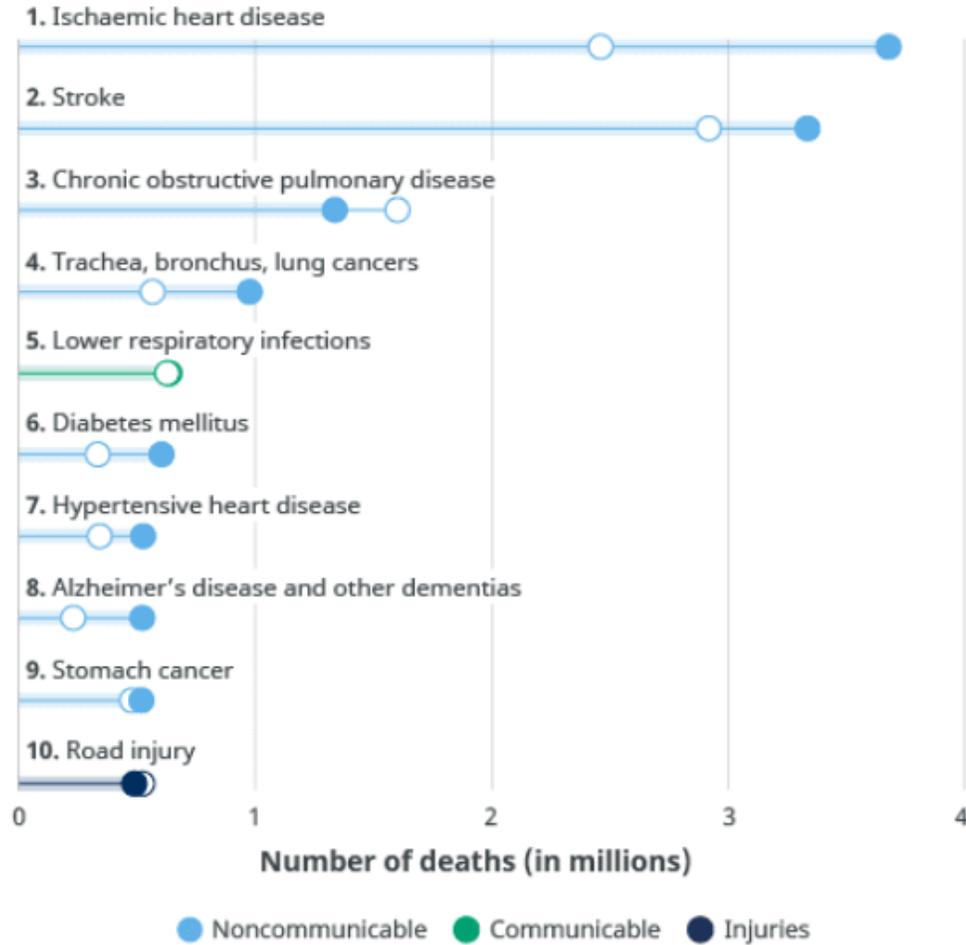
Leading causes of death globally

○ 2000 ● 2019



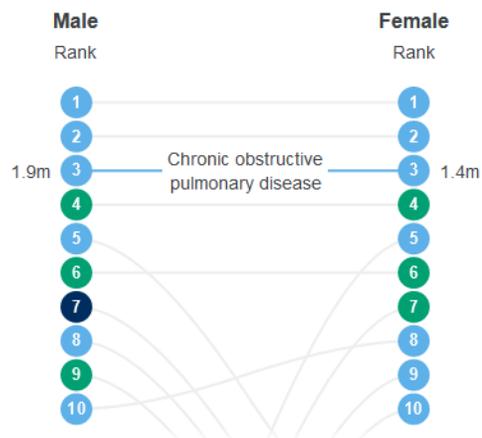
Leading causes of death in upper-middle-income countries

○ 2000 ● 2019



Source: WHO Global Health Estimates. Note: World Bank 2020 income classification.

