

CICLO DE ESTUDOS

MESTRADO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Efeito da Consulta Respiratória na Gestão da DPOC: Análise de Indicadores de Processo e Resultado nos Cuidados de Saúde Primários

Dr^a Ana Clara Costa

Orientadora: Prof. Dr^a Luísa de Sá

M

2024



FACULDADE DE **MEDICINA**



Índice

Índice.....	3
Índice de Tabelas.....	3
Introdução.....	3
Contexto.....	3
Objetivos.....	5
Métodos.....	5
Desenho de Estudo e Contexto.....	5
Participantes.....	5
Variáveis.....	5
Fontes de dados.....	7
Viés.....	7
Tamanho do Estudo.....	7
Análise estatística.....	7
Resultados.....	9
Discussão.....	15
Limitações.....	17
Generalização.....	18
Outras informações.....	18
Financiamento.....	18
Bibliografia.....	19

Lista de Tabelas

- [Tabela 1 - Características basais dos participantes de acordo com a exposição à consulta de DPOC nos cuidados de saúde primários.](#)
- [Tabela 2. - Critérios para concordância terapêutica com Grupo GOLD](#)
- [Tabela 3. Odds ratio não ajustado da concordância com terapêutica com diretrizes GOLD, estado de vacinação e espirometria atualizada](#)

Introdução

Contexto

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um problema de saúde pública grave, com elevada prevalência, morbimortalidade e impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e seus familiares. O acompanhamento e tratamento adequados da DPOC são essenciais para prevenir exacerbações, melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade. Assim, este estudo é essencial para avaliar a pertinência da criação de consultas especializadas em DPOC nos cuidados de saúde primários e para determinar se a sua implementação se traduz em ganhos em saúde.

Em Portugal a Janeiro de 2024, cerca de 145 mil utentes possuem DPOC como problema ativo, equivalente a 2.6% da população acima dos 40 anos, no entanto num estudo conduzido na região de Lisboa, estima-se que até 14.2% dos indivíduos com mais de 40 anos possam ser portadores desta doença.¹

No tratamento desta doença, é importante a prevenção de tabagismo, bem como um diagnóstico realizado por espirometria.

A Iniciativa Global para Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (GOLD) desenvolveu um sistema de classificação que incorpora tanto a gravidade dos sintomas quanto o número de exacerbações. A classificação GOLD aloca os pacientes em grupos de A, B e E. Isso foi baseado em dois critérios: (1) risco, medido pela limitação do fluxo aéreo expressa como o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e o número de internações ou exacerbações; e (2) pontuações dos sintomas, utilizando questionários de estado funcional. A importância dos sintomas foi ainda mais enfatizada nos relatórios GOLD a partir de 2017, e a classificação dos pacientes nos grupos ABE é atualmente baseada apenas no estado de saúde e nas exacerbações, com os dados de espirometria agora excluídos.

A DPOC é uma doença comum, prevenível e tratável pelo que a sua prevenção, diagnóstico precoce e uma terapêutica apropriada pode prevenir morbilidade.

Os utentes apresentam-se com dispneia, sibilância, sensação de aperto no peito, fadiga, limitação das atividades, tosse com ou sem expectoração e poderão ter eventos agudos caracterizados por um aumento de sintomas respiratórios chamadas exacerbações. Podem ter comorbilidades que também deverão ser tratadas.

A espirometria tem a sua utilidade no diagnóstico inicial, compreensão de severidade da obstrução.

Na escolha de uma terapêutica correta, deverá ter-se em conta as exacerbações do último ano, que deverão ter Lama + laba ou lama + laba + ics se os eosinófilos forem superiores a 300. Caso o utente tenha o teste CAT>10 ou mMRC >2 deverá estar medicado como lama + laba. Caso o utente faça parte do grupo A, deverá ser oferecido um inalador, não tendo de o realizar se não observar diferença no dia a dia.

O GOLD 2023, reconheceu a importância das exacerbações, independentemente do nível de sintomas do paciente, apresentando agora o grupo A, B e E. Também foi concluído que severidade da obstrução teria precisão na predição de desfechos e decisões clínicas.

