

PROGRAMA NACIONAL

para as Doenças Respiratórias

**ANÁLISE DOS ACES COM OFERTA DE ESPIROMETRIA
REALIZADA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM
INTEGRAÇÃO COM A PNEUMOLOGIA HOSPITALAR**

EM 2016

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS (PNDR)

Autores

Cristina Bárbara

Ana Cristina Portugal

Elisabete Melo Gomes

Diretora do PNDR

Cristina Bárbara

Lisboa

31 de março de 2016

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 050
Fax: 218 430 530/1
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

Análise dos ACES com oferta de espirometria realizada nos Cuidados de Saúde Primários em integração com a pneumologia hospitalar em 2016

1. Epidemiologia da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Em Portugal, o último estudo de prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) estimou uma prevalência da doença de 14,2% em pessoas com quarenta ou mais anos. O mesmo estudo detetou níveis muito elevados de subdiagnóstico (86,8%) e valores inesperadamente elevados de prevalência nos não fumadores (9,2%)¹. Neste estudo, verificou-se uma prevalência crescente, com o aumento da carga tabágica, tendo a referida prevalência duplicado (27,4% *versus* 14,2), a partir de cargas tabágicas acima de 20 UMA.

Os indivíduos sintomáticos apresentaram também valores mais elevados de prevalência de DPOC, alertando para a necessidade de sensibilizar os médicos dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), quanto ao benefício da realização de espirometrias, nestes grupos de risco.

O nível de concordância entre o diagnóstico médico prévio de DPOC e o diagnóstico obtido por espirometria foi também muito baixo. Apenas 13,2% dos diagnósticos efetuados com base na espirometria coincidiram com a referência ao diagnóstico prévio (subdiagnóstico). Por outro lado, 61,2% dos casos de DPOC reportados pelos participantes como tendo sido diagnosticados previamente pelo seu médico assistente, não se vieram a confirmar após a realização da espirometria (sobre diagnóstico). Estes dados revelam, claramente, um elevado nível de erro no diagnóstico, quando o mesmo se baseia apenas na clínica, expondo a necessidade de aumentar o recurso à espirometria, particularmente em indivíduos sintomáticos¹.

Conforme referido a situação nacional relativa ao diagnóstico da DPOC, evidencia que a DPOC é uma doença comum, contudo com uma elevada proporção de doença subdiagnosticada. Paralelamente existe também evidência de sobre diagnóstico decorrendo de situações em que o diagnóstico se baseia exclusivamente em elementos de ordem clínica. Estas últimas situações estão

claramente em desacordo com a Norma de Orientação Clínica nº 028/20112 que considera critério obrigatório para o diagnóstico de uma DPOC, a realização de uma espirometria.

Constituem prioridades do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR)³, em harmonia com o projeto GOLD (Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)⁴, aumentar a acessibilidade à espirometria a nível dos CSP, de modo a promover não só o diagnóstico correto da DPOC, mas também que o mesmo seja precoce.

2. Indicadores do diagnóstico de DPOC nos CSP

A análise de alguns indicadores de morbilidade respiratória, decorrentes da codificação eletrónica ao nível dos CSP demonstra que o número de pessoas inscritas com o diagnóstico de DPOC tem vindo a aumentar em todas as regiões, quando se compara a evolução de 2011 para 2014 (Figuras 1 e 2).