Leading causes of death globally by sex, 2019



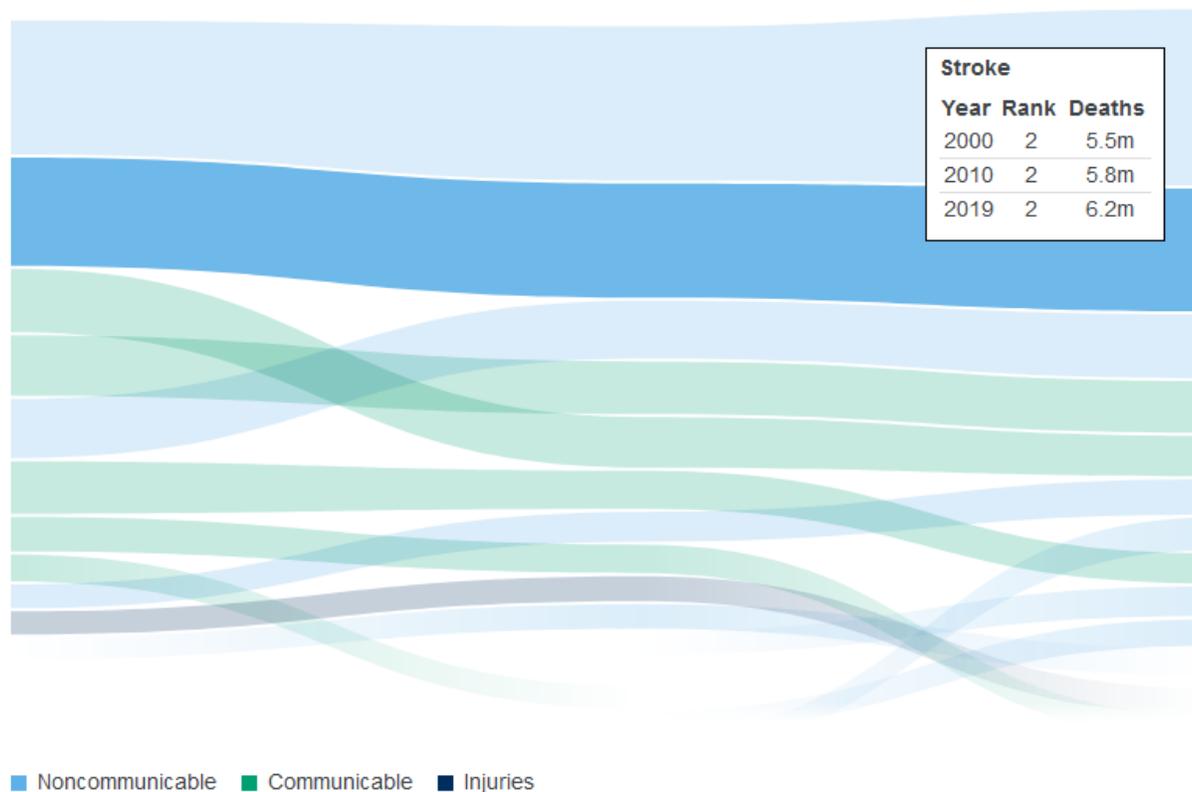
■ Noncommunicable ■ Communicable ■ Injuries