Objetivos

Este estudo visa avaliar o acompanhamento e o tratamento da DPOC na Unidade de Saúde Familiar (USF) Espinho, comparando os utentes que foram seguidos em consulta de DPOC nos CSP versus consulta standard, com foco no cumprimento vacinal da vacina da gripe e pneumocócica, concordância com as diretrizes GOLD entre terapêutica e Grupo GOLD e realização de espirometria atualizada.

Métodos

Desenho de Estudo e Contexto

Estudo de coorte retrospectivo de 3 anos dos utentes com DPOC (Código ICPC 2 - R95) na USF Espinho, frequentadores da USF entre Janeiro de 2021 e Março de 2024. A colheita de dados foi efetuada entre Maio e Agosto de 2024.

Participantes

A coorte incluiu os utentes com mais de 18 anos, com o diagnóstico ativo de R95 da ICPC-2 em Janeiro de 2024. Foram excluídos os utentes codificados concomitantemente com R96 - Asma ou sem capacidade de comunicação.

Foram identificados um total de 60 indivíduos expostos à consulta de DPOC na USF. Foram considerados expostos os utentes que tiveram pelo menos uma consulta com a codificação ICPC-2 DPOC

no A do SOAP e a descrição de sintomas no “S do SOAP”, que pertenciam a duas listas de médicos que implementaram na sua rotina o protocolo de atuação integrado para doenças respiratórias.

Para comparar com os indivíduos não expostos, foram randomizados 60 indivíduos desse grupo, visando manter o poder estatístico adequado. A análise foi realizada originando uma amostra com intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 12,65%. Foram selecionados aleatoriamente 60 utentes expostos e 60 utentes não expostos, de um universo de 269 doentes total.

Variáveis

Foram consideradas várias medidas de desfecho, com base na diretrizes acreditadas para o tratamento da COPD - Global Initiative for Obstructive Lung Disease,

O desfecho cumprimento da vacinação da pneumonia, foi verificado usando a definição do do indicador 2021.455.01 ² (Proporção de utentes com DPOC com idade igual ou superior a 18 anos, com esquema vacinal antipneumocócico completa (Vacina Pn13/Pn15 + Pn23 ou Pn20) ou ter ocorrido a toma da vacina Pn13 ou Pn15 nos 12 meses anteriores, segundo RSE).

Em relação ao desfecho do cumprimento da vacinação da gripe, este foi verificado usando a definição do indicador 2021.439.01 ³ (Proporção de utentes com DPOC com idade superior a 6 meses, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses).

Para o desfecho de cumprimento de espirometria, foi considerada a definição do indicador 2013.049.01 (Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos).

A concordância com as diretrizes GOLD ⁴ , cujos critérios estão na tabela 1, foi considerada cumprida caso o grupo A, B, E, calculado de acordo com o valor de CAT , mMRC, número e contexto das exacerbações do utente, bem como número de eosinófilos presentes nas análises clínicas mais recentes do utente presentes no RSE ou em registos clínicos, estivessem em concordância com o tipo de terapêutica realizada. O utente com DPOC grupo A, foi considerado em concordância caso realizasse inalador ou caso não realizasse inalador mas apresenta-se um CAT = 0 e mMRC = 0.

Como variável confundidora foi questionada a exposição à consulta hospitalar, quer no contexto público, quer no contexto privado da especialidade de pneumologia.

As variáveis preditoras foram a idade, o género e as comorbilidades ativas no momento no registo do utente. Também, foi considerado o *device* do utente, bem com a necessidade de oxigenoterapia ou uso de câmara expansora.

