





A propósito do Dia Mundial da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

“As pessoas não sabem o que é a DPOC”

A maioria da população portuguesa não sabe o que é a DPOC e não associa esta doença ao tabaco. NOTÍCIAS MÉDICAS falou com a coordenadora em Portugal do grupo GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*), por ocasião do Dia Mundial da DPOC, que se assinalou a 16 de Novembro

“As pessoas não sabem o que é a DPOC e não conhecem a relação entre a DPOC e o tabaco. É preciso chegar às pessoas”, exorta a Dra. Paula Simão, coordenadora do Grupo GOLD, membro da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) e médica pneumologista do Hospital de Pedro Hispano/Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Em Portugal, um estudo realizado recentemente apontava para uma taxa de prevalência de DPOC da ordem dos 14%. No nosso país, a DPOC é responsável, anualmente, pela perda de 74.547 anos de vida, ajustados por incapacidade. No mundo, estima-se que haja 600 milhões de pessoas com a doença, calculando-se que, em 2020, esta constitua mesmo terceira causa de morte, só ultrapassada pelas doenças do coração e pelos acidentes vasculares cerebrais.

Apesar destes números, “o termo DPOC continua a ser pouco conhecido pela população em geral, independentemente da idade, da literacia ou da condição de exposição tabágica”.

Na verdade, calcula-se que apenas um terço das pessoas conheça esta doença, como resulta de um inquérito a 435 indivíduos que se submeteram de forma voluntária ao rastreio espirométrico realizado nas comemorações do Dia Mundial do DPOC em 2010.

Nesta amostra, só 31% das pessoas inquiridas sabiam o que era a doença pulmonar obstrutiva crónica. No entanto, 81% sabiam o que era a bronquite crónica e 38% sabiam o que era o enfisema.

Curiosamente, apenas 10% das pessoas associavam a DPOC ao tabaco, embora a esmagadora maioria dos casos esteja relacionada com o tabagismo. Apesar de 76% das pessoas conhecerem a relação entre doença respiratória e tabaco, a verdade é que o cancro era a doença mais referida (58%).

A análise dos subgrupos revelou que, entre os fumadores e ex-fumadores, apenas 29% já tinham ouvido falar da DPOC, a mesma percentagem registada entre os que nunca fumaram. O conhecimento da existência da doença é similar nas diferentes idades: num subgrupo com mais de 30 anos, que constituía a maioria da amostra, 29% disseram conhecer a doença; no subgrupo com menos de 30 anos, essa percentagem foi de 32%.

Estes dados foram apresentados recentemente no Congresso Português de Pneumologia. O passo seguinte é avaliar os dados dos inquéritos realizados a cerca de cinco mil pessoas a nível nacional. A Dra. Paula Simão está convencida de que os resultados serão semelhantes.

“Não se deve estar à espera que apareçam os sintomas para fazer a espirometria”

Nos últimos anos, as estratégias focaram-se muito nos profissionais de saúde, essencialmente nos médicos de família, de modo a aumentar o grau de

“Podemos ter médicos muito bem informados, espirometrias no Centro de Saúde e uma rede de espirometria a funcionar bem, mas o doente não aparece. Queremos que as pessoas saibam o que é a DPOC como sabem o que é o colesterol ou o AVC”

conhecimento sobre diagnóstico e terapêutica da DPOC.

Neste momento, o foco das campanhas está a mudar e os médicos estão a tentar chegar à população. As comemorações do Dia Mundial da DPOC neste ano

são prova disso mesmo. A Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) e a Fundação Portuguesa do Pulmão (FPP) organizaram uma campanha de sensibilização “surpresa” e “inusitada” na estação de metro do Oriente, em Lisboa, numa iniciativa apoiada pela Novartis. O lema era “Dê a voz pela DPOC”.

