

Desenvolvido por:

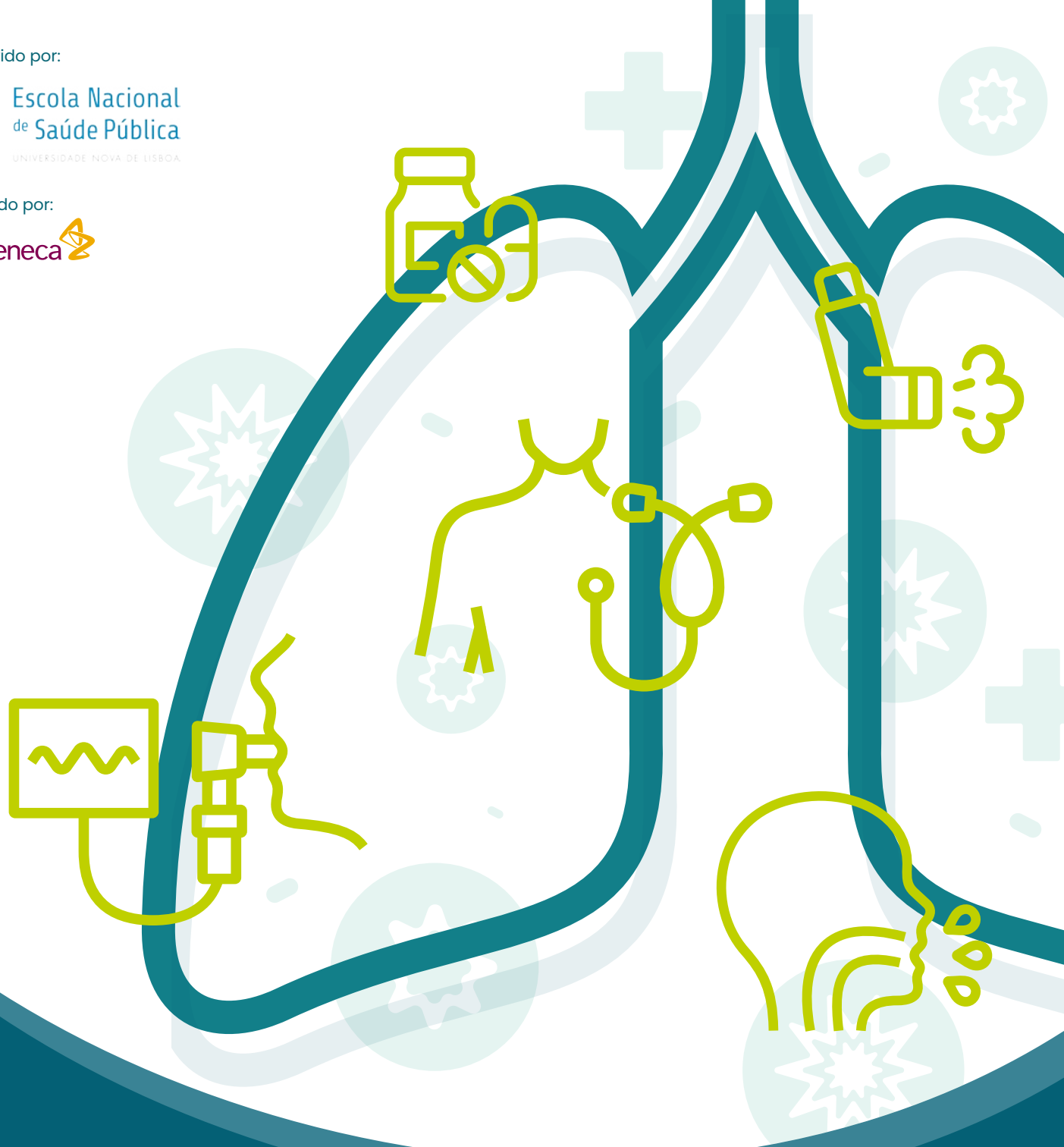


Escola Nacional
de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Financiado por:

AstraZeneca 



GESTÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

Constrangimentos no Seguimento de Doentes e Estratégias de Atenuação // White Paper

Ana Rita Pedro (Cord.)

Ana Soraia Cunha

Beatriz Raposo

Filipe Dias

ÍNDICE

1. Nota Introdutória

03

2. Nota Metodológica

05

2.1. Painei *Delphi*

2.2. Testemunhos de peritos

3. Resultados

09

Em suma...

Testemunhos de peritos

4. Notas Conclusivas

20

5. Referências

22

1

NOTA INTRODUTÓRIA



O aumento da esperança média de vida nos países desenvolvidos, onde se inclui Portugal, deve-se maioritariamente à evolução científica na medicina, à melhoria das intervenções em saúde pública e ao aumento do acesso a terapêuticas inovadoras e eficazes¹. No entanto, a par desta tendência evolutiva, verifica-se o aumento da incidência de doenças crónicas, onde se incluem as doenças respiratórias².

As doenças respiratórias contribuem significativamente para a morbilidade e mortalidade das populações³, sendo a terceira principal causa de morte nos países da União Europeia, particularmente para pessoas com mais de 65 anos de idade².

Em Portugal, as doenças respiratórias são uma das principais causas de hospitalização, representando 19% da mortalidade intra-hospitalar³. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é a causa mais comum de mortalidade entre as doenças respiratórias, seguindo-se a pneumonia², e estima-se que tenha uma prevalência de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos, com uma elevada proporção de subdiagnóstico¹.

Os últimos relatórios do *"Health at a Glance - Europe"* identificaram a DPOC como uma das principais causas de morte evitáveis², podendo ser minimizada através da implementação de estratégias de prevenção e gestão da doença, fora do contexto hospitalar⁴.

