White Paper

Atualização do Plano Nacional das Doenças Respiratórias para Melhorar a Gestão da DPOC em Portugal

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma condição broncopulmonar caracterizada por uma limitação persistente e progressiva do fluxo aéreo, frequentemente associada à exposição prolongada a substâncias irritantes. Os principais fatores de risco incluem o tabagismo, a poluição ambiental e a exposição a partículas ou gases nocivos.

A DPOC é a **terceira principal causa de morte no mundo e a quinta em Portugal.** Dados extraídos de um estudo nacional, estimam uma **prevalência total de 800 mil portugueses com DPOC** no nosso país. Este número está em consonância com os dados do relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (ONDR) de 2016, que revela uma **prevalência de 14,2% de DPOC em Portugal (40 ou mais anos de idade).** O mesmo relatório indica que, em 2016, das 131.632 pessoas inscritas nos Cuidados de Saúde Primários com DPOC, apenas 32,3% destas tinham um diagnóstico confirmado por espirometria. [1]

Esta doença apresenta uma **taxa de mortalidade de aproximadamente 8,7 por 100.000 habitantes**, o que resulta numa carga significativa para os doentes e para os sistemas de saúde. Apesar da sua elevada prevalência, **cerca de 70% dos portugueses não sabem em que consiste a doença**, segundo dados da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. [3] Estima-se que a população afetada pela DPOC aumente substancialmente até 2050 devido ao envelhecimento da população, às alterações climáticas e outros fatores ambientais, e que passe dos atuais 37 para os 50 milhões de pessoas afetadas na Europa. Esta realidade reforça a importância de posicionar a DPOC como uma **prioridade de saúde pública, alinhando-se com as recomendações da OMS.** [16]

Este documento evidencia a necessidade de atualizar o Plano Nacional das Doenças Respiratórias, com foco na DPOC. Apesar da sua elevada prevalência e do impacto substancial, tanto na saúde pública como na economia nacional, a DPOC continua a ser subdiagnosticada e subpriorizada nas políticas de saúde em Portugal. Uma revisão do plano atual permitirá abordar desafios crescentes associados à DPOC, através de uma abordagem mais robusta e coordenada que:

- Promova o diagnóstico precoce;
- Amplie o acesso a tratamentos inovadores, melhorando os resultados clínicos;
- Alinhe a gestão da DPOC com as melhores práticas internacionais;
- Vise melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes;
- Reduza o impacto económico e social sobre o SNS

1. Contexto Atual da DPOC: na Europa e em Portugal

A **prevalência global da DPOC é estimada em 213 milhões** de casos e estima-se que aumente para 600 milhões até 2050, impulsionada pelo tabagismo, poluição atmosférica e o envelhecimento populacional. Em Portugal, a DPOC é uma das principais causas de morte e incapacidade, representando um peso substancial para o sistema de saúde e a economia nacional. **Efetivamente, estima-se que, no nosso país, o impacto económico anual associado à DPOC supere os 3 mil milhões de euros.** [17] Na União Europeia, a doença é responsável por **56% dos custos relacionados com as doenças respiratórias** e gera um impacto económico significativo, com custos totais estimados em **€48 mil milhões anualmente.** [4] [16]

A DPOC está associada a **74 milhões de DALYs** (Disability-Adjusted Life Year) globalmente e pode **reduzir a expectativa de vida em até 6 anos em casos graves**, além de prejudicar profundamente a qualidade de vida dos doentes, levando a problemas de saúde mental e à redução da capacidade para realizar atividades diárias. A insuficiente abordagem da DPOC resulta em exacerbações, traduzindo-se em **hospitalizações frequentes** e **elevadas taxas de readmissão**, aumentando o custo e a sobrecarga do sistema de saúde.

O impacto no sistema de saúde é considerável, com **custos diretos** anuais estimados em **10 mil euros por doente** na Europa. Para além disso, e como exemplo, os **custos indiretos** associados à perda de produtividade no local de trabalho e à reforma antecipada por doença são estimados na Alemanha são de **25 mil euros por doente** por ano. [16]

O tratamento padrão envolve cessação tabágica, reabilitação respiratória e terapêuticas inalatórias (LABA/LAMA com ou sem corticosteroides) para melhorar a função pulmonar. Contudo, persistem **necessidades não atendidas** na gestão da doença, particularmente na **gestão das exacerbações, que são a principal causa de hospitalizações em doentes com DPOC.**

1.1 Características Clínicas e Epidemiológicas:

A **DPOC** é uma doença respiratória complexa e heterogénea, definida por uma **limitação persistente (e por vezes progressiva) do fluxo aéreo** e sintomas como falta de ar, tosse crónica e produção de muco. Esses sintomas estão frequentemente associados a **bronquite crónica** e/ou **destruição do parênquima pulmonar** (enfisema).