“Só podemos diagnosticar se a pessoa estiver alerta. Se a pessoa não souber que existe a doença, não vai queixar-se. Nos próximos anos, provavelmente iremos evoluir para o conceito de bronquite crónica, mas, mesmo com esta sigla [DPOC], é preciso que as pessoas saibam o que é a doença. Senão, podemos ter médicos muito bem informados, espirometrias no centro de saúde e uma rede de espirometria a funcionar bem, mas o doente não aparece. Queremos que as pessoas saibam o que é a DPOC como sabem o que é o colesterol ou o AVC”, deseja a Dra. Paula Simão.

A espirometria continua a ser o exame de eleição na avaliação funcional face à suspeita clínica de várias doenças respiratórias. A rede de espirometria da ULS

de Matosinhos, que a especialista reclama como única do género a nível nacional, tem permitido a realização deste exame nos centros de saúde, embora, provisoriamente, este esteja a ser feito no hospital, enquanto não é contratada uma nova técnica.

Feitas as contas, faz-se uma média de 10 espirometrias por dia. São quase 300 por mês. Nos últimos dois anos, 23% dos casos examinados correspondiam a obstruções, dos quais grande parte era DPOC.

“Cerca de 40% de doentes com obstrução sem sintomas”

Como é sabido, a espirometria é um exame funcional pedido pelos médicos quando há uma suspeita de DPOC, mas também de outras doenças, como a asma. E porquê não investir no rastreio? “Hoje é mais ou menos consensual que não é custo/efectivo fazer rastreios em massa”, responde a pneumologista.

As guidelines do GOLD referem que a espirometria deve ser realizada em doentes sintomáticos e/ou com exposição de risco. No entanto, as últimas recomendações de algumas sociedades científicas, designadamente da Europa e dos Estados Unidos da América, dizem que só se deve fazer espirometria em doentes sintomáticos, o que está a provocar algum “ruído de fundo”.

“Pessoalmente, eu questiono. Não acho que seja assim. Acho que se deve fazer espirometria em indivíduos com factores de risco, essencialmente a fumadores e a pessoas expostas”, advoga.

Na sua opinião, “não se deve estar à espera que apareçam os sintomas para fazer a espirometria. Baseio-me não só na experiência clínica, mas também em alguns trabalhos. Um dos trabalhos que apresentamos recentemente mostra que muitos doentes assintomáticos já têm DPOC, só que não valorizam os sintomas, sobretudo

TERAPÊUTICA

Associação de Tiotrópio e Indacaterol está na calha

Em termos de terapêutica, a especialista refere três mudanças importantes neste último ano. Desde logo, a introdução de um tipo de broncodilatador (gold standard do tratamento) de longa duração (uma vez por dia), mais concretamente um beta 2 agonista, que considera “uma boa novidade”.

“Até aqui, tínhamos um anticolinérgico de longa duração (o Tiotrópio). Neste momento, temos o Indacaterol, um beta 2 agonista de longa duração (24 horas). Eles têm o efeito importante de retardar a doença. Temos a possibilidade de aliar ao anticolinérgico porque actuam em diferentes sítios e potenciam a acção um do outro”, realça.

Segundo a pneumologista, irá surgir dentro em breve uma associação destes dois medicamentos, o Onbrez® Breezhaler (indacaterol) com o Spiriva® (tiotrópio), da Boehringer Inge-

lheim e da Pfizer. **“As empresas dos produtos estão a trabalhar nisso”,** avança.

Outra mudança foi a indicação para a utilização mais precoce de corticóides inalados (já no estágio 2, abaixo dos 60% do FEV1 após broncodilatação), quando, até aqui, havia apenas indicação para o seu uso em situações mais avançadas (graves e muito graves, isto é, nos estádios 3 e 4).

A terceira novidade é o aparecimento de um novo fármaco, que já aprovado e aguarda apenas a comercialização para ser comercializado em Portugal. Trata-se de um inibidor da fosfodiesterase 4, o Roflumilast, que funciona como anti-inflamatório e tem indicação muito específica num subgrupo de doentes com DPOC, nos fenótipos dos bronquíticos crónicos, graves e muito graves com tosse e expectoração e muitas exacerbações ao longo do ano. ■



Dra. Paula Simão,
Coordenadora
do Grupo
GOLD

Alguns doentes com DPOC vivem “dramas envergonhados”

A redução da comparticipação dos inaladores, quer dos broncodilatadores, quer da associação de broncodilatadores e corticóides, poderá ser mais dramática para os doentes com DPOC, que são normalmente mais idosos e com menos recursos, do que para os asmáticos, habitualmente mais novos, mais activos e com mais recursos. A opinião é da Dra. Paula Simão.

