



DPOC: estamos a tratar os doentes conforme o estado da arte?

António Manuel S. Duarte de Araújo*

RESUMO

A DPOC é a doença respiratória crónica mais comum, com uma prevalência estimada em 7,6 a 8,9% da população adulta e representando hoje a quarta causa de morte a nível mundial. A sua elevada mortalidade é essencialmente devida às agudizações que requerem internamento hospitalar. Dada a dificuldade clínica em prever, quer as exacerbações quer os doentes com maior propensão a agudizar, e a elas nos anteciparmos, o correto tratamento da DPOC e uma boa adesão à terapêutica são fatores essenciais. Apesar de isoladamente terem baixa sensibilidade, questionários e escalas de avaliação da adesão, bem como instrumentos de avaliação de crenças dos doentes sobre medicamentos, poderão ser ferramentas importantes, ajudando a encontrar barreiras práticas à adesão. O êxito terapêutico está também dependente de uma boa técnica inalatória, já que quando o doente os usa corretamente, os diferentes dispositivos inalatórios tem efeitos terapêuticos semelhantes. Um correto conhecimento das normas terapêuticas por parte do médico, uma boa adesão à terapêutica e a manutenção de uma correta técnica inalatória, por parte do doente, parecem dever ser os principais motivos de preocupação do médico que trata doentes com DPOC.

Palavras-chave: DPOC; Tratamento; Recomendações.

A patologia obstrutiva das vias aéreas representa um conjunto de doenças respiratórias crónicas, de elevada prevalência na população e, por isso, com um peso significativo tanto nas consultas hospitalares, como no âmbito dos cuidados primários. Para além dos crescentes e elevados custos, direta ou indiretamente relacionados com a saúde, e suportados pelos doentes, pelas suas famílias ou pelo Estado, muitas destas patologias vão acompanhar o doente ao longo de toda a sua vida, com significativo impacto na sua qualidade de vida e no seu rendimento profissional. É, por isso, natural que a comunidade médica se preocupe com o seu adequado tratamento, sendo uma das preocupações atuais da Direção-Geral da Saúde,¹⁻³ em sintonia com os relatórios e preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é a doença respiratória crónica mais comum a nível mun-

dial. Com uma prevalência estimada em 7,6 a 8,9%⁴ da população adulta, variável de país para país, é claramente uma patologia subdiagnosticada e por isso subtratada. Em Portugal, a sua prevalência poderá ser tão elevada quanto 14,2% em adultos com mais de 40 anos, segundo um estudo efetuado numa amostra representativa da população da área metropolitana de Lisboa e integrado no estudo BOLD.⁵ Em Espanha, a sua prevalência está estimada em 9%,⁶⁻⁷ sendo causa de 35% das consultas externas de pneumologia. A DPOC representa hoje a quarta causa de morte a nível mundial e na União Europeia responsabiliza-se por 56% dos custos com saúde atribuíveis às doenças respiratórias. Em Portugal, entre 2000 e 2008, o número de internamentos por DPOC aumentou cerca de 20%, representando um custo superior a 25 milhões de euros, com um aumento de 39,2%. De todas as enfermidades respiratórias é a de maior impacto socioeconómico e representa hoje um dos grandes desafios em saúde pública.

A DPOC é atualmente definida como uma doença comum, passível de prevenção e tratamento, caracte-

*Assistente Graduado de Pneumologia, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Alto Ave, Guimarães.