Tabela 1. - Critérios para concordância terapêutica com Grupo GOLD

Grupo diretrizes GOLD	Critérios	Terapêutica em concordância
A	0 ou 1 exacerbação moderada (sem admissão hospitalar) E mMRC 0–1 ou CAT < 10.	Nenhuma terapêutica LAMA LABA LAMA + LABA LAMA + LABA + ICS
B	0 ou 1 exacerbação moderada (sem admissão hospitalar) E mMRC ≥ 2 ou CAT ≥ 10.	LAMA + LABA LAMA + LABA + ICS
E	≥ 2 exacerbação moderada ou ≥ 1 hospitalização	LAMA + LABA LAMA + LABA + ICS
	≥ 2 exacerbação moderada ou ≥ 1 hospitalização E eosinófilos > 300	LAMA + LABA + ICS

Fontes de dados

As fontes de dados usadas foram o SClínico®, o Registo de saúde Eletrónico (RSE), a Prescrição Eletrónica Médica (EM®) e a entrevista telefónica. No SClínico foi obtida a informação clínica do utente nos cuidados de saúde primários, bem como o resultado de exames. Do RSE extraiu-se a informação de vacinação e hospitalar do utente. Da PEM obtiveram-se os fármacos prescritos ao utente, quer no ambiente público ou privado, bem como dispositivos médicos (como câmaras expansoras) e cuidados respiratórios domiciliários. Através da entrevista telefónica foi obtido o valor de mMRC e CAT bem como informação de adesão à terapêutica e seguimento em cuidados hospitalares privados de pneumologia.

Viés

Como estamos a usar registos clínicos é possível o viés de informação, minimizado pelo cruzamento de informação clínica obtida pela utilização de múltiplas fontes. De forma a colmatar o viés de seleção os utentes foram randomizados no programa *random.org*. Para o viés do entrevistador foi

criado um questionário padrão para a condução das entrevistas telefónicas. De referir ainda a probabilidade de viés de memória dos utentes.

Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando o software *Jamovi (versão 2.3.28)*, após serem colhidos e organizados em *Google Sheets*.

As variáveis quantitativas foram descritas pela mediana e pelos respectivos intervalos interquartil (IQR). Para as variáveis demográficas, utilizaram-se frequências absolutas (n) e relativas (%).

A distribuição das variáveis foi examinada por meio da diferença padronizada, definida pela diferença entre as médias expressa como percentagem do desvio padrão médio, considerando-se que uma diferença entre -10% e 10% indica ausência de diferença significativa entre os grupos comparados. A significância foi calculada a partir do teste chi-quadrado para as variáveis qualitativas e o teste de T-student nas variáveis contínuas.

O efeito da exposição nos desfechos de interesse foi estimado através do cálculo do odds ratio, sendo considerado estatisticamente significativo quando $P < 0.05$.

Compararam-se dois grupos de pacientes: expostos e não expostos, com base nas variáveis demográficas e clínicas. Os utentes com dados incompletos foram excluídos da análise.

Para análise do subgrupo, estudou-se se o efeito da exposição foi modificado pela exposição à consulta hospitalar ou privada de pneumologia, através de uma regressão linear logística.

Resultados

A amostra incluiu 101 participantes, 50 participantes expostos e 51 não expostos após realização de entrevista telefónica, cujos dados estão na tabela 2. Os utentes foram excluídos se não atenderam ou não aceitaram participar no estudo. A taxa de resposta foi de 84,2%.

Tabela 2 - Características basais dos participantes de acordo com a exposição à consulta de DPOC nos cuidados de saúde primários.