Dados nacionais estimam uma prevalência de 7% de DPOC moderada, grave e muito grave¹, sendo que a progressão da DPOC está relacionada com a gravidade e frequência de exacerbações, com consequências clínicas a curto e longo prazo⁵. As exacerbações da DPOC influenciam o prognóstico da doença, contribuindo para a sua gravidade global, pela diminuição da função pulmonar e pelo aumento da morbilidade e mortalidade⁶. Está perfeitamente documentado, até com base em dados nacionais, que a ocorrência de exacerbações está associada a um aumento do risco de internamento, eventos cardiovasculares e mortalidade^{5,7}. Adicionalmente, as exacerbações limitam a

atividade física, aumentam a ansiedade, a depressão e as despesas individuais com cuidados de saúde, que em conjunto representam um impacto negativo significativo na qualidade de vida da pessoa com DPOC^{5,8} e no aumento dos custos relacionados com os cuidados de saúde^{8,9}.

A DPOC tem igualmente um importante impacto económico¹⁰. O custo direto da DPOC é de 6% do total das despesas de saúde (38,6 mil milhões de euros anuais) na União Europeia, e representa 56% do custo total no tratamento de doenças respiratórias¹¹. Porém, não são apenas os custos diretos que estão implícitos na DPOC. A limitação da atividade associada à doença e a falta de capacidade para executar tarefas diárias, podem associar-se a um aumento da dependência de um cuidador, com impacto adicional e relevante nos custos indiretos associados a absentismo laboral e falta de produtividade⁹.

Abordando a carga de doença, os anos de vida ajustados por incapacidade (DALY's), a nível global, atribuíveis à DPOC, foram cerca de 81,6 milhões¹², mostrando a forma como a DPOC se torna dramática e incapacitante para aqueles que sofrem da mesma.

Sendo as exacerbações um evento frequente e relevante na história natural da DPOC, torna-se relevante identificar a população com maior risco, prevenir e tratar precocemente.

O presente estudo teve como principal objetivo identificar e consensualizar constrangimentos no seguimento do doente com DPOC e possíveis estratégias de atenuação dos mesmos, assim como identificar e consensualizar possíveis estratégias de prevenção das exacerbações e complicações associadas. Este projeto assenta numa abordagem colaborativa entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, enquanto responsável científica do projeto, e com a AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda., enquanto financiador.

2

NOTA METODOLÓGICA

2.1. Painel *Delphi*

2.2. Testemunho dos Peritos
(Entrevistas Exploratórias)



2.1. Painel *Delphi*

Perante a problemática apresentada, a constituição e implementação de um painel de peritos, seguindo a abordagem *Delphi*, surge como a técnica de recolha de informação mais adequada, tendo em consideração a complexidade do assunto em discussão. Os seus principais objetivos para esta técnica foram:

- (1) Identificar os principais constrangimentos no percurso do doente com DPOC nos cuidados de saúde;
- (2) Identificar as principais barreiras à identificação e gestão do risco de exacerbações no acompanhamento do doente com DPOC nos cuidados de saúde.

O painel, que foi concebido visando a multidisciplinaridade, reuniu médicos, enfermeiros, gestores de saúde, decisores políticos, especialistas em saúde pública e em promoção da saúde e

associações de doentes, que expressaram as suas opiniões através de um formulário online.

Definiu-se *a priori* um nível de consenso de 73,3% (pelo menos 11 em 15 peritos) para cada indicador, isto é, para um indicador ser consensual, este teria de apresentar 73,3% de respostas concordantes, variando entre os níveis de “Concordo”, “Não concordo nem discordo”, ou “Discordo”.

Iniciada esta técnica, decorreram três rondas de recolha de informação. A primeira ronda visou identificar os principais constrangimentos enfrentados pelo Sistema de Saúde Português na gestão da DPOC e identificar os principais obstáculos à identificação e gestão do risco de exacerbação da DPOC no mesmo contexto. Para isso, foi feito um total de seis perguntas, que se encontram apresentadas no Quadro 1.

Pergunta 1

Ao longo dos 42 anos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) temos assistido a constantes progressos no acompanhamento de doenças crónicas, onde se inclui a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Na sua perspetiva, e tendo em conta os avanços e melhorias efetuadas na gestão da DPOC, que barreiras e constrangimentos se mantêm?

Pergunta 2

Na DPOC, uma parte importante na gestão da doença é focada na sua prevenção. Na sua opinião, que ações poderiam ser desenvolvidas, no sentido de tornar mais eficaz a prevenção da DPOC em Portugal?

Pergunta 3

A precocidade do diagnóstico da DPOC contribui para melhores resultados em saúde, na medida em que os doentes, com apoio de profissionais de saúde que os seguem, são capazes de controlar de forma mais eficaz a progressão da sua doença e os impactos da mesma. Em Portugal, o diagnóstico da patologia é feito atempadamente?

Pergunta 4

Qual a sua opinião sobre a referenciação dos doentes com DPOC no âmbito do SNS? Que alterações propunha?

Pergunta 5

A exacerbação da DPOC leva ao agravamento da doença e do estado geral dos seus doentes, levando a um aumento de internamentos e consequente aumento do consumo de cuidados de saúde. Que estratégias poderão ser implementadas, visando a diminuição do número de exacerbações e, naturalmente, diminuir o peso que a DPOC representa para a saúde em Portugal?

Pergunta 6

Sabendo que uma das estratégias para prevenir exacerbações e complicações relacionadas com a DPOC assenta no correto *follow-up* (seguimento) dos doentes, estará o SNS munido de recursos e ferramentas que o viabilizem?