Leading causes of death globally

2000

2010

2019



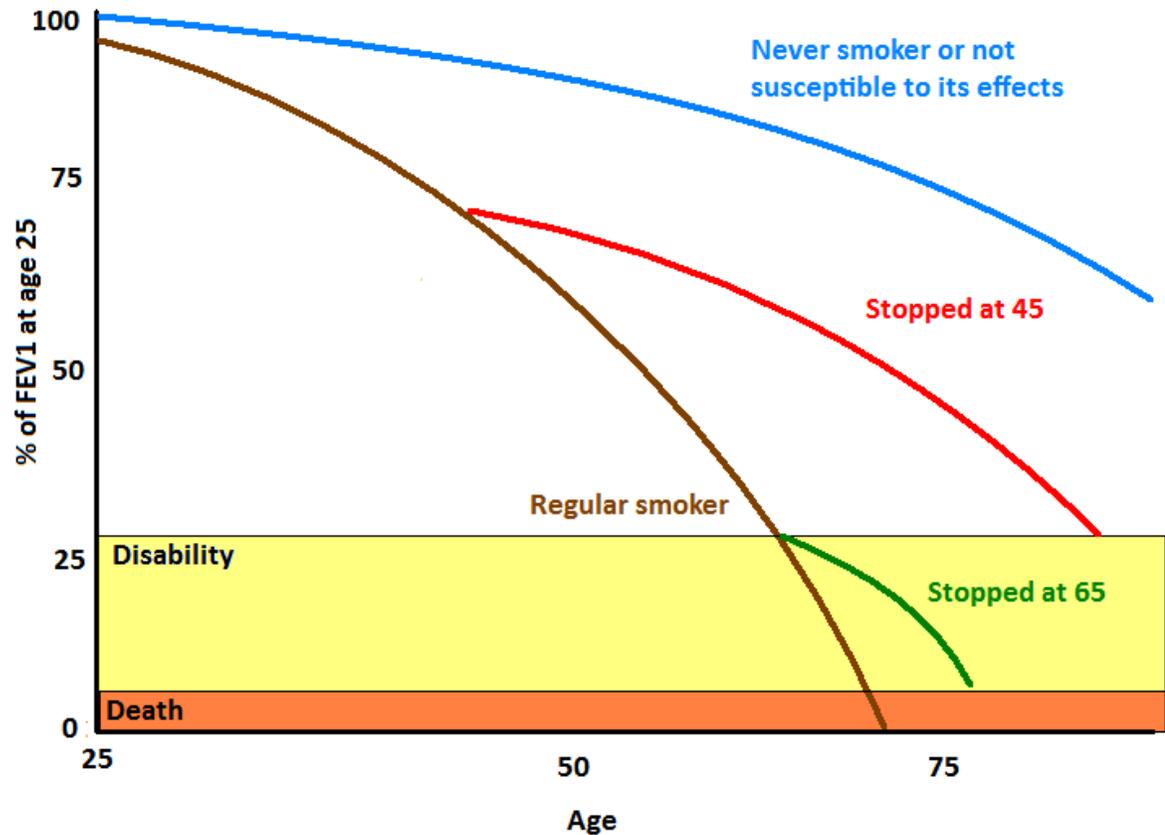
■ Noncommunicable ■ Communicable ■ Injuries

The top global causes of death¹, in order of total number of lives lost, are associated with three broad topics: **cardiovascular** (ischaemic heart disease, stroke), **respiratory** (chronic obstructive pulmonary disease, lower respiratory infections) and **neonatal conditions** – which includes birth asphyxia and birth trauma, neonatal sepsis and infections, and preterm birth complications.

GOLD	VEF1	Expectativa de vida Homem de 65 anos
1- Leve	≥80%	- 0,3 ano
2- Moderado	≥50 a 79%	- 2,2 anos
3- Grave	≥30 a 49%	- 5,8 anos
4- Muito Grave	<30%	- 5,8 anos



Estágio	VEF1	Expectativa de vida (em 4 anos)
1- Leve	≥80%	80%
2- Moderado	≥50 a 79%	60 a 70%
3- Grave	≥30 a 49%	50%
4- Muito Grave	<30%	Muito curta



Elementos CLÍNICOS		FUNÇÃO PULMONAR
Sintomas respiratórios crônicos	Fatores de Risco	Distúrbio Ventilatório Obstrutivo
<i>Tosse</i>	<i>Idade superior a 40 anos</i>	<i>Espirometria</i>
<i>Expectoração</i>	<i>Externos</i>	$VEF_1/CVF < 0,7$ (no pós broncodilatador)
<i>Sibilância</i>	tabagismo, inalação de gases irritantes, material particulado em ambiente ocupacional ou domiciliar	
<i>Dispneia</i>	<i>Genético</i>	
<i>Respiração Ofegante</i>	Deficiência de Alfa 1 antitripsina	
<i>Sensação de Opressão torácica</i>	<i>Relacionados a Infância</i>	
	Baixo peso ao nascer, infecções respiratórias, entre outras	