	Total	Expostos	Não expostos	Diferença Padronizada ¹	Significância estatística
Idade, anos (mediana, interquartis)	68 (63.3 - 75.8)	68 (63, 75)	69 (63, 69)	-15%	p=0.305
Masculino, %	63 (62.4%)	35 (70%)	28 (54,9%)	31,56%	P=0.117
Grupo GOLD (n, %)					p=0.626
A	44 (43.6%)	24 (48%)	20 (39.2%)	17.78%	
B	43 (42.6%)	19 (38%)	24 (47.1%)	-18,4	
E	14 (13.9%)	7 (14%)	7 (13,7%)	0.79%	
Cuidados na DPOC					
Seguido em consulta de Pneumologia, %	37 (36.6%)	18 (36%)	14 (27,6%)	18,45%	p=0.078
Sob oxigenoterapia, %	6 (5.9%)	3 (6%)	3 (5.9%)	0,5%	p=0.98
Valor de Fev1 (mediana, interquartis)	73.5 (62, 82.3)	71 (61.5; 80)	74 (63.3;90.5)	-22,46%	p=0.315
Grupo terapêutico (n, %)					p=0.73
LABA	7 (6.9%)	5 (10%)	2 (3.9%)	24,1%	
LAMA	11 (10.9%)	6 (12%)	5 (9.8%)	7,1%	
LAMA + LABA	36 (35.6%)	19 (38%)	17 (33.3%)	9,8%	
LABA + LAMA + ICS	23 (22.8%)	14 (28%)	9 (17.6%)	24,9%	
Não realiza	24 (23.8%)	6 (12%)	18 (35.4%)	-57.00%	
Device (n, %)					p=0.46
Névoa Suave	14/77 (18.1%)	9 /44 (20,5%)	5 /33 (15,15%)	13,90%	
Pressurizado + Câmara expansora	10/77 (12%)	6 /44 (13,64%)	4 /33 (13,64%)	4,52%	
Pó seco	53/77 (68.8%)	29 /44 (65,91%)	24 /33 (72,73%)	-14.82%	
Comorbilidades (n, %)					
Abuso tabaco (P17)	23 (22.8%)	11 (22%)	12 (23.5%)	-3.65%	p = 0.855
Doença Isquémica Cardiovascular (K74 + K76)	12 (11.9%)	12 (24%)	0 (0)	79,47%	p=0.001*
Insuficiência Cardíaca (K77)	10 (9.9%)	5 (10%)	5 (9.8%)	0.66%	p=0.974
Doença vascular cerebral (K91)	5 (5%)	1 (2%)	4 (7.8%)	-27,26%	p=176
Hipertensão (K89 + K90)	18 (17.8%)	4 (8%)	14 (27.5%)	- 52.67%	p=0.011*
Osteoporose (L95)	20 (19.8%)	11 (22%)	9 (17.6%)	10,93%	p=0.583

Anemia	6 (5.9%)	2 (4%)	4 (7.8%)	-16,34%	p=0.414
Doença Renal Crónica (TFG <60)	19 (18.8%)	11 (22%)	8 (15.7%)	16,20%	p=0.417
Diabetes (T89 + T90)	24 (23.8%)	11 (22%)	13 (25.5%)	-8.21%	p=0.68

A mediana da idade foi de 68 anos, com o grupo dos doentes expostos à consulta com tendência a serem mais velhos. A amostra é maioritariamente do sexo masculino (62.4%), mas com maior prevalência grupo exposto (70%) em comparação com o grupo não exposto (54,9%).

Os grupos A e B foram predominantemente representados em ambos os grupos. O grupo A teve uma prevalência superior entre os expostos (48%) e o grupo B entre os não expostos (39,2%)

A percentagem de doentes seguidos em consulta de pneumologia foi de 36,6%, com valores inferiores no grupo dos não expostos. (27,6%) . O valor médio de FEV1 foi ligeiramente inferior no grupo exposto ($72,03 \pm 17,83$) em comparação com o grupo não exposto ($76,88 \pm 25,35$), com uma diferença de -22,46%. O uso de oxigenoterapia foi semelhante entre grupos, com 5,9-6,0% de utilização.

A distribuição do uso de medicamentos variou entre os grupos. A maior diferença foi observada no uso da combinação LABA + LAMA + ICS, com 28% no grupo exposto e 17,6% no grupo não exposto, resultando numa diferença de 24,86%. A ausência de tratamento foi mais prevalente no grupo não exposto (35,4%) em comparação com o grupo exposto (12%), com uma diferença de -57%.

Os dispositivos utilizados também variaram entre os grupos. O uso de névoa suave foi superior entre os expostos (20,45%) com uma diferença de 13,9%. A utilização de dispositivos de pó seco foi maior entre os não expostos (72,73%) resultando numa diferença de -14,82%.