Quadro 1 – Perguntas abertas da 1ª ronda do Painel de Peritos

Seguidamente, na segunda ronda, foram devolvidos os indicadores obtidos em cada pergunta efetuada na ronda anterior, e solicitado aos peritos que identificassem o nível de concordância face à pergunta que foi feita. Foi também dada a possibilidade de adicionarem novos indicadores que considerassem relevantes. Na terceira e última ronda, foi apresentada a distribuição das votações dos indicadores que não tinham obtido consenso na ronda anterior, em forma de gráfico, e dada a possibilidade a cada perito de manter (ou alterar) o seu nível de concordância face a esses indicadores. Nesta ronda houve também a votação dos indicadores acrescentados na segunda ronda.

Finalizado o painel *Delphi*, a equipa de investigação procedeu a uma análise do conteúdo gerado, por pergunta, e, consequentemente, agrupou os indicadores (consensuais e não consensuais) em dois âmbitos: **identificação de barreiras, desafios e constrangimentos na gestão da DPOC** e **identificação de estratégias de ação para melhorar a prevenção e referenciação e diminuir exacerbações e o peso desta doença**.

2.2.

Testemunhos de Peritos

(Entrevistas Exploratórias)

Depois de realizada a primeira abordagem metodológica, a equipa de investigação convocou alguns profissionais da área da Pneumologia para recolher testemunhos acerca deste tema.

Destes, um médico pneumologista e um administrador de um hospital de referência, da área da Pneumologia na zona de Lisboa, aceitaram partilhar a sua perceção acerca da problemática em causa. Esta intervenção permitiu obter, de forma mais abrangente, novas ideias ou *insights* que possam não ter sido levantados no painel de peritos, formular hipóteses para os indicadores gerados pelos mesmos e/ou dar suporte à construção dos conceitos que foram criados. Ao contrário de uma abordagem de consenso, as entrevistas de natureza exploratória pretenderam levantar informações e não obter conclusões estatísticas ou generalizáveis.

3

RESULTADOS

Em suma

Testemunho dos Peritos



Resultados

No total foram convidados 30 peritos para o painel *Delphi*, dos quais 50% aceitaram participar. De referir que os 15 peritos que aceitaram o convite mantiveram a sua colaboração ao longo das três rondas em que se desenrolou este painel, colocando a taxa de resposta/retenção nos 100%.

Para o total das seis perguntas, foram gerados 138 indicadores válidos. Esses mesmos indicadores foram alvo de várias votações e alterações ao longo da sessão, de acordo com a sua pertinência para o estudo.

De seguida, encontram-se listados os indicadores “com consenso” e “sem consenso” propostos pelos peritos, de acordo com:

BARREIRAS, DESAFIOS E CONSTRANGIMENTOS NA GESTÃO DA DPOC

Indicadores com consenso

- Baixo investimento em campanhas de prevenção da DPOC (80% concorda)
- Baixo investimento na prevenção da DPOC (86.7% concorda)
- Baixo investimento na reabilitação funcional respiratória (80% concorda)
- Défice na gestão integrada da doença (80% concorda)
- Baixo seguimento dos doentes com DPOC (73.3% concorda)
- Diagnóstico tardio por falta de espirometria nos Cuidados de Saúde Primários (100% concorda)
- Diagnóstico tardio por desvalorização dos sintomas por parte dos doentes (93.3% concorda)
- Baixa utilização de espirometria nos Cuidados de Saúde Primários (93.3% concorda)
- Falta de tratamento em fase precoce da doença (80% concorda)
- Realização de espirometrias tardiamente (100% concorda)
- Desvalorização da sintomatologia pelos doentes (86.7% concorda)
- Falta de avaliação sistémica de risco em situações profissionais (86.7% concorda)
- Existência de assimetrias regionais no estabelecimento de diagnóstico (86.7% concorda)
- Incumprimento da Norma de Orientação clínica nº 028/2011 (73.3% Não concorda nem discorda)

Indicadores com consenso

- Sintomatologia individual, vivenciada por doentes, por exposição prolongada a agressões, levando a desvalorização (80% concorda)
- Realização tardia de consultas de especialidade (73.3% concorda)
- Resposta hospitalar tardia (73.3% concorda)
- Falta de tempo no seguimento do trajeto completo do doente com DPOC (86.7% concorda)

Indicadores sem consenso

- Deficiente contratação de fisioterapeutas nos Cuidados de Saúde Primários
- Ausência de investimento na formação dos médicos de Medicina Geral e Familiar em reabilitação respiratória
- Inexistência de indicadores de *performance* nos Cuidados de Saúde Primários, relacionados com a DPOC
- Falta de conhecimento médico aquando estabelecimento de diagnóstico
- Desinvestimento na saúde ocupacional em profissões de risco
- Inexistência de interoperabilidade entre sistemas de informação hospitalares e de Cuidados de Saúde Primários
- Falta de efetividade nos tratamentos implementados
- Dificuldade de acesso aos Cuidados de Saúde Primários para diagnóstico
- Diagnóstico tardio por falta de consultas de especialidade
- Diagnóstico tardio por falta de investimento dos profissionais
- Criação de ferramentas de autodiagnóstico com recurso a *wearables* e/ou dispositivos
- Identificação de utentes de risco (*profiling* de utentes) com reconhecimento de indicadores proxy para estabelecimento de diagnóstico ainda mais precoce
- Falta de proatividade dos médicos de Medicina Geral e Familiar no estabelecimento de diagnóstico
- Estabelecimento errado de diagnóstico na DPOC
- Falta de papel do enfermeiro na prestação de cuidados respiratórios (reabilitação respiratória e telereabilitação)
- Desinvestimento franco na telemonitorização