Médicos e doentes crónicos têm procurado sensibilizar os políticos, mas ainda não se sabe qual será o resultado. “Temos tentado explicar que não se poupa dinheiro, se isso for feito. Pelo contrário. Se os inaladores perderem a comparticipação, os doentes não vão ter dinheiro para comprar os medicamentos e vão agravar mais rapidamente a sua doença, com múltiplos internamentos e múltiplas idas à urgência, e vão entrar em terapias que hoje são pagas a 100%, como a oxigenoterapia”, realça a pneumologista.

De referir que, mesmo o oxigénio mais barato ronda os dois euros por dia, e, uma vez iniciado, é para o resto da vida.

Por outras palavras: “Parece que vão poupar, se não comparticiparem, mas vão pagar muito mais caro, e a curto prazo”. E não se trata apenas de uma questão de dinheiro. Em causa está também a diminuição da sobrevida.

Doentes já pouparam nos inaladores

De resto, os doentes com DPOC já têm dificuldades em comprar os medicamentos, mesmo com os 69% de comparticipação, e optam por não os tomar ou por poupar nas tomas.

“Os medicamentos continuam a ser caros. Se pensarmos que um doente com DPOC grave, que tem de pagar à volta de 24 euros por mês pela associação, toma outros medicamentos, a conta mensal é de cento e tal euros, quando tem 300 euros de reforma. Chega uma altura em que ele tem de decidir. Dentre os medicamentos, tem sempre muito medo de deixar de tomar os do coração e deixa de tomar os inaladores”, conta.

Aliás, “por mais que a gente repita que os medicamentos são para tomar quando estão com falta de ar, os doentes, sobretudo os mais idosos, fazem poupança. Logicamente, começam a agravar”.

Segundo a especialista, há já “verdadeiros dramas, alguns muito envergonhados. Os doentes sabem que deveriam cumprir, dizem que cumprem, mas têm vergonha de dizer que não tomam [os medicamentos]. Quando nós pedimos para nos dizerem com sinceridade se tomam os medicamentos, eles confessam que tentam poupar para, em vez de dar para um mês, dar para dois meses”. ■

nas fases iniciais”.

Com efeito, numa avaliação da sintomatologia e das alterações espirométricas encontradas no rastreio efectuado do ano passado, verificou-se que “38% dos indivíduos com obstrução não tinham qualquer sintoma”.

Nesta amostra, refira-se, 12% tinham obstrução, verificando-se uma grande percentagem de fumadores e ex-fumadores, mas também de indivíduos com exposição profissional de risco (17%).

A realização da espirometria em tempo útil pode permitir um diagnóstico precoce, o que faz toda a diferença. “Se eu diagnosticar uma DPOC em estágio 1 e conseguir que o meu doente deixe de fumar e faça exercício físico, ele nem precisa de tomar medicamentos. Deixar de fumar é o mais importante e vai aumentar a sua sobrevida”, nota.

“Se eu diagnosticar em estágio 2, o doente deixa de fumar, faz exercício e pode andar muito bem só com um broncodilatador. Se eu só diagnosticar o meu doente no estágio 3 ou 4, portanto, grave ou muito grave, quando já vem com a língua de fora e mal consegue dar um passo, vou ter de prescrever dois ou três broncodilatadores, um corticóide inalado e, se calhar, oxigénio, se tiver insuficiência respiratória. Este doente vai ter muitas exacerbações e, volta e meia, está internado, sem poder ter uma vida activa. Julgo que não é preciso haver estudos económicos para qualquer pessoa entender que há uma grande diferença entre uma medicina que influencia a sobrevida e uma medicina paliativa”, continua. ■

Claudia Azevedo