rizada por uma obstrução brônquica persistente e habitualmente progressiva, associada a uma resposta inflamatória crónica do pulmão e das vias aéreas, secundária a uma agressão externa por gases ou partículas.⁸ A gravidade funcional apresenta pouca relação com a sintomatologia e, por isso, com a autoperceção. A DPOC é uma doença heterogénea, com grande variedade de fenótipos clínicos, como vem refletido nas últimas atualizações do *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD). Os principais aspetos da heterogeneidade são os valores espirométricos, a sintomatologia e a frequência de agudizações. Sendo a obstrução persistente das vias aéreas a sua marca fundamental, não admira que seja a espirometria a principal ferramenta diagnóstica e o FEV_1/FVC obtido após a manobra de broncodilatação o melhor indicador de obstrução do fluxo aéreo, sendo o *cut-off* de 0,7 o mais aceite. O FEV_1 é uma medida espirométrica objetiva, reproduzível e com relação significativa com a mortalidade. A dispneia é o sintoma principal da doença, ainda que possa ser percebido de forma desigual por doentes diferentes e até com o mesmo grau de obstrução. Existem vários instrumentos de medida e valorização da dispneia, mas, pela sua sensibilidade e facilidade de registo, recomenda-se habitualmente a escala mMRC, o *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*, com adaptação transcultural para a população portuguesa. Sendo a DPOC uma doença crónica, progressiva e multissistémica, importa também conhecer o seu impacto na qualidade de vida do doente e no seu bem-estar quotidiano, tendo sido o *COPD Assessment Test* (CAT) desenhado para o medir e recomendado o seu uso pelas *guidelines* internacionais.⁸

Relativamente à DPOC, como de resto em muitas outras situações clínicas, as *guidelines* são uma ajuda significativa na orientação terapêutica, permitindo-nos encontrar respostas na medicina baseada na evidência. Não substituem, no entanto, a experiência do médico, tendem a igualar doentes e situações clínicas em si muito diversas e são frequentemente de difícil aplicação na prática clínica. Apesar de serem hoje cada vez mais discutíveis as bases científicas e clínicas de algumas *guidelines*,⁹ elas representam um padrão de tratamento e, apesar de se assumirem como recomendações, não podem ser ignoradas, sob o risco de má prática médica. Para além dos seus reflexos no bem-estar do

doente, no que se refere aos custos, um estudo de 2013¹⁰ observou um impacto económico negativo quando as *guidelines* do GOLD (2007), num estudo levado a cabo em Espanha, não eram seguidas no tratamento da DPOC ao nível dos cuidados de saúde primários. Interessante, por estas razões, um conhecimento rigoroso das normas internacionais de tratamento e orientação destes doentes, pelo que a melhoria do acesso à espirometria por parte dos cuidados de saúde primários, no nosso país, é uma condição fundamental.

A DPOC responsabiliza-se por elevada morbidade, que habitualmente se mede através da sintomatologia, número de agudizações, de recorrências a serviços de urgência ou a consultas não programadas e de internamentos. O objetivo do tratamento é a melhoria sintomática, que proporciona maior bem-estar e maior tolerância ao exercício e a diminuição dos riscos futuros, evitando a progressão da doença e as agudizações, reduzindo a mortalidade. A cessação tabágica, no doente fumador, é a intervenção com maior capacidade para alterar o curso natural da doença⁸ e a terapêutica farmacológica assenta nos fármacos broncodilatadores, isolados ou em associação, preferencialmente por via inalatória, podendo-se associar os corticoides inalados.

Para além da elevada morbidade e de elevados custos económicos, diretos e indiretos, a DPOC responsabiliza-se por elevada mortalidade, sendo as agudizações a sua principal causa: as agudizações estão na origem da recorrência frequente dos doentes ao hospital, dos internamentos e reinternamentos e contribuem para uma elevada mortalidade intrahospitalar após a alta.¹¹ O diagnóstico das exacerbações é clínico, à falta de biomarcadores de agudização. Uma exacerbação de DPOC pode ser definida como um evento agudo, caracterizado por um agravamento dos sintomas respiratórios em relação à situação de base, levando necessariamente a uma alteração da medicação. A prevenção das agudizações passa pela vacinação antigripal, prevenção da doença pneumocócica, pela manutenção da atividade física e pelo correto tratamento da DPOC. Assim, dada a dificuldade clínica em prever quer as exacerbações, quer os doentes com maior propensão a agudizar, a identificação dos fatores, associados ao doente e aos cuidados de saúde que, pela sua correção, se possam traduzir em melhoria dos cuidados presta-



dos ao doente deve ser a principal preocupação do médico que se dedica ao tratamento de doentes com esta patologia.