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Para melhoria da prevenção da DPOC

Indicadores com consenso

- Promoção de hábitos de vida saudáveis na DPOC (ex. alimentação, exercício físico) (93.3% concorda)
- Abordagem terapêutica integrada: terapêutica farmacológica + não farmacológica, incluindo a reabilitação respiratória (93.3% concorda)

Indicadores com consenso

- Maior foco das políticas de saúde na DPOC (80% concorda)
- Aumentar a prevenção do tabagismo, através de campanhas de cessação tabágica (100% concorda)
- Investimento em literacia em saúde, nomeadamente na DPOC (80% concorda)
- Melhorar o acesso a espirometrias (86.7% concorda)
- Campanhas de formação e capacitação de profissionais, na prevenção primária de exposição a fatores de risco (100% concorda)
- Campanhas de cessação tabágica (93.3% concorda)
- Implementação de programas de atividade física na comunidade a nível autárquico (73.3% concorda)
- Aposta na literacia e educação em saúde, com maior exposição da DPOC junto da comunidade (93.3% concorda)
- Aumento de recursos na prevenção tabágica (80% concorda)
- Utilização de tecnologias de informação e comunicação em campanhas antitabágicas (86.7% concorda)
- Promoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente, em escolas (93.3% concorda)
- Criar comparticipação de fármacos de cessação tabágica (73.3% concorda)
- Aposta em políticas de controlo de tabagismo (86.7% concorda)
- Existência de equipas de acompanhamento na intervenção precoce do tabagismo (100% concorda)

Indicadores sem consenso

- Valorização do problema da poluição ambiental
- Criação de incentivos remuneratórios para aumento de consultas de cessação tabágica
- Combate ao contrabando de tabaco
- Criação de medidas restritivas, com fiscalização apertada e aplicação de multas, erradicando o ato de fumar em todos os espaços públicos

Para melhoria da referência da DPOC

Indicadores com consenso

- Base de registo de exacerbações (80% concorda)
- Centros de referenciação de DPOC (73.3% concorda)
- Acessibilidade ao diagnóstico, em que os doentes GOLD 1 e 2 e A e B deverão ser assistidos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (80% concorda)
- Acesso e atualização sistémica do plano individual de cuidados, compartilhada entre doente e profissional (86.7% concorda)
- Capacitação das equipas de Cuidados de Saúde Primários, com apoio de especialistas (Pneumologistas) (80% concorda)
- Criação de centros de reabilitação respiratória (73.3% concorda)
- Simplificação do sistema de referenciação (80% concorda)

Indicadores com consenso

- Reforço do papel do enfermeiro de comunidade para cogestão da doença (86.7% concorda)
- Diferenciação nos tipos de seguimento, de acordo com a gravidade da doença (doença leve – Cuidados de Saúde Primários; doença grave – Cuidados de Saúde Primários e hospital) (73.3% concorda)
- Maior articulação entre Cuidados de Saúde Primários e hospital (93.3% concorda)
- Partilha e interoperabilidade de sistemas de informação (100% concorda)
- Acesso facilitado de médicos de Medicina Geral e Familiar a serviços/consultas de especialidade (80% concorda)
- Criação de linhas de referência hospitalar céleres para situações de maior complexidade (meios complementares de diagnóstico e terapêutica e consulta de especialidade) (86.7% concorda)
- Gestão integrada da doença, com protocolos de atuação (86.7% concorda)
- Valorizar o papel do doente no seu percurso dos cuidados (93.3% concorda)
- Valorizar o percurso do doente no sistema (86.7% concorda)
- Trabalhar de forma integrada as respostas aos doentes (93.3% concorda)
- Processo alternativo ao modelo atual de referência evitando o efeito “ping-pong” a que os doentes são sujeitos (93.3% concorda)
- Descentralização das competências dos hospitais (73.3% concorda)
- Aproximar os doentes dos profissionais (inversão de fluxo de referência) (80% concorda)
- Ambulatorização de cuidados (86.7% concorda)
- Telemonitorização e aplicação de escalas de BORG, LCADL, EuroQol (73,3% Concorda)
- Em caso de maior gravidade, o doente é referenciado para o pneumologista hospitalar e equipa de reabilitação respiratória hospitalar (80% concorda)

Indicadores sem consenso

- Inclusão de farmacêuticos no fluxo de referência de consulta de cessação tabágica e utilização de nomenclatura GOLD (avaliação de risco)

Para diminuir as exacerbações da DPOC e o peso desta doença

Indicadores com consenso

- *Empowerment* dos doentes na gestão da doença (86.7% concorda)
- Investimento no autocuidado, nomeadamente na utilização de inaladores (86.7% concorda)
- Investimento em literacia em saúde, nomeadamente na adesão terapêutica na DPOC (86.7% concorda)
- Melhorar o acesso a provas de função respiratória (86.7% concorda)
- Alocação dos profissionais que formam as equipas de reabilitação respiratória, no mínimo constituída por fisioterapeutas e enfermeiros coordenados por médicos de Medicina Geral e Familiar (86.7% concorda)
- Implementação de programas de Reabilitação Respiratória (RR) nos Cuidados de Saúde Primários (1 por cada ACES) (86.7% concorda)