As comorbilidades variaram entre os grupos. A doença isquémica cardiovascular foi mais prevalente no grupo exposto (24%) com uma diferença padronizada de 79,47% e estatisticamente significativa ($p=0.001$) . A diferença padronizada sugeriu ainda maior relevância na hipertensão arterial no grupo dos não expostos (-52,67%, $p=0.001$). Outras comorbilidades, como insuficiência cardíaca, osteoporose, e doença renal crónica, apresentaram diferenças menores entre os grupos. O abuso de tabaco ativo foi semelhante e com uma prevalência de 22,8%, com uma diferença de -3,65%.

Tabela 3. Odds ratio não ajustado da concordância com terapêutica com diretrizes GOLD, estado de vacinação e espirometria atualizada

	Total (N=101)	Expostos (N=50)	Não expostos (N=51)	Odds Ratio (95% intervalo de confiança)	Valor p
Concordância Terapêutica com GOLD 2024, %	81 (80%)	45 (90%)	36 (70.6%)	3.75 (1.24 - 11.3)	p = 0.014*
Adesão à terapêutica, %	63/77 (85%)	39 /44 (88.6%)	24 /33 (72.7%)	2.93 (0.88 - 9.77)	p = 0.081
Grupo mMRC >2, %	42 (42%)	23 (50%)	19 (40%)	1.43 (0.648 - 3.18)	p=0.0373
CAT >10, %	40 (40%)	21 (40%)	19 (40%)	1.22 (0.549 - 2.71)	p = 0.63
Grupo Exacerbações					
0-1 exacerbações no ano anterior, %	87 (87%)	43 (86%)	44 (86%)	3.82 (0.75, 19,37)	p=0.106
> 1 Hospitalizações, %	9 (8.9%)	7 (14%)	2 (3%)	3.99 (0.786 - 20.2)	p=0.075
> 2 exacerbações	5 (4.9%)	0 (0%)	5 (9.8%)	-	-
Vacina Pneumonia Atualizada, %	43 (42.5%)	30 (60%)	13 (25.5%)	4.38 (1.88 - 10.2)	p <0.01 *
Vacina Gripe Atualizada, %	67(66.3%)	37 (70%)	30 (58.8%)	1.99 (0,85 - 4,63)	p=0.107
>=60 anos <60 anos	63/88 (71%) 4/13 (30%)	34/44 (77.2%) 3/6 (50%)	29/44 (65.9%) 1/7 (14.3%)	1,76 (0.686 - 4.51) 6 (0.422 - 85.2)	p=0.237 p=0.164
Espirometria realizada nos últimos 3 anos, %	73(72.3%)	45 (90%)	28 (50%)	7.39 (2.52 - 21.7)	p <0.01 *

Concordância Terapêutica com GOLD

De acordo com a tabela 3, a concordância terapêutica com as diretrizes GOLD na USF foi elevada (80%) mas com diferenças entre grupos: 90% no grupo exposto em comparação com 70,6% no grupo não exposto. A odds de concordância com as diretrizes GOLD é 3.75 vezes maior no grupo exposto (3,75, IC95%:1,24 - 11,3), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$). Quando ajustada à variável de confundimento a OR ajustada foi 1.313 ($p=0.02$)

Adesão à Terapêutica

A adesão global à terapêutica foi de 85%, com 88,6% no grupo exposto e 72,7% no grupo não exposto, resultando numa razão de probabilidades de 2,93 (95% IC: 0,88 - 9,77). Contudo, o valor de p foi de 0,081, sugerindo que a diferença não atingiu significância estatística. (Tabela 3)

Vacinação

A vacinação contra pneumonia estava atualizada em 42.3% dos doentes com DPOC, com cumprimento em 60% dos pacientes do grupo exposto e em 25,5% do grupo não exposto. A razão de probabilidades foi de 4,38 (95% IC: 1,88 - 10,2) com um valor de $p < 0,01$, indicando uma diferença estatisticamente significativa.