Elementos CLÍNICOS	FUNÇÃO PULMONAR	
Sintomas respiratórios crônicos	Fatores de Risco	Distúrbio Ventilatório Obstrutivo
<i>Tosse</i>	<i>Idade superior a 40 anos</i>	<i>Espirometria</i>
<i>Expectoração</i>	<i>Externos</i>	
<i>Sibilância</i>	tabagismo, inalação de gases irritantes, material particulado em ambiente ocupacional ou domiciliar	VEF ₁ /CVF < 0,7 (no pós broncodilatador)
<i>Dispneia</i>	<i>Genético</i>	
<i>Respiração Ofegante</i>	Deficiência de Alfa 1 antitripsina	
<i>Sensação de Opressão torácica</i>	<i>Relacionados a Infância</i>	
	Baixo peso ao nascer, infecções respiratórias, entre outras	

Elementos CLÍNICOS

FUNÇÃO PULMONAR

Sintomas respiratórios
crônicos

Fatores de Risco

**Distúrbio Ventilatório
Obstrutivo**

Tosse

Idade superior a 40 anos

Espirometria

Expectoração

Externos

tabagismo, inalação de gases irritantes, material particulado em ambiente ocupacional ou domiciliar

$VEF_1/CVF < 0,7$
(no pós broncodilatador)

Sibilância

Genético

Deficiência de Alfa 1 antitripsina

Dispneia

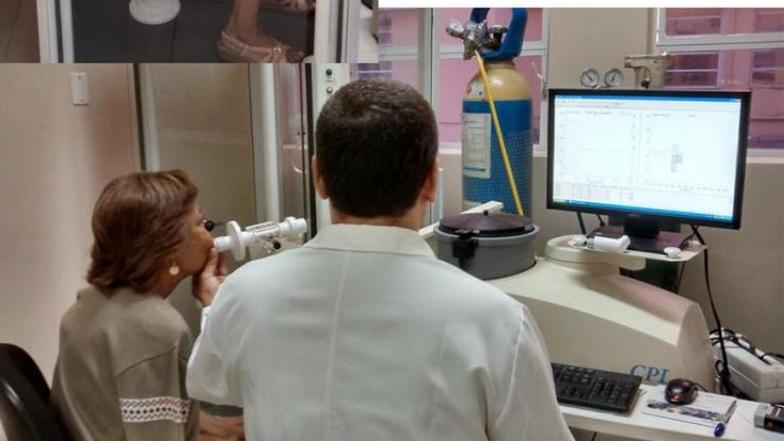
Respiração Ofegante

Relacionados a Infância

Baixo peso ao nascer, infecções respiratórias, entre outras

Sensação de Opressão torácica

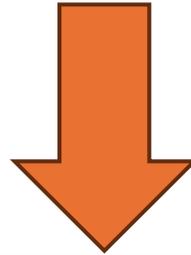
Elementos CLÍNICOS		FUNÇÃO PULMONAR
Sintomas respiratórios crônicos	Fatores de Risco	Distúrbio Ventilatório Obstrutivo
<i>Tosse</i>	<i>Idade superior a 40 anos</i>	Espirometria
<i>Expectoração</i>	Externos tabagismo, inalação de gases irritantes, material particulado em ambiente ocupacional ou domiciliar	
<i>Sibilância</i>	Genético Deficiência de Alfa 1 antitripsina	
<i>Dispneia</i>	Relacionados a Infância Baixo peso ao nascer, infecções respiratórias, entre outras	
<i>Respiração Ofegante</i>		
<i>Sensação de Opressão torácica</i>		



Espirometria deve ser feita em todo paciente com suspeita de DPOC

VEF1/CVF pós BD < 0,7

Realizar espirometria



Sintomáticos respiratórios

Assintomáticos respiratórios com fatores de risco

Conitec

Relatório de recomendação Junho/2021

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

GOLD	VEF1	Expectativa de vida Homem de 65 anos
1- Leve	≥80%	- 0,3 ano
2- Moderado	≥50 a 79%	- 2,2 anos
3- Grave	≥30 a 49%	- 5,8 anos
4- Muito Grave	<30%	- 5,8 anos