Indicadores com consenso

- Capacitação de doentes para correta utilização de terapêutica inalada (93.3% concorda)
- Melhor rede de reabilitação funcional respiratória (86.7% concorda)
- Aposta no controlo de infeção na comunidade (ex. máscara, etiqueta respiratória) (73.3% concorda)
- Melhor gestão de comorbilidades dos doentes (93.3% concorda)
- Melhor gestão de Oxigénio de Longa Duração (OLD) e Ventilação Não Invasiva (VNI) domiciliário (86.7% concorda)
- Capacitação dos doentes para reconhecimento de sinais e sintomas de exacerbação (93.3% concorda)
- Promoção de exercício físico (86.7% concorda)
- Promoção de consultas de cessação tabágica e comparticipação das mesmas (93.3% concorda)
- Com o internamento por exacerbação, a alta hospitalar deve ser atempadamente programada com referência para o médico de família, o enfermeiro de família e para a equipa de reabilitação dos cuidados (86.7% concorda)
- Adequação de esquemas terapêuticos à gravidade e GOLD atribuídos (100% concorda)
- Aposta na formação dos profissionais, com consequente capacitação dos Cuidados de Saúde Primários para cuidados à DPOC (93.3% concorda)
- Criação de hospitais de dia de DPOC, para diminuir episódios de urgência (73.3% concorda)
- Acompanhamento regular e de proximidade (93.3% concorda)
- Intervenção nos fatores de risco modificáveis (93.3% concorda)
- Vacinação contra a gripe, pneumonia e COVID-19 (93.3% concorda)
- Otimização terapêutica (93.3% concorda)
- Aumento da literacia e autogestão, aliada à adesão terapêutica (80% concorda)
- Melhorar tempo de diagnóstico (86.7% concorda)
- Implementação de programas de reabilitação respiratória remota (telereabilitação) (86.7% concorda)
- Avaliação da saúde mental do doente com DPOC (80% concorda)
- Aposta na telemonitorização (86.7% concorda)
- Melhorar a partilha de informação clínica (100% Concorda)
- Mais centros de Telemonitorização (86,6% Concorda)
- Alavancar a transição digital na gestão da DPOC (86,6% Concorda)
- Clarificar o papel dos farmacêuticos (73,3% Concorda)
- Diminuir a implementação de processos (73,3% Não concorda nem discorda)
- Motivar profissionais (80% Concorda)
- Melhorar a articulação entre hospital, Cuidados de Saúde Primários e cuidados domiciliários (100% Concorda)
- Maior capacitação de utentes e profissionais (100% Concorda)
- Aumento de recursos materiais nos Cuidados de Saúde Primários (86.7% Concorda)
- Inclusão de técnicos (cardiopneumologia) nos Cuidados de Saúde Primários (86.7% Concorda)
- Falta de meios e de recursos humanos (73.3% Concorda)

Indicadores com consenso

- Falta de meios de acompanhamento nos Cuidados de Saúde Primários **(73.3% Concorda)**
- Aposta num melhor acompanhamento para diminuição de episódios de urgência **(86.7% Concorda)**
- Falta de monitorização terapêutica de ensinos **(86.7% Concorda)**

Indicadores sem consenso

- Avaliação sistémica do ar interior
- Valorização do problema da poluição ambiental
- Deve ser criada uma Norma de Orientação Clínica, para padronização de tratamentos na Prescrição Eletrónica Médica (PEM) e respetiva renovação
- Existe uma boa rede de Cuidados de Saúde Primários, recursos suficientes e boa rede hospitalar

EM SUMA...

Com base nos indicadores apresentados podemos concluir que:

- Apesar de existir uma rede de cuidados de saúde sólida de acompanhamento das pessoas com DPOC, ainda existem reformas importantes a fazer para **melhorar o acesso, o diagnóstico, a referenciação e o tratamento destas pessoas em Portugal**.
- É extremamente importante a **melhoria da articulação entre os diferentes cuidados de saúde** (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, cuidados domiciliários e/ou ambulatorização), mais concretamente a **eficiente integração** destes cuidados e a consequente **descentralização das competências hospitalares**.
- Vários indicadores foram ao encontro de abordagens associadas à prevenção e identificação precoce, tais como, a **cessação tabágica, a realização atempada de espirometrias e de promoção/educação para a saúde**. Para tal, a valorização e aproximação da pessoa com DPOC e sua **auto capacitação**, quer seja a nível do **reconhecimento dos sintomas, sinais de exacerbação**, ou ao nível da **utilização atempada da terapêutica com impacto no prognóstico**, permite uma melhor gestão da própria doença.
- Além do investimento no circuito da pessoa dentro do sistema e da sua referenciação, assim como a devida articulação entre cuidados e equipas de saúde, os resultados demonstram que a aposta dos **cuidados da DPOC passa também pela “transição digital”**. O auxílio de plataformas digitais como reforço à resposta da DPOC pode passar pelo **aumento da adesão** a serviços de **Telemonitorização e/ou Telereabilitação**, bem como **aumentar a interoperabilidade** entre Sistemas de Informação.
- É relevante considerar a continuação na **aposta em equipas multidisciplinares**, a sua devida articulação e o **reforço da formação específica** nesta área, de forma a auxiliar na intervenção e no diagnóstico precoce desta doença, **centralizando os cuidados da pessoa com DPOC**.

TESTEMUNHOS DE PERITOS

A fase da recolha de testemunhos de peritos, através da realização de entrevistas, permitiu explorar e aprofundar o tema, com base nos objetivos propostos para este projeto. Assim, solicitámos aos peritos que aceitaram ser entrevistados, nomeadamente um médico pneumologista e um administrador de um hospital de referência da área de Lisboa, que partilhassem a sua perceção sobre quatro âmbitos, identificando, com base na sua experiência profissional, quais foram os principais constrangimentos e barreiras na gestão da DPOC, que estratégias podem melhorar a prevenção desta doença, quais são as principais falhas a nível de referenciação de doentes com DPOC e que estratégias poderiam ser úteis para diminuir a carga da doença em Portugal.