Mais de 80% das pessoas que vivem com DPOC sofre, pelo menos, de outra doença crónica, tal como doença cardiovascular. Estas comorbilidades partilham, potencialmente, os fatores de risco com a DPOC. [5-7]

Inflamação Tipo 2 na DPOC (DPOC Eosinofílica)

Estudos recentes indicam que cerca **30 a 40% dos doentes com DPOC apresentam inflamação tipo 2**, uma forma específica de resposta inflamatória caracterizada pela presença de **eosinófilos elavados nas vias respiratórias**. [17,18]. Esta inflamação tem implicações clínicas importantes:

- **Produção excessiva de muco**: A inflamação tipo 2 está associada ao aumento da secreção de muco, o que contribui para a obstrução das vias aéreas e para um risco aumentado de exacerbações.
- **Exacerbações frequentes**: Doentes com inflamação tipo 2 têm maior risco de episódios agudos (exacerbações) que agravam os sintomas e comprometem a função pulmonar.
- **Maior gravidade da doença**: Esta forma de inflamação está frequentemente associada a casos mais graves de DPOC e a uma progressão mais acelerada da doença. [2] [8-12]

1.1 Iniquidades no Acesso aos Cuidados:

As barreiras de acesso ao diagnóstico, tratamentos e acompanhamento eficazes da **DPOC** em Portugal refletem profundas desigualdades no sistema de saúde, dificultando o diagnóstico e agravando o impacto da doença. [4]

- **Necessidades de saúde não satisfeitas**: Portugal apresenta uma das maiores taxas na Europa, com **40% dos casos não resolvidos** devido a barreiras financeiras, distância geográfica e longas listas de espera. [4]
- **Acesso limitado a espirometrias**: Apesar da **espirometria** ser fundamental para o diagnóstico e acompanhamento da DPOC, **muitos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF)** não têm acesso direto a este recurso nem sabem para onde referenciar os doentes.
- **Falta de programas centralizados**: Não existem consultas estruturadas de cessação tabágica amplamente acessíveis apesar de constarem do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo do SNS e os **programas de reabilitação respiratória** são praticamente inexistentes.
- **Falta de consciencialização dos doentes**: Muitos doentes **não reconhecem os sintomas** da DPOC como algo preocupante, o que contribui para atrasos no diagnóstico e no início do tratamento.
- **Acompanhamento insuficiente**: Indicadores recomendam a realização de espirometrias a cada 3 anos para o acompanhamento da progressão da doença, mas o cumprimento dessa prática, em Portugal, é limitado.
- **Longas esperas por cuidados especializados**: A **referenciação para consultas de pneumologia** pode levar até **1 ano**, atrasando o início de tratamentos adequados e contribuindo para a progressão da doença.

2. Principais Desafios

- **Baixa Consciencialização Pública e dos profissionais de saúde**: A falta de conhecimento sobre a DPOC é um problema significativo em Portugal, com 70% da população a nunca ter ouvido falar sobre a doença, o que dificulta a identificação de

seus sintomas e sinais precoces. Esta falta de consciencialização, tanto entre a população em geral, quanto entre os profissionais de saúde, contribui para um índice elevado de subdiagnóstico. Sem um diagnóstico adequado, muitos doentes não têm acesso a tratamentos essenciais que podem atrasar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida.

Acesso limitado a espirometrias: O diagnóstico de DPOC é confirmado por espirometria com relação FEV1/FVC <0,7 após prova de broncodilatação. No entanto, em Portugal, as espirometrias não estão disponíveies ou são subutilizadas. Mesmo quando estão disponível, a sua utilização é frequentemente limitada nos cuidados de saúde primários devido a restrições de tempo e à falta de formação adequada entre os profissionais de saúde sobre como realizar e interpretar corretamente o exame. Isso leva ao subdiagnóstico e ao diagnóstico incorreto da DPOC, uma vez que os profissionais podem falhar em identificar a doença ou confundi-la com outras condições respiratórias, como a asma, resultando em tratamentos errados e/ou atrasos no tratamento. [13] [14]