O êxito terapêutico na DPOC depende de múltiplos fatores, mas é essencial uma terapêutica adequada, uma boa adesão (ou concordância, no sentido de aliança terapêutica) e uma correta técnica inalatória. Mas, para além da dificuldade de aplicação das normas internacionais na prática clínica, por parte do médico, há uma multiplicidade de fatores, por parte do doente, ou que radicam na relação médico-doente, e que condicionam a eficácia terapêutica: o doente desconhece o que é a DPOC e desvaloriza os sintomas e a gravidade da doença, aderindo mal à terapêutica. Parece também persistir um conjunto de crenças ou conceitos, tendo por pano de fundo características socioculturais e relacionadas com a medicação inalatória que podem constituir fatores de má adesão.

A OMS reconhece a não adesão¹² à medicação como fator de insucesso terapêutico de grande magnitude e um problema comum a vários tipos de situações clínicas. No que se refere à adesão do doente à terapêutica prescrita na DPOC não são conhecidos dados no nosso meio e o conhecimento da adesão é tanto mais importante quanto a DPOC é uma doença crónica. A cronicidade é um fator há muito reconhecido de redução da adesão à terapêutica, estimulando alguns estudos que se possa situar nos 50% para algumas situações clínicas.¹³ Rand, em 2005,¹⁴ fez uma revisão exaustiva da literatura no que respeita à adesão à terapêutica no doente com DPOC e concluiu que a evidência clínica sobre este tema é muito pouco robusta, mas parece, no entanto, ser pobre e influenciada mais pelas crenças dos doentes sobre medicamentos do que pela gravidade da doença ou por fatores demográficos. Posteriormente, em 2013, Bryant e colaboradores,¹⁵ após uma extensa revisão da literatura sobre este tema, consideraram o conhecimento da adesão ao tratamento, e a sua melhoria, um ponto crítico no tratamento do doente com DPOC e a merecer mais investigação. Em 2014, Boven e colaboradores,¹⁶ numa análise custo-eficácia, concluíram que melhorando a adesão à terapêutica inalatória no doente com DPOC se diminuem os gastos com esta patologia. A adesão à terapêutica pode ser definida como o grau de concordância entre o recomendado pelo prestador de saúde e o comportamento do doente

em relação ao regime terapêutico proposto. É um fenómeno complexo e habitualmente visto como um contínuo entre duas atitudes comportamentais extremas, o cumprimento total e a completa recusa, podendo variar na forma e na intencionalidade. Não há consenso sobre o que é uma ótima aderência, uma aderência adequada ou até uma aderência aceitável, nem mesmo um *cut-point* para definição dos aderentes. Se este é um conceito de difícil definição, mais difícil é medir a adesão, até por não existir um “melhor método”. À falta deste *Gold-Standard*, métodos subjetivos (*self-reported*), como questionários e escalas, são atualmente os mais usados. Apesar de isoladamente terem baixa sensibilidade, parecem ser os mais eficientes e de maior relação custo/benefício de avaliação da adesão, neste caso da *adesão referida*, sobretudo em estudos populacionais. Por este motivo tem sido desenvolvidas medidas psicométricas para este fim. O MAT – Medida da Adesão aos Tratamentos – é uma escala de sete itens, validada para a população portuguesa em 2001,¹⁷ com boa consistência interna, sensível, com boa relação com medidas objetivas de adesão e, respondida numa escala de *Likert*, parece ser um útil instrumento para a sua medida.

Apesar da importância do conhecimento da adesão através do recurso a medidas psicométricas, estas pouco ou nada nos dizem sobre as razões da não adesão e tão pouco se conhece, no nosso meio, o papel desempenhado pelas crenças relacionadas com a medicação inalatória na adesão do doente. Mas a adesão depende primariamente da forma como o paciente acredita no tratamento. Simon¹⁸ estudou os fatores que influenciavam comportamentos relacionados com a saúde, de acordo com o *Health Belief Model*, em doentes asmáticos e com DPOC, tendo verificado que metade cumpria irregularmente a medicação, que a maioria obtinha informação sobre a sua doença e tratamento junto do seu médico, apesar de a Internet desempenhar um papel importante no caso dos doentes asmáticos e que as variáveis sociodemográficas se relacionavam de uma forma pobre com as variáveis comportamentais. Barnesstein-Fonseca e colaboradores propuseram um protocolo de estudo,¹⁹ de modo a compreender melhor os fatores relacionados com a adesão e a sua medição para intervir positivamente na adesão ao tratamento no doente com DPOC, explorando os aspetos motivacio-



nais, os aspetos cognitivos e a técnica inalatória. Um instrumento de avaliação de crenças sobre medicamentos, a Escala de Crenças Acerca de Medicamentos, adaptação transcultural da BMQ (*Beliefs About Medicines Questionnaire*),²⁰ demonstrou boa consistência interna e estrutura idêntica à versão original. Esta ferramenta, com aplicabilidade à população geral de utilizadores de medicamentos, poderá ajudar a encontrar barreiras práticas à adesão, já que as representações sociais da doença e da terapêutica, nomeadamente a inalatória, são conhecidos fatores funcionais de não adesão intencional.

O êxito terapêutico está também dependente de uma boa técnica inalatória. Várias meta-análises demonstraram que, quando o doente os usa corretamente, os diferentes dispositivos inalatórios (DI) têm efeitos terapêuticos semelhantes. É, assim, importante conhecermos se o doente com DPOC usa corretamente os dispositivos inalatórios e como isso se relaciona com a adesão e com a morbidade, apesar de não se conhecer um “melhor método” na avaliação da técnica inalatória. Sobre este assunto, mais que a DPOC, tem sido estudada a asma brônquica, e a maioria dos estudos reportam-se apenas à corticoterapia inalatória. Alguns estudos referem-se apenas a um tipo de DI ou comparam um grupo limitado de DI, habitualmente apenas dois. Outros estudos analisam o conhecimento dos DI por parte dos próprios profissionais de saúde. Correia e colaboradores mostraram que uma percentagem significativa de profissionais de saúde, nos Açores, tinha um conhecimento pobre sobre técnica inalatória, falhando muitas etapas imprescindíveis à eficácia terapêutica dos fármacos inalados.²¹ Há trabalhos que estudam a intervenção educacional como forma de melhorar a adesão e a técnica inalatória, propondo até o uso de uma *checklist* orientadora da prescrição inalatória. Outros estudos analisam os erros mais comuns com o uso de DI, ou centram a sua atenção no doente idoso com DPOC, mas os trabalhos mais frequentes são sobretudo artigos de opinião, baseados apenas na experiência pessoal e na revisão bibliográfica.

Assim, à falta de um conhecimento robusto que nos permita prever as agudizações da DPOC e a elas nos antecermos, o correto tratamento da doença, de acordo com as *guidelines* internacionais, a boa adesão à terapêutica e a manutenção de uma correta técnica ina-