Relativamente à identificação de **constrangimentos e barreiras identificados na gestão da DPOC**, os peritos indicaram cinco aspetos, nomeadamente:

O DESCONHECIMENTO DA DOENÇA

“Alguns estudos internacionais revelam que 70% a 80% das pessoas desconhecem que têm a doença (...) e isto aplica-se tanto ao doente como ao médico (...). Há um grande desconhecimento sobre doenças respiratórias e sobre esta doença em particular.”

“As pessoas acham que ter tosse e expetoração é normal (...). As pessoas desvalorizam estes sintomas.”

“Antigamente ter uma doença respiratória estava associada a um nível económico mais baixo, aos pobrezinhos, e este estigma continua a existir.”

Médico Pneumologista

A EXISTÊNCIA DE FALHAS NO DIAGNÓSTICO

“A DPOC tem menos de metade dos doentes diagnosticados (...) ao contrário de outras doenças crónicas, como por exemplo a diabetes, em que as pessoas estão mais despertas para a doença.”

“Para a maior parte dos doentes com DPOC a causa é o tabaco, mas para 30% não é.”

“Existe uma grande aposta em exames cardiológicos nos Cuidados de Saúde Primários, mas os respiratórios raramente são feitos.”

Médico Pneumologista

“A doença respiratória constitui uma das maiores causas de internamento e de morbilidade, sendo a terceira maior causa de morte em Portugal.”

“Os sintomas são, por vezes, desvalorizados pelos utentes e pelos profissionais da primeira linha.”

“Ainda existe uma fraca sensibilização dos médicos de Medicina Geral e Familiar para importância da DPOC e para a atenção e sinalização dos sintomas (...) assim como a dificuldade no acesso a espirometrias.”

“A elevada percentagem de pessoas sem médico de referência nos Cuidados de Saúde Primários também dificulta o acesso e diagnóstico de utentes com esta doença.”

Administrador Hospitalar

A AUSÊNCIA DE INDICADORES PARA A DPOC NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

“Não há indicadores para a DPOC na Medicina Geral e Familiar (...) e isto é uma péssima arma (...). Não há estímulo nesse sentido.”

Médico Pneumologista

“A contratualização poderia ter um papel relevante, pois há poucos indicadores para a área da Pneumologia, o que pode diminuir a atenção dos médicos de Medicina Geral e Familiar para estas áreas.”

Administrador Hospitalar

A FALTA DE INVESTIMENTO NA PREVENÇÃO DA DPOC

“Deviam existir mais campanhas de sensibilização para a prevenção desta doença, não só para os doentes, mas também para os profissionais.”

Administrador Hospitalar

A EXISTÊNCIA DE FALHAS NO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

“No percurso da DPOC, o utente demora a chegar até aos Cuidados de Saúde Primários e, por sua vez, à consulta de Pneumologia, desde o diagnóstico até à referência (...). Esta articulação devia ser mais célere.”

“As listas de espera para a primeira consulta de Pneumologia ainda são muito elevadas em várias zonas do país.”

Administrador Hospitalar

Seguidamente, e no decurso da conversa, os peritos também identificaram algumas **estratégias para melhorar a prevenção da DPOC**, considerando importantes:

A APOSTA NA FORMAÇÃO E NA LITERACIA SOBRE A DPOC, DIRIGIDA TANTO A DOENTES COMO A PROFISSIONAIS DE SAÚDE

“O aumento da literacia do utente e a sensibilização dos médicos de Medicina Geral e Familiar para o diagnóstico da DPOC também são muito importantes.”

Administrador Hospitalar

“A literacia da DPOC é fundamental (...). Tal como as pessoas tomam diariamente os medicamentos para o colesterol e para a diabetes, também têm de se preocupar com a doença respiratória (...). Mas isto também serve para os médicos.”

Médico Pneumologista

A APOSTA EM POLÍTICAS DE SAÚDE RELACIONADAS COM A CESSAÇÃO TABÁGICA

“Continua a haver uma posição contraditória em relação ao tabaco (...). Podia haver muito mais incentivos para diminuir o seu consumo, entre os quais aumentar os impostos, apesar de já termos resultados positivos até agora.”

Médico Pneumologista

“O tabaco é um fator fundamental para o agravamento da DPOC (...). As pessoas devem ser sensibilizadas para deixarem de fumar e os resultados de consultas de cessação tabágica apresentam bons resultados (...). Integrar as consultas de cessação tabágica nos Cuidados de Saúde Primários poderia ser uma via muito interessante e um bom complemento às campanhas que já existem.”

Administrador Hospitalar

A CRIAÇÃO DE INDICADORES RESPIRATÓRIOS PEDIÁTRICOS

“O mau crescimento estrutural traduz-se também num mau crescimento pulmonar. Devia haver uma monitorização do crescimento pulmonar, à semelhança de todos os outros indicadores que são medidos na pediatria (...). Numa determinada altura, a criança devia fazer uma medição da função pulmonar (...) porque, por exemplo, crianças que são filhos de mães fumadoras durante a gravidez, ou bebés que nascem prematuros ou com baixo peso, terão maior probabilidade de ter doença respiratória mais tarde, por isso, esta informação seria muito relevante para prevenir esta doença no futuro, assim como para diagnosticar e referenciar.”

Médico Pneumologista

MONITORIZAÇÃO DA QUALIDADE DO AR

“A qualidade do ar e as questões ambientais também são aspetos fundamentais para a prevenção de doenças respiratórias.”

Administrador Hospitalar

Em relação à **referenciação dos doentes com DPOC**, os peritos entrevistados afirmaram:

“A articulação entre a Medicina Geral e Familiar e a Pneumologia podia ser melhor e a comunicação também.”