2.2. Diretrizes Nacionais Insuficientes:

- O atual plano carece de **estratégias específicas para a DPOC**, com políticas de controlo do tabaco e diretrizes respiratórias implementadas de forma inconsistente. [4]

2.3. Integração nos Cuidados:

- A **coordenação limitada** entre esses níveis de cuidados compromete o acompanhamento contínuo e eficiente dos pacientes, resultando em cuidados fragmentados e muitas vezes ineficazes. Este problema é exacerbado pela **dificuldade de comunicação entre médicos de família e pneumologistas**, o que dificulta a realização de uma gestão integrada da doença.

- **Acesso desigual à espirometria de boa qualidade**, um exame essencial para o diagnóstico e acompanhamento da DPOC. Em muitas regiões do país, especialmente nas áreas mais afastadas dos grandes centros urbanos, os doentes enfrentam **dificuldades no acesso** a este exame. Para além disso, a **falta de equipamentos adequados** e a **ausência de unidades de referência bem distribuídas** agravam a situação, prejudicando a deteção precoce da doença e o acompanhamento adequado dos doentes. [13]

3. Recomendações para Atualização do Plano Nacional

O **Plano Nacional das Doenças Respiratórias**, datado de **2017**, está **desatualizado** e não inclui de forma adequada a **DPOC**, que é uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal. Apesar de sua elevada prevalência e impacto significativo na saúde pública, a DPOC continua a ser **subdiagnosticada** e **subpriorizada** nas políticas nacionais.

3.1. Desenvolvimento de uma Estratégia Nacional para a DPOC:

Criar um subplano dentro do Plano Nacional de Doenças Respiratórias que inclua:

- **Prevenção:** Fortalecer ações contra o tabagismo e melhorar a qualidade do ar.
- **Diagnóstico Precoce:** Implementar rastreios de populações de risco.
- **Tratamento Personalizado:** Aumentar o acesso a terapêuticas avançadas, incluindo tratamentos biológicos potencialmente modificadores da doença.

3.2. Fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários:

- **Interpretação de Espirometrias:** Capacitar os profissionais de saúde na realização e interpretação correta de espirometrias, ferramenta essencial para o diagnóstico precoce da DPOC. Assim como, expandir a disponibilização de espirometrias nos cuidados de saúde primários e em hospitais, eliminando barreiras logísticas e financeiras que dificultam o acesso.
- **Gestão de Exacerbações:** Oferecer formação personalizada sobre como reconhecer atempadamente e gerir exacerbações de forma eficaz, reduzindo hospitalizações e melhorando o prognóstico dos doentes.
- **Critérios de Referenciação:** Apostar na definição de critérios chave para a referenciação de doentes para o serviço de pneumologia, garantindo acesso a especialistas para ajustes ou troca de tratamentos em casos mais complexos.
- **Materiais Educativos:** Desenvolver e distribuir recursos claros e didáticos para profissionais de saúde e doentes, visando aumentar o conhecimento sobre a DPOC, os seus sintomas e o uso de ferramentas de diagnóstico.
- **Integração de Tecnologia:** Promover o uso de ferramentas digitais para monitorização remota de doentes e melhoria no acesso a exames de diagnóstico.

3.3. Expansão do Acesso à Reabilitação Respiratória:

Aumentar o acesso aos programas de reabilitação: criar centros regionais de reabilitação, especialistas referem que existe uma redução comprovada clinicamente de hospitalizações e melhoria geral da qualidade de vida.

3.4. Monitorização e Relatórios Baseados em Dados:

- **Recolha de Dados:** criação de um registo nacional da DPOC para caracterizar a população de doentes através da prevalência e outros dados, e analisar taxa de exacerbações, adesão à terapêutica e outros resultados em saúde.
- **Indicadores de Desempenho:** O acompanhamento do impacto das intervenções no sistema de saúde deve ser realizado através de indicadores de desempenho claros e mensuráveis. Estes indicadores podem incluir**: Questionários de Redução de Exacerbações; Taxa de Internamentos Hospitalares e Reinternamentos; Adesão ao Tratamento**, ou seja, medição da percentagem de doentes que seguem corretamente as terapêuticas prescritas, avaliando também o nível de satisfação doentes com os tratamentos **(PREMs)** ; Utilização de questionários padronizados, como o **CAT (COPD Assessment Test) para avaliar mudanças na qualidade de vida dos doentes.**

5. Conclusão e Apelo

A DPOC continua a ser uma doença negligenciada em Portugal, com um impacto profundo na saúde pública, nos custos do sistema de saúde e na qualidade de vida dos doentes. Analisando os dados e o contexto político apresentado, Portugal enfrenta desafios consideráveis na gestão da DPOC e na implementação de uma abordagem mais eficaz para o diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. Esses desafios devem ser partilhados com os parceiros políticos portugueses e requerem uma ação imediata e estratégica para mitigar os impactos da DPOC.