latória, parecem dever ser os principais motivos de preocupação do médico que trata doentes com DPOC, de modo a reduzir a elevada mortalidade e morbidade desta doença crónica com tão elevada prevalência na nossa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral da Saúde. Portugal – Doenças respiratórias em números, 2013 [Internet]. Lisboa: DGS; 2013. Available from: <http://www.dgs.pt/?cr=24776>
2. Direção-Geral da Saúde. Utilização de dispositivos simples em aerosolterapia: orientação n.º 010/2013, de 02/08/2013, atualização de 18/12/2013. Lisboa: DGS; 2013.
3. Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica: norma n.º 028/2011, de 30/09/2011, atualização de 10/09/2013. Lisboa: DGS; 2013.
4. Csikesz NG, Gartman EJ. New developments in the assessment of COPD: early diagnosis is key. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:277-86.
5. Bárbara C, Rodrigues F, Dias H, Cardoso J, Almeida J, Matos MJ, et al. Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease [Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lisbon, Portugal: the Burden of Obstructive Lung Disease study]. *Rev Port Pneumol*. 2013;19(3):96-105. Portuguese
6. Barberà JA, Peces-Barba G, Agustí AG, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T, et al. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2001;37(8):297-316.
7. Peces-Barba G, Barberà JA, Agustí AG, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL, et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2008;44(5):271-81.
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated 2015 [Internet]. GOLD; 2015. Available from: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2015.pdf
9. Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ*. 2013;346(f3830):1-5.
10. Miravittles M, Sicras A, Crespo C, Cuesta M, Brosa M, Galera J, et al. Costs of chronic obstructive pulmonary disease in relation to compliance with guidelines: a study in the primary care setting. *Ther Adv Respir Dis*. 2013;7(3):139-50.
11. Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, Ouellette DR, Goodridge D, Hernandez P, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society guideline. *Chest*. 2015;147(4):894-942.
12. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: policy for action. Geneva: WHO; 2001. Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf>
13. Wi niewski D, Porzezi ska M1, Gruchała-Niedoszytko M, Niedoszytko M, Słomi ski JM, Jassem E. Factors influencing adherence to treatment in COPD patients and its relationship with diseases exacerbations



- tions. *Pneumonol Alergol Pol.* 2014;82(2):96-104.
14. Rand CS. Patient adherence with COPD therapy. *Eur Respir Rev.* 2005;14(96):97-101.
 15. Bryant J, McDonald VM, Boyes A, Sanson-Fisher R, Paul C, Melville J. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Res.* 2013;14(1):109.
 16. Van Boven JF, Tommelein E, Boussery K, Mehuys E, Vegter S, Brusselle GC, et al. Improving inhaler adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Res.* 2014;15(1):66.
 17. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos [Contribution to concurrent validity of treatment adherence]. *Psicol Saúde Doenças.* 2001;2(2):81-100. Portuguese
 18. Simon J. Attitudes of Hungarian asthmatic and COPD patients affecting disease control: empirical research based on health belief model. *Front Pharmacol.* 2013;4:135.
 19. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Vidal-España F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Leiva-Fernández F. Efficacy and safety of a multifactor intervention to improve therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): protocol for the ICE-POC study. *Trials.* 2011;12:40.
 20. Salgado T, Marques A, Gerales L, Benrimoj S, Horne R, Fernandez-Llamos F. Cross-cultural adaptation of the beliefs about medicines questionnaire into Portuguese. *São Paulo Med J.* 2013;131(2):88-94.
 21. Correia S, Luz F, Amaral V, Dias A, Miragaia T. Avaliação do conhecimento sobre a utilização de inaladores entre médicos e profissionais de farmácia dos Açores [Physicians' and pharmacists' knowledge of inhaler technique in the Azores]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2015;31(1):14-22. Portuguese

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara não ter conflitos de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

António Manuel S. Duarte de Araújo
Quinta do Armão, 3, Parada de Tibães, 4700-538, Braga
E-mail: duartearaujodr@sapo.pt

Recebido em 01-07-2015

Aceite para publicação em 21-02-2016

Artigo escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

ABSTRACT

DOES OUR CURRENT TREATMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE REPRESENT THE STATE OF THE ART?

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the most common chronic respiratory disease in adults, with an estimated prevalence from 7.6 to 8.9% of the adult population. It is the fourth most common cause of death worldwide. The high mortality from COPD is mainly due to exacerbations requiring hospitalization. We lack robust knowledge allowing us to predict exacerbations of COPD and when and in whom they will occur. Correct treatment, based on the best medical available evidence and knowledge of the reasons for non-adherence, can improve adherence and promote correct inhaler technique. These goals represent the best way to treat patients with COPD and should be the physician's first concern.

Keywords: COPD; Treatment; Guidelines.