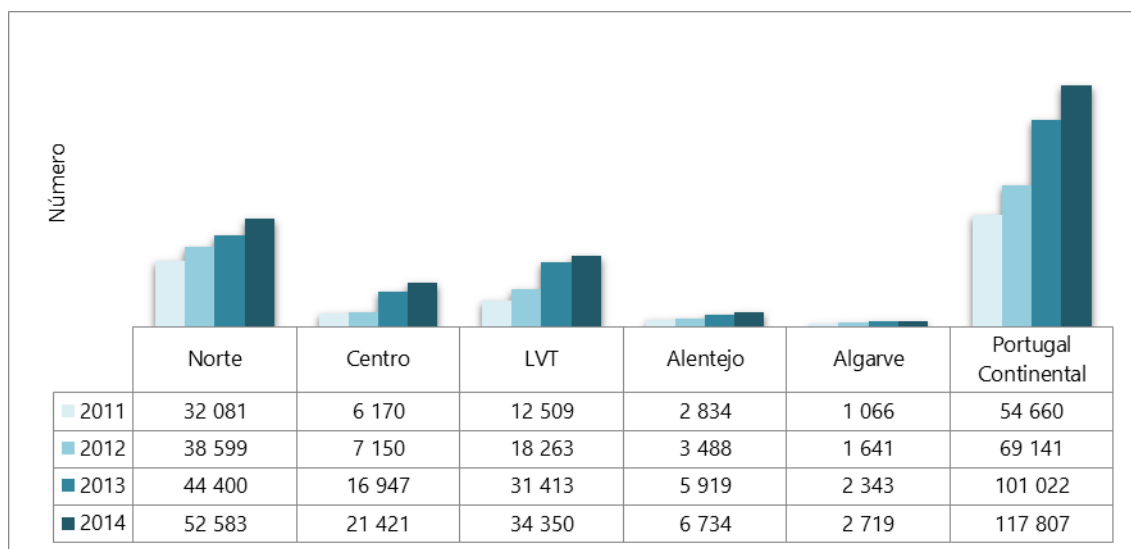


Figura 1. Número de utentes inscritos ativos em CSP com diagnóstico de DPOC, Portugal Continental e por Região de Saúde (2011 a 2014).

Fonte: SPMS, SIM@SNS, 2015⁵

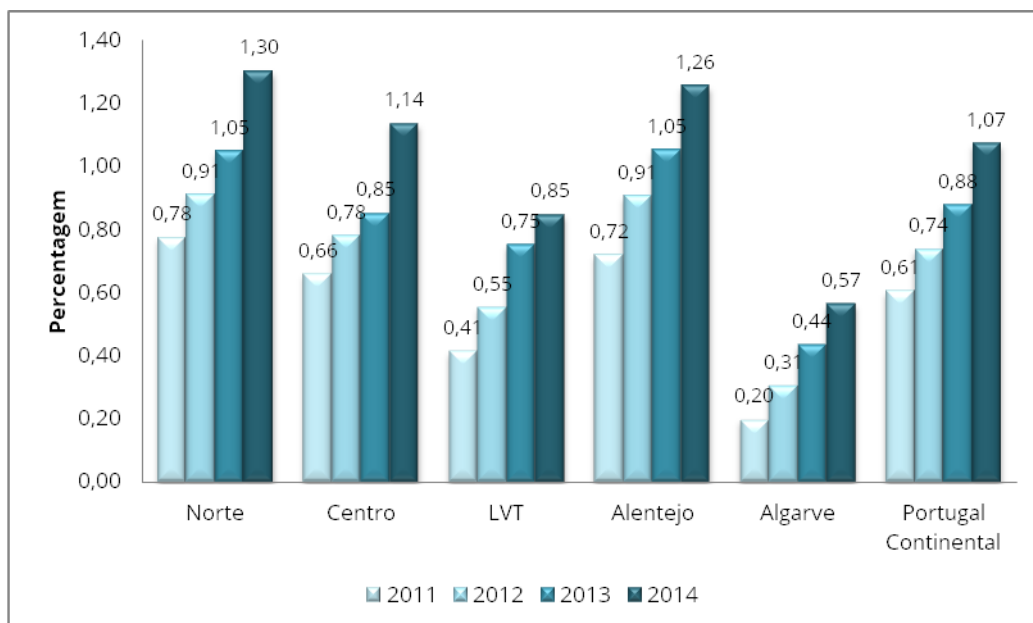


Figura 2. Percentagem de utentes com diagnóstico de DPOC, entre os utentes inscritos ativos em Cuidados de Saúde Primários, Portugal Continental e por Região de Saúde (2011 a 2014).

Fonte: SPMS, SIM@SNS, 2015⁵

No que se refere ao número de utentes inscritos ativos, com o diagnóstico de DPOC, a nível dos CSP, constata-se que tem vindo a registar um aumento, sendo este acréscimo de 116% no horizonte temporal de 2011 para 2014.

Quando se analisa a percentagem de inscritos com o diagnóstico de DPOC, verifica-se que essa percentagem tem vindo a aumentar, ao longo dos anos, no entanto é muito inferior ao valor da prevalência da DPOC, em Portugal. Assim em 2014 (Figura 2), a prevalência de DPOC diagnosticada na população ativa dos CSP foi de 1,07%, portanto muito inferior ao valor de 14,2% que corresponde à prevalência conhecida, a partir dos 40 anos de idade.