“A maior parte das DPOC deveria ser tratada nos Cuidados de Saúde Primários (...). Existe uma referenciação por excesso para os Cuidados Hospitalares (...). A Medicina Geral e Familiar devia ter 70% a 80% dos doentes com DPOC ligeiras e moderadas, que são perfeitamente tratáveis nos Cuidados de Saúde Primários (...). Isso permitiria que nos Cuidados Hospitalares pudesse ser feita reabilitação respiratória mais facilmente, assim como dar resposta a exames de diagnóstico mais sofisticados que não podem ser feitos na Medicina Geral e Familiar.”

Médico Pneumologista

Como **estratégias para diminuir o peso da doença em Portugal**, os peritos sugeriram:

“Investir na saúde respiratória (...). A pandemia COVID-19 veio facilitar esta noção.”

“Investir na saúde ambiental, a poluição é uma grande agravante da doença respiratória, e este aspeto é desvalorizado (...). Apostar na partilha de indicadores de medição dos níveis de poluição e de pólen e ensinar e informar os doentes acerca destes valores.”

“Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da pessoa em termos pulmonares (...) principalmente os que nasceram com baixo peso e/ou prematuros, que deviam ser monitorizados para sempre em termos respiratórios.”

“Investir ainda mais na cessação tabágica em termos de políticas de saúde (...) inclusivamente por parte de empresas privadas, com os seus trabalhadores (...) ensinando quais os malefícios do tabaco, mais do que apostar na sua proibição.”

Médico Pneumologista

“Apostar numa abordagem integrada entre todos os cuidados, incluindo os domiciliários, que têm um papel importante com os equipamentos que são usados em casa pelas pessoas.”

“Otimizar o percurso do doente, tornando mais eficaz a gestão do doente entre os diferentes níveis de cuidados (...). É importante investir a montante nos cuidados de saúde dos utentes,

de modo a que estes não necessitem de Cuidados Hospitalares, ou pelo menos não tantos (...). Quanto mais tarde chegarem os utentes aos Cuidados Hospitalares maior é o risco de complicações e de chegarem em estadios de doença mais avançados.”

“A nível de acompanhamento do doente, poderiam ser otimizadas as normas de orientação clínica (...) assim como apostar na telemonitorização, que é muito importante para os doentes mais graves e é uma ferramenta com potencial enorme (...). Contribuindo para o correto *follow-up* dos utentes e para prevenir a exacerbação da DPOC.”

Administrador Hospitalar

“E os enfermeiros respiratórios nos Cuidados de Saúde Primários, onde estão? Deviam estar presentes como qualquer outra especialidade.”

“A farmácia tem um grande potencial para desenvolver a literacia em saúde das doenças respiratórias, porque ir à farmácia não é complicado e toda a gente vai (...). Apostar em recursos humanos, como por exemplo em técnicos de cardiopneumologia, para trabalharem em farmácias e realizarem exames de diagnóstico, entre os quais espirometrias.”

“Os farmacêuticos poderiam ter um papel mais ativo no ensino da correta utilização de inaladores, sempre que os vendem, assim como disponibilizar documentos informativos.”

“Tem de haver uma coerência entre aquilo que é proposto pela Direção-Geral da Saúde e aquilo que é necessário na população, em termos respiratórios.”

Médico Pneumologista

“Implementar uma estratégia de reabilitação respiratória efetiva (...). Já existem enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de cardiopneumologia que têm um papel fundamental na reabilitação respiratória destes utentes (...), sem esquecer o potencial da telereabilitação, o que facilita muito o acesso e aproxima os doentes a estes serviços.”

Administrador Hospitalar

“Os equipamentos digitais, tais como as pulseiras ou as aplicações dos telemóveis que a maioria das pessoas já têm, dão-nos indicações importantíssimas sobre a função cardíaca e atividade física (...) e atividade do sono (...). Estas informações são mais facilmente obtidas hoje em dia e são muito úteis para o diagnóstico de doença respiratória (...), principalmente nos dias anteriores a agudizações.”

Médico Pneumologista

4

NOTAS CONCLUSIVAS



As recomendações geradas pelos peritos do painel *Delphi* e os testemunhos dos peritos entrevistados foram consistentes e coerentes com as indicações da Norma Clínica 005/2019 da Direção-Geral da Saúde¹³.

Existe uma noção clara de que, de forma geral, é necessário **investir na saúde respiratória**. Esse investimento envolve **apostar na formação e na literacia dos profissionais de saúde para a DPOC**, principalmente nos Cuidados de Saúde Primários, de forma a que possa haver um retorno positivo a nível de diagnóstico, referência e acompanhamento de pessoas com DPOC^{4,14}. **Ao investir na Medicina Geral e Familiar e em enfermeiros especializados em saúde respiratória** nos cuidados primários para o despiste e controlo desta doença, é possível que estadios ligeiros e moderados de DPOC possam ser tratados e acompanhados nestes serviços, evitando a referência excessiva para os cuidados hospitalares e o consumo de recursos a este nível^{4,14}. Esta ação poderá não só evitar o agravamento da doença, ou possíveis agudizações, como também deixar os cuidados hospitalares responsáveis por estadios mais graves, focando-se na reabilitação respiratória e evitando situações de “ping-pong” entre diferentes níveis de cuidados. Para que isso seja possível, é necessário **melhorar a articulação e os sistemas de informação e comunicação entre serviços de cuidados primários e hospitalares**.