- **Necessidades Médicas não satisfeitas:** A elevada taxa de necessidades de saúde não atendidas sugere que muitos doentes com DPOC não têm acesso a diagnóstico e/ou cuidados adequados, o que pode prejudicar a equidade no acesso à saúde.

- **Política de Tabaco e Saúde Pública:** O aumento das receitas fiscais do tabaco pode ser uma oportunidade para promover um maior investimento em saúde pública, especialmente na prevenção e tratamento da DPOC.

- **Estratégia Nacional para a DPOC:** A falta de uma estratégia nacional coordenada para a DPOC apresenta uma lacuna crítica que pode ser resolvida através da criação de políticas públicas eficazes, envolvendo a colaboração de parceiros políticos, profissionais de saúde e instituições sociais.

Este desafio exige uma ação conjunta e coordenada entre **decisores políticos, profissionais de saúde e sociedade civil.** A DPOC não pode mais ser tratada como uma doença periférica ou subdiagnosticada, é uma questão de saúde pública urgente que impacta a vida de milhões de cidadãos portugueses e ameaça a sustentabilidade do sistema de saúde.

É importante que o Plano Nacional das Doenças Respiratórias seja atualizado com um foco claro na DPOC, para garantir que a doença seja tratada de forma holística, integrada e eficaz. A implementação de uma estratégia nacional para a DPOC pode não só melhorar a **qualidade de vida dos doentes**, mas também **reduzir custos no sistema de saúde**, diminuindo o número de hospitalizações e complicações graves.

A hora de agir é agora. Juntos, podemos mudar o curso da DPOC em Portugal e garantir um futuro melhor para todos.

Referências:

[1] Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo burden of obstructive lung disease

[2] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2024 report). https://goldcopd.org/2024-gold-report-2/

[3] https://www.sppneumologia.pt/noticias/sociedade-portuguesa-de-pneumologia-alerta-para-o-desconhecimento-da-dpoc-7-em-cada-10-portugueses-desconhece-terceira-causa-de-morte-mundial

[4] Portugal COPD Research and Global Ranking - COPD Index

[5] Putcha N, et al. Semin Respir Crit Care Med. 2015;36(4):575-591.

[6] Miller J, et al. Respir Med. 2013 Sep;107(9):1376-84.

[7] Joo H, et al. Respir Med. 2024 Aug-Sep:230:107679.

[8] Oshagbemi OA, et al. COPD. 2019;16(2):152-159.

[9] Casanova C, et al. Eur Respir J. 2017;50(5):1701162.

[10] Singh D, et al. Eur Respir J. 2014;44(6):1697-1700.

[11] Bafadhel M, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2011;184(6):662-671.

[12] Oshagbemi OA, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2017;195(10):1402-1404.

[13] The global state of COPD: driving change to tackle a lung health crisis

[14] Milner S, Boruff J, Beaurepaire C, et al. 2018. Rate of, and barriers and enablers to, pulmonary rehabilitation referral in COPD: A systematic scoping review. Respir Med: 10.1016/j.rmed.2018.02.021

[15] Chen S, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022 Sep 9;17:2187–2200

[16] 2024-pipeline-review.pdf

[17] Chen S, Kuhn M, Prettner K, Yu F, Yang T, Bärnighausen T, et al. The global economic burden of chronic obstructive pulmonary disease for 204 countries and territories in 2020--50: a health-augmented macroeconomic modelling study. Lancet Glob Heal. 2023;11(8):e1183--e1193.

[18] Barnes JP. Endótipos inflamatórios na DPOC. Alergia. 2019;74(7):1249-1256.

[19] Wang Z, Bafadhel M, Haldar K, et al. Dinâmica do microbioma pulmonar nas exacerbações da DPOC. Eur Respir J. 2016;47(4):1082-1092.