A vacinação contra a gripe estava atualizada em 66.4% dos pacientes com DPOC, em 70% dos pacientes do grupo exposto e em 58,8% do grupo não exposto. A razão de probabilidades foi de 1,99 (95% IC: 0,85 - 4,63), com um valor de p de 0,107, não atingindo significância estatística. mantendo a não significância quando ajustada para a vacinação para a coorte de idades (<60 anos e ≥ 60 anos) (Tabela 3)

Espirometria Realizada nos Últimos 3 Anos

A espirometria foi realizada nos últimos 3 anos em 72,3% nos doentes com DPOC na USF, atingindo valores superiores no grupo dos expostos (90% vs 50%). A razão de probabilidades foi de 7,39 (95% IC: 2,52 - 21,7), com um valor de $p < 0,01$, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa. (Tabela 3)

As variáveis adesão à terapêutica, hospitalizações, mMRC e CAT, tendencialmente são mais prováveis no grupo dos expostos, mas não atingem significância estatística. (Tabela 3)

Análise por subgrupos

A exposição à consulta de Pneumologia não parece estar estatisticamente associada de forma significativa com a exposição à consulta nos cuidados de saúde primários ($X^2 = 0,240$; $p = 0,625$). No que diz respeito à concordância terapêutica de acordo com a classificação GOLD conforme a exposição mantém-se estatisticamente significativa (OR = 3,73; IC 95%: 1,22-11,27; $p = 0,02$), assim como a vacinação antipneumocócica (OR = 4,521; IC 95%: 1,93-10,74; $p = 0,001$) e o cumprimento da realização de espirometria (OR = 7,481; IC 95%: 2,543-22,01; $p < 0,01$).

Discussão

Este estudo visa avaliar o acompanhamento e tratamento da DPOC na Unidade de Saúde Familiar (USF) Espinho. Globalmente, o que foi encontrado foi bom em relação ao esperado e em relação com a literatura. Comparando os utentes que foram seguidos em consulta de DPOC nos CSP versus consulta standard, os resultados demonstram que a exposição a consultas de doenças respiratórias nos CSP está associada a uma maior concordância terapêutica com as diretrizes GOLD (OR ajustada = 1,313, $p = 0,02$) e a uma maior probabilidade de vacinação contra pneumonia (OR = 4,521, $p = 0,001$). Adicionalmente, os pacientes expostos apresentaram uma maior probabilidade de realização de espirometria nos últimos anos (OR = 7,481, $p < 0,01$). A adesão à terapêutica, apesar de ser superior no grupo exposto (88,6% vs. 72,7%), não atingiu significância estatística (OR = 2,93, $p = 0,081$). Por outro lado, a vacinação contra a gripe mostrou-se mais frequente no grupo exposto, mas sem diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo não exposto (OR = 1,99, $p = 0,107$).

As vacinas pneumocócica e da gripe são efetivas em reduzir as exacerbações, hospitalização e mortalidade nos utentes com COPD, devendo ser realizadas antes das exacerbações e hospitalizações.^{5,6}

Cumprimento da Vacina da Gripe anual

O cumprimento da vacina da gripe no total foi de 66.3%, não existindo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, mesmo quando ajustado à idade. No entanto, a falta de significância na vacinação contra gripe poderá estar interligada com a realização de campanha nacional sazonal de vacinação de gripe anual, sendo que, por exemplo na campanha vacinal sazonal outono-inverno 2023, todos os indivíduos com 60 ou mais anos eram elegíveis para vacinação gratuita, independentemente das suas comorbilidades⁷.

Comparando com a literatura, segundo o estudo das diretrizes da vacina e taxa de cobertura das vacinas na Europa ⁶, em Portugal em 2021, cerca de 74% dos utentes com doenças crónicas foram vacinados, pelo que na população europeia, nos utentes mais de 65 anos, a prevalência ronda de 12.8% a 75%. Já nos Estados Unidos, a prevalência de vacinação nos utentes com COPD é de cerca de 54%.⁸ Ora, os nossos resultados vão de encontro a estes estudos internacionais, mas estão inferiores aos valores nacionais de cobertura vacinal da gripe.