Para além disso, os peritos neste estudo apontam também para a necessidade de **criação de novos indicadores para a DPOC nos cuidados de saúde primários, inclusivamente indicadores pediátricos**¹⁵, que podem ser auxiliados por **mudanças a nível da contratualização nestes serviços**. Paralelamente, a **inclusão de consultas de cessação tabágica nos centros de saúde** foi encarado pelos profissionais como sendo uma mais-valia para a prevenção da DPOC^{11,14,15}.

Ao nível da pessoa, apostar no aumento da literacia da DPOC também é extremamente importante, o que contribui ativamente para o reconhecimento dos sintomas e da doença^{11,14}. A possibilidade de **realizar rastreios e exames de despiste de doenças respiratórias nas farmácias**, onde se inclui a realização de espirometrias, poderá ser uma solução viável para despistar prontamente e despertar as pessoas para a existência desta doença¹³. Segundo a opinião dos peritos que participaram neste estudo, os farmacêuticos têm um papel fundamental na realização de ensinamentos dos equipamentos respiratórios, e **incluir**

outros profissionais, como enfermeiros respiratórios e técnicos de cardiopneumologia, para ações de sensibilização ou sessões de esclarecimento de dúvidas em farmácias também poderá ter um impacto muito positivo na comunidade.

A utilização das soluções digitais para telemonitorizar e telereabilitar as pessoas com DPOC surge como uma solução fundamental para o acompanhamento e tratamento desta doença, permitindo o acesso a informações sobre funções vitais e a reabilitação à distância¹¹. Ao utilizar a telessaúde a favor da saúde respiratória é possível diminuir as deslocações das pessoas com DPOC às unidades, melhorar o acesso a serviços de especialidade, diagnosticar atempadamente e detetar informação crucial para evitar exacerbações da doença, o que implica uma diminuição de custos diretos para as pessoas que vivenciam a doença e para a unidade de saúde, mas também indiretos ou de qualidade de vida^{11,16,17}.

A poluição ambiental tem influência direta no desenvolvimento e agravamento desta doença, tornando-se fundamental intervir a este nível¹¹. **O controlo dos níveis de poluição (exterior e interior) e de pólen** são fatores importantes para pessoas que padecem de doenças respiratórias, pelo que os doentes devem estar mais conscientes e alertados para a monitorização destes níveis^{15,18}. Dessa forma, a informação sobre os níveis de pólen e poluição devia estar mais acessível a estas pessoas.

A prevenção e tratamento atempado das exacerbações foi igualmente reconhecida como uma importante estratégia na gestão da doença e na redução da morbilidade e mortalidade associadas, reforçando o papel da instituição atempada de terapêutica com impacto no prognóstico.

Apesar dos largos esforços para diminuir a prevalência da DPOC e da crescente evolução científica nesta área, ainda existem várias melhorias a fazer em todos os níveis de cuidados de saúde. A pandemia COVID-19 veio alertar ainda mais a população para a importância da saúde respiratória individual e coletiva, pelo que se torna crucial manter o foco na realização de estudos acerca da gestão da DPOC em Portugal, a atualização constante de normas e orientações clínicas, o investimento em ações promotoras de saúde e de literacia da DPOC, assim como a aposta em terapêuticas inovadoras no combate desta doença.

5

REFERÊNCIAS



1. Carvalheira AS. 3º Relatório Do Observatório Nacional Das Doenças Respiratórias – Panorama Das Doenças Respiratórias Em Portugal. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias; 2018.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*; 2020.
3. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. *Doenças Respiratórias Em Números. Programa Nacional Para as Doenças Respiratórias*; 2015.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance: Europe 2018*. (OECD, ed.); 2018.
5. Oliveira AS, Munhá J, Bugalho A, Guimarães M, Reis G, Marques A. Identification and assessment of COPD exacerbations. *Pulmonology*. 2018;24(1).
6. Guimarães M, Bugalho A, Oliveira AS, Moita J, Marques A. COPD control: Can a consensus be found? *Rev Port Pneumol (English Ed)*. 2016;22(3).
7. AL Fernandes et al. Exacerbation profile of chronic obstructive pulmonary disease patients at diagnosis. 13o Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico. 46 Jornadas de Atualização Pneumológica. . Presented at the: 2022.
8. Carneiro R, Sousa C, Pinto A, Almeida F, Oliveira JR, Rocha N. Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica – Estudo prospetivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Rev Port Pneumol*. 2010;16(5).
9. Freedman N. Reducing COPD Readmissions. *Chest*. 2019;156(4).
10. López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. Global burden of COPD. *Respirology*. 2016;21(1).
11. Golden Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global Strategy for the Diagnosis, Treatment, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Vol 25; 2022.
12. Vieg G, Maio S, Fasola S, Baldacci S. Global burden of chronic respiratory diseases. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 2020;33(4).
13. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. *Norma Clínica 005/2019: Diagnóstico e Tratamento Da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica No Adulto*; 2019.
14. Pinto Ferreira; Cláudia, Vicente; Cláudia, Castro; Daniel, et al. *Guia Prático de Gestão Da DPOC Nos Cuidados de Saúde Primários*; 2021.
15. Levine S, Marciniuk D, Aglan A, et al. *The Global Impact of Respiratory Disease*. Third Edition. European Respiratory Society; 2021.
16. Eze ND, Mateus C, Cravo Oliveira Hashiguchi T. Telemedicine in the OECD: an umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation. *PLoS One*. 2020;15(8). doi:10.1371/journal.pone.0237585
17. Oliveira Hashiguchi T. Bringing health care to the patient: an overview of the use of telemedicine in OECD countries. *OECD Heal Work Pap*. 2020;(116). doi:https://doi.org/10.1787/18152015
18. Schraufnagel DE, Balmes JR, Cowl CT, et al. Air pollution and noncommunicable diseases. *Chest*. 2019;155(2)