Estágio	VEF1	Expectativa de vida (em 4 anos)
1- Leve	≥80%	80%
2- Moderado	≥50 a 79%	60 a 70%
3- Grave	≥30 a 49%	50%
4- Muito Grave	<30%	Muito curta

PDCDT 2011 – DPOC (Brasil)	
GRUPO	Perfil de Sintomas / Exacerbações
Grupo A Grupo de baixo risco (poucos sintomas)	Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização) <i>mMRC < 2, OU CAT < 10</i>
Grupo B Grupo de baixo risco (bastante sintomas)	Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização) <i>mMRC ≥ 2, OU CAT ≥ 10</i>
Grupo C Grupo de alto risco (poucos sintomas)	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses <i>mMRC < 2, OU CAT < 10</i>
Grupo D Grupo de alto risco, (bastante sintomas)	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses <i>mMRC ≥ 2, OU CAT ≥ 10</i>



Estadiamento de Gravidade / Risco





Grupo de baixo
risco, poucos
sintomas

Nenhuma exacerbação ou uma
moderada (**sem** hospitalização);
mMRC < 2, OU CAT < 10

Broncodilatador
de ação curta
(demanda)
SABA / SAMA

BGrupo de baixo
risco, bastante
sintomas

Nenhuma exacerbação ou uma
moderada (**sem** hospitalização);
mMRC ≥ 2 , OU CAT ≥ 10

LABA*(formoterol ou salmeterol)***Considerar:****LABA + LAMA***Se VEF₁ < 50%, sem melhora
clínica ou manutenção de
dispneia em 4 a 8 semanas.** Asma associada, eosinofilia sérica ou VEF₁ < 50% .



Grupo de alto
risco, poucos
sintomas

2 exacerbações ou uma grave
(levando a hospitalização) nos
últimos 12 meses; mMRC < 2 ,
OU CAT < 10

LABA + SAMA

(formoterol ou salmeterol +
brometo ipratrópio, se necessário)

Verificar indicações de CI*

Sem melhora clínica em 12 a 24 semanas
ou pneumonia (suspender CI)

* Asma associada, eosinofilia sérica ou $VEF_1 < 50\%$

 D

Grupo de alto
risco, bastante
sintomas

2 exacerbações Ou uma grave
(levando a hospitalização) nos
últimos 12 meses; mMRC ≥ 2 ,
ou CAT ≥ 10

LABA + CI (manutenção)
+ brometo de Ipratrópio, se necessário
*Suspender (ou reduzir) CI se houver
pneumonia.*

**Considerar:
LABA / LAMA**

VEF₁ < 50%, sem melhora clínica em
6 a 10 semanas

Medicamentos Disponíveis



Medicações incorporadas

Broncodilatadores

SABA - β 2 agonistas de curta duração: salbutamol, fenoterol

LABA - β 2 agonistas de longa duração: salmeterol, formoterol

SAMA - Anticolinérgicos de curta duração: brometo de ipratrópio

Medicações incorporadas

Broncodilatadores

LAMA - Anticolinérgicos de longa duração: tiotrópio (névoa suave),
glicopirrônio e umeclidínio (pó inalado)

LABA + LAMA (associação): tiotrópio / olodaterol (névoa suave)
e vilanterol / umeclidínio (pó inalado)

Medicações incorporadas

CI - Corticoesteroides inalados

budesonida (pó inalado) e beclometasona (spray);

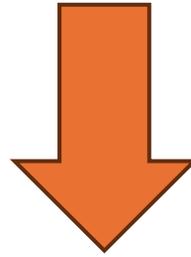
CS - Corticoesteroides sistêmicos

prednisona, prednisolona (VO) e hidrocortisona (EV);

LABA + CI (associação)

formoterol / budesonida (pó inalado).

Reduzir Riscos Preveníveis



Campanhas antitabágicas

Pré-natal

Vacinação de crianças e adultos

Ambulatório DPOC

Profa. Cláudia Henrique da Costa

Dra. Elizabeth Bessa

Dra. Margareth Pio

Dra. Bruna Cuoco Provenzano

Dra. Rafaela Vieira

Fisioterapeuta Vera Abelenda

Enfermeira Ana Paula



Equipe UERJ