Cumprimento da Vacina antipneumocócica

No cumprimento da vacina antipneumocócica a diferença é mais significativa entre o grupo dos expostos à consulta de DPOC nos CSP e os não expostos, mesmo quando ajustada à exposição com a consulta de pneumologia.

Uma das explicações é que, ao contrário da vacina da gripe, a vacina antipneumocócica é uma vacina de prescrição médica obrigatória, pelo que estes resultados vêm reforçar o papel preventivo dos médicos de família. Estes baixos valores vão de encontro à prevalência de vacinação da pneumonia em contexto de CSP submetidos a programas de melhoria de qualidade ⁹. Um estudo observou que os utentes que são seguidos em consulta especializada de Pneumologia estariam mais propensos a receber as vacinas, o que não vai ao encontro aos resultados do nosso estudo, onde a consulta especializada não teve impacto na adesão à vacinação., ¹⁰ Estes resultados ilustram a importância de desenvolver estratégias não farmacológicas em ambas realidades, bem como sensibilizar para importância e a eficácia da vacina, dado o impacto comprovado desta vacinação. ¹¹

Cumprimento da realização da Espirometria

Na DPOC, a espirometria é mandatória para o diagnóstico para compreender a severidade da obstrução, para prognóstico e durante o seguimento do utente, para identificar o declínio rápido, para ponderar procedimentos intervencionais, e para consideração de diagnósticos diferenciais quando os sintomas são desproporcionais ao nível de obstrução, como por exemplo insuficiência cardíaca. ⁴ Segundo as diretrizes. GOLD, deverão ser repetidas pelo menos anualmente. O nosso estudo focou-se na realização da espirometria nos últimos 3 anos e encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa da entre os dois grupos. O nosso estudo com valores médios de 72,3% encontra-se superior à média nacional de 53.8% do indicador 20213.049.01 - *Proporção utentes c/DPOC, c/Fev1 em 3 anos* em julho de 2024, bem como em comparação com a literatura, onde em um estudo na Suécia somente 59% dos utentes teriam realizado uma espirometria aquando do diagnóstico, e destes somente 76%

repetiram a avaliação espirométrica nos 4 anos seguintes.¹²

Cumprimento da Concordância terapêutica com GOLD 2024.

A concordância da terapêutica com as diretrizes GOLD na USF rondou os 80%, com os expostos a apresentarem uma probabilidade 3.75 vezes superior de se encontrar em concordância ($p=0.014$), o que demonstra uma das vantagens de ter uma consulta dedicada a esta área nos CSP:. As discordâncias foram na maioria em utentes com DPOC do grupo B, e somente em 1 caso num utente do grupo E. Os autores consideram este resultado muito bom, especialmente quando comparado com outros estudos como nos Estados Unidos, em 16389 utentes grupo E tiveram 48.6% de regimes discordantes com as diretrizes GOLD.¹³

Outros desfechos

Em ambos os grupos, 14% exacerbaram no ano anterior. Este resultado é menor do que relatado na literatura, onde cerca de 20% dos utentes exacerbam anualmente.¹⁰

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra foi limitada a um único local, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras populações ou contextos.

A nível de vacinação, não foi possível compreender se as vacinas não foram oferecidas ou se os utentes recusaram as diretrizes.

Além disso, a recolha de dados foi baseada em entrevistas telefónicas, o que pode introduzir viés de seleção, dado que apenas os participantes que atenderam e aceitaram participar foram incluídos, podendo representar uma população mais comprometida com os seus cuidados de saúde. No entanto, a elevada taxa de resposta (84.2%) minimizou este risco.

Outra potencial fonte de viés é a natureza autorreferida de algumas medidas, como a adesão à terapêutica, que pode estar sujeita a imprecisões e a viés de esquecimento. De igual forma, os resultados só foram ajustados a um fator de confundimento.