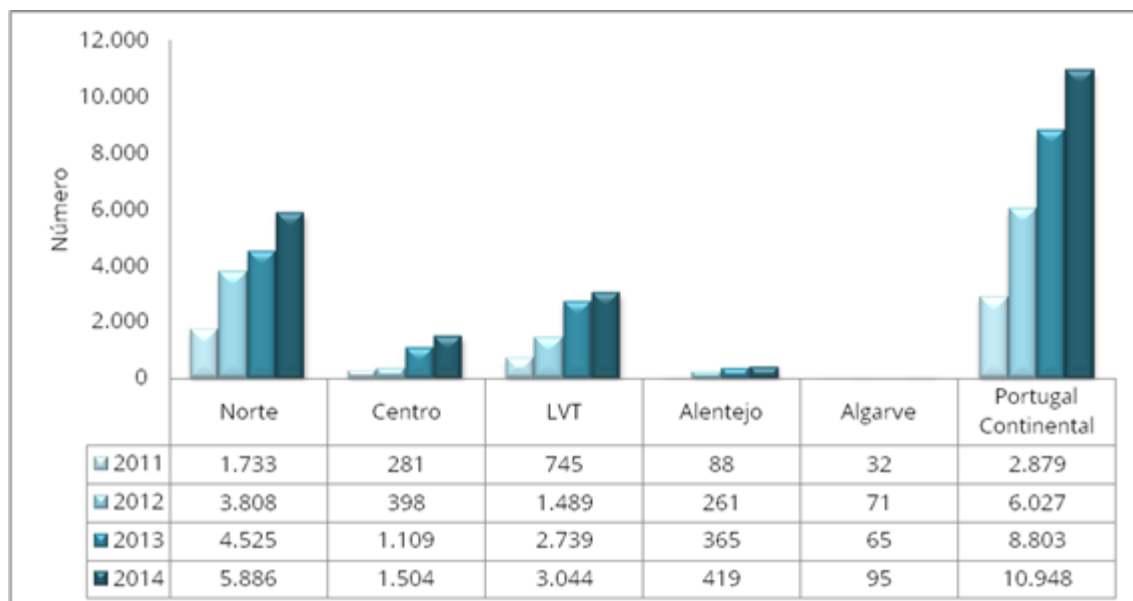


Figura 3. Número de utentes inscritos ativos em CSP com diagnóstico de DPOC confirmada por espirometria, Portugal Continental e por Região de Saúde (2011 a 2014)

Fonte: SPMS, SIM@SNS, 2015⁵

A análise das pessoas inscritas que já efetuaram uma espirometria (Figura 3), no contexto do diagnóstico de DPOC registou um aumento de 280%, no intervalo temporal de 2011 a 2014.

Porém, o valor absoluto reportado é ainda extremamente baixo, evidenciando o não cumprimento da Norma de Orientação Clínica para a DPOC², que afirma a impossibilidade de concretizar o diagnóstico de DPOC sem o recurso a uma espirometria.

De registar o muito baixo valor de doentes com DPOC na região do Algarve.

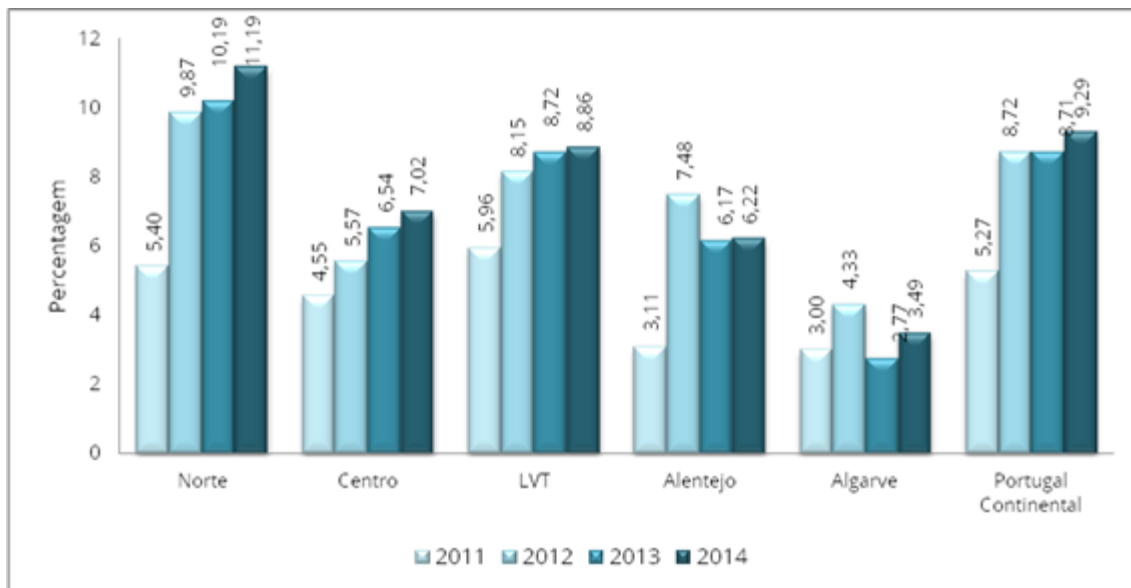


Figura 4. Número de utentes inscritos ativos em CSP com diagnóstico de DPOC confirmada por espirometria, Portugal Continental e por Região de Saúde (2011 a 2014)

Fonte: SPMS, SIM@SNS, 2015⁵

A análise da percentagem de diagnósticos de DPOC baseados numa espirometria tem vindo a aumentar muito discretamente, apenas nas regiões Norte, Centro e de Lisboa e Vale do Tejo (Figura 4). Encara-se como preocupante o decréscimo no recurso à espirometria detetado no Alentejo e no Algarve.

Estes dados são reveladores de uma fraca capacidade diagnóstica para a DPOC a nível dos CSP, apontando assim para uma enorme probabilidade de internamentos evitáveis associados à DPOC, face ao muito provável subdiagnóstico de DPOC a nível dos CSP e à ausência de medidas tomadas a nível dos CSP, que previnam os respetivos internamentos.

3. Capacidade Instalada para realização de espirometrias nos CSP

Com o objetivo de propor e fasear políticas que visem proporcionar um aumento da acessibilidade à espirometria nos CSP foi elaborado, em 2014, um inquérito com o fim de caracterizar a capacidade instalada para a realização de espirometrias nos CSP, e a partir do qual foi elaborado um relatório Análise dos ACES com Oferta de Espirometria Efetuada nos Cuidados de Saúde Primários, publicado em dezembro de 2015.

Em 2016 foi realizado um segundo inquérito e entre fevereiro e março de 2016,

foram enviadas solicitações por via eletrónica, a todos os diretores do conselho clínico dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de Portugal Continental, para que respondessem a um questionário que seria preenchido eletronicamente através do link: <http://www.dgs.pt/formularios-cp/formulario-espirometrias.aspx>.

Responderam ao questionário 54 dos 54 ACES de Portugal Continental, correspondendo a uma taxa de resposta de 100% (Quadro 1) e a uma cobertura de 967 USF e UCSP das cinco ARS, o que corresponde a uma melhoria face aos 91% de respostas conseguidas em 2014.

Quadro 1 - Nº ACES Respondentes por ARS 2016

| ARS | Nº ACES | Nº Respostas | USF+UCSP |
|----------|---------|--------------|----------|
| Norte | 24 | 24 | 419 |
| Centro | 8 | 8 | 177 |
| LVT | 15 | 15 | 290 |
| Alentejo | 4 | 4 | 54 |
| Algarve | 3 | 3 | 27 |
| Total | 54 | 54 | 967 |

Para a pergunta acerca da acessibilidade às espirometrias no respetivo ACES, obtiveram-se as respostas assinalas no Quadro 2 e Figura 5.

Conforme se pode constatar 44% dos ACES, a nível nacional referem não ter acessibilidade às espirometrias. São também de assinalar assimetrias regionais.

Quadro 2 - Tem acessibilidade à realização de espirometrias?

| ARS | Sim Nº ACES (%) | Sim Nº USF+UCSP | Não Nº ACES (%) | Não NºUSF+UCSP |
|----------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| Norte | 16 (67) | 292 | 8 (33) | 127 |
| Centro | 4 (50) | 105 | 4 (50) | 72 |
| LVT | 7 (47) | 139 | 8 (53) | 151 |
| Alentejo | 2 (50) | 31 | 2 (50) | 23 |
| Algarve | 1 (33) | 7 | 2 (66) | 20 |
| Total | 30 (56) | 574 | 24 (44) | 393 |

As duas regiões do país que referem ter menor acessibilidade às espirometrias são a região de LVT e a região do Algarve (Quadro 2).

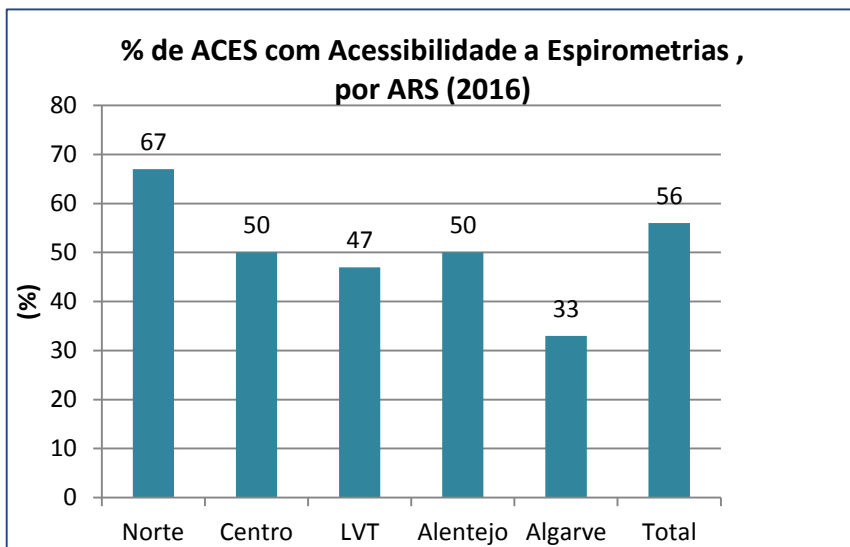


Figura 5. Percentagem de ACES com fácil acessibilidade a Espirometrias em 2016 / ARS

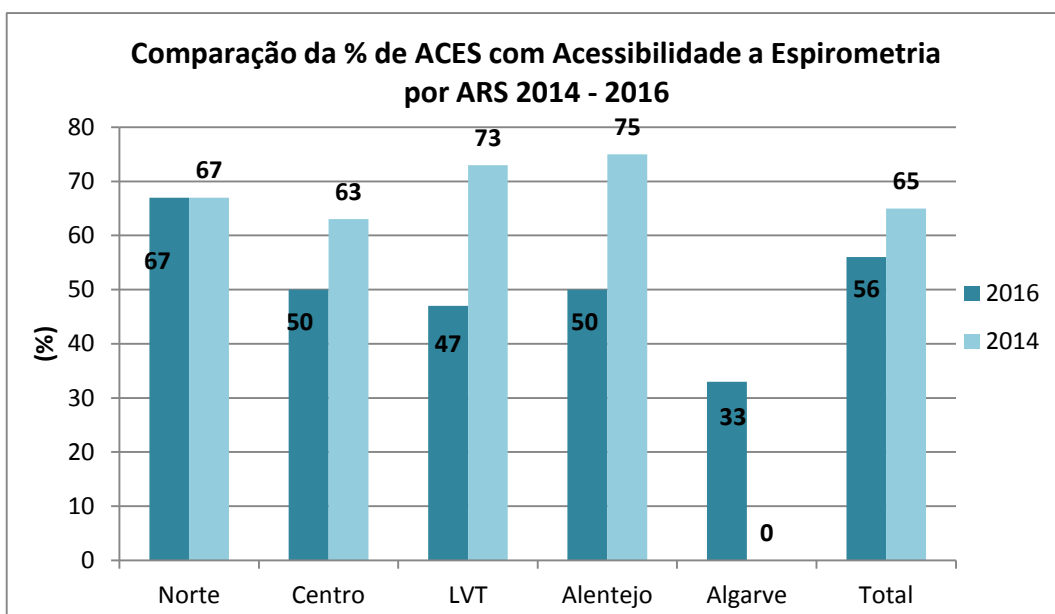


Figura 6. Comparação da percentagem de ACES com acessibilidade a Espirometrias / ARS entre 2014 e 2016

A análise comparativa entre 2014 e 2016 demonstra um decréscimo preocupante da capacidade instalada para a realização de espirometrias a nível nacional (Figura 6).

Na Figura 7 podemos observar a proporção de acesso às espirometrias em cada uma das ARS. Observa-se que as regiões de LVT e do Algarve são as que se apresentam com menor acessibilidade, em termos proporcionais.

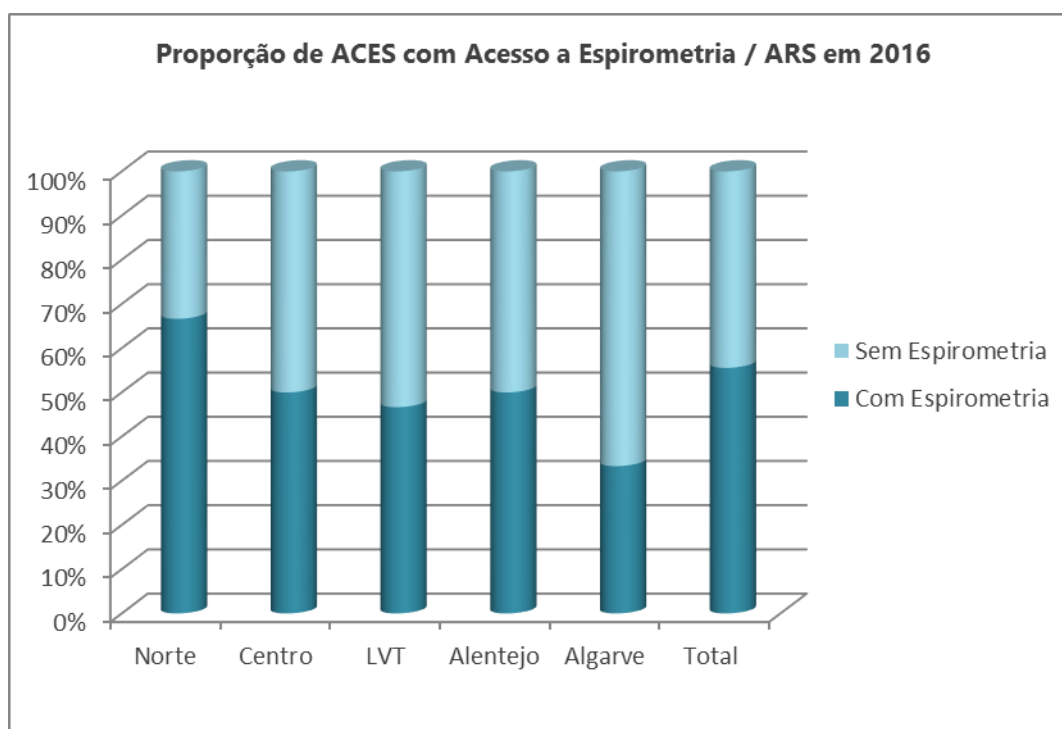


Figura 7. Proporção de ACES com e sem acesso a Espirometrias / ARS 2016

Dos 30 ACES que responderam ter fácil acesso a espirometrias obtiveram-se as seguintes respostas relativamente ao local de realização das espirometrias, assinaladas no Quadro 3, Figura 9.

Quadro 3 - Qual o Local de Execução das Espirometrias?

| ARS | ACES Nº ACES (%) | Hospital Nº ACES (%) | Convencionados Nº ACES (%) |
|----------|---------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Norte | 11 (46) | 3 (12,5) | 2 (8) |
| Centro | 1 (12,5) | 1(12,5) | 2 (25) |
| LVT | 4 (27) | 2 (13) | 1 (6,6) |
| Alentejo | 1 (25) | 1 (25) | 0 (0) |
| Algarve | 0 (0) | 1(33) | 0 (0) |
| Total | 17 (31) | 8 (15) | 5 (9) |

Quase 60% dos ACES com fácil acesso a espirometrias executam-nas no próprio ACES, Conforme se pode constatar, as espirometrias raramente são efetuadas no hospital/grupo hospitalar de referenciação do ACES. Em 2016, a região de Norte é aquela que apresenta maior capacidade instalada para realização das espirometrias nos próprios ACES, contrariamente ao que tinha sido identificado no inquérito de 2014 que indicava a região LVT como sendo a região com maior capacidade para o fazer. A região do Algarve depende exclusivamente dos cuidados hospitalares para a realização de espirometrias.