Por último, salienta-se que o diagnóstico de comorbilidades foi extraído a partir da lista de problemas ativos dos utentes - e não baseado na realização exaustiva e recente de exame físico e

exames complementares de diagnóstico - o que se pode traduzir numa imprecisão da caracterização de comorbilidades, nomeadamente no subdiagnóstico das mesmas.

Conclusão

A generalização dos resultados deste estudo deverá ser realizada com cautela, tendo em conta as características particulares da população estudada. No entanto, demonstra a eficiência dos cuidados de saúde primários na prevenção secundária do utente com DPOC, bem como na gestão da sua doença. Sem dúvida, no futuro uma melhor formação poderá multiplicar os benefícios do utente na consulta dos CSP. Os autores propõem um programa de doenças respiratórias no S-Clínico, onde os objetivos estejam estabelecidos facilitem o seguimento deste utentes. Estudos semelhantes em populações diferentes podem ser benéficos, não apenas de uma perspetiva de caracterização das mesmas, mas também por poderem servir de base para a construção ou melhoria de protocolos locais de atuação, como foi o caso deste estudo de investigação.

Será necessário no futuro investigação do impacto da formação dos profissionais e consulta no bem estar e saúde dos utentes com DPOC.

Outras informações

Financiamento

Não aplicável

Bibliografia

1. Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lisbon, Portugal: the burden of obstructive lung disease study - PubMed. Accessed September 12, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23664024/>
2. SDM - BI de Indicadores. 2021.455.01 - Proporção DPOC +18A, c/ vacinação antipneumocócica. Accessed September 1, 2024. <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=455&clusters=S>
3. SDM - BI de Indicadores. 2021.439.01; Proporção DPOC +6M, c/ vac. gripe. Accessed September 1, 2024. <https://sdm.min-saude.pt/BI.aspx?id=439&clusters=S>
4. 2024 GOLD Report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD. Accessed September 1, 2024. <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
5. Froes F, Roche N, Blasi F. Pneumococcal vaccination and chronic respiratory diseases. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:3457-3468. doi:10.2147/COPD.S140378
6. European Centre for Disease Prevention and Control. *Seasonal Influenza Vaccination Recommendations and Coverage Rates in EU/EEA Member States: An Overview of Vaccination Recommendations for 2021–22 and Coverage Rates for the 2018–19 to 2020–21 Influenza Seasons*. Publications Office; 2023. Accessed September 14, 2024. <https://data.europa.eu/doi/10.2900/335933>
7. Santos A. Norma para vacinação sazonal contra a gripe 2023 - 2024. Published online September 26, 2023. Accessed September 11, 2024. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-para-vacinacao-sazonal-contr-a-gripe-2023-pdf.aspx>
8. Wold M, Oancea SC. Influenza Vaccination in Adults in the United States with COPD before and after the COVID-19 Pandemic (2017–2022): A Multi-Year Cross-Sectional Study. *Vaccines*. 2024;12(8):931. doi:10.3390/vaccines12080931
9. Chen XRC, Leung SH, Li YC. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) management in the community: how could primary care team contribute? *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):184. doi:10.1186/s12875-020-01256-0
10. Ehteshami-Afshar S, Crothers K, Rodwin B, Bade B, Brandt C, Akgün KM. Does pulmonary subspecialty referral from primary care affect the adherence to vaccination recommendations in COPD patients? *Respir Res*. 2021;22:50. doi:10.1186/s12931-021-01639-6
11. White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *Am J Health Behav*. 2008;32(3):227-242. doi:10.5555/ajhb.2008.32.3.227
12. Athlin Å, Lisspers K, Hasselgren M, et al. Diagnostic spirometry in COPD is increasing, a comparison of two Swedish cohorts. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2023;33:23. doi:10.1038/s41533-023-00345-8
13. Baldomero AK, Kunisaki KM, Wendt CH, et al. Guideline-discordant inhaler regimens after COPD hospitalization: associations with rurality, drive time to care, and fragmented care – a United States cohort study. *Lancet Reg Health - Am*. 2023;26:100597. doi:10.1016/j.lana.2023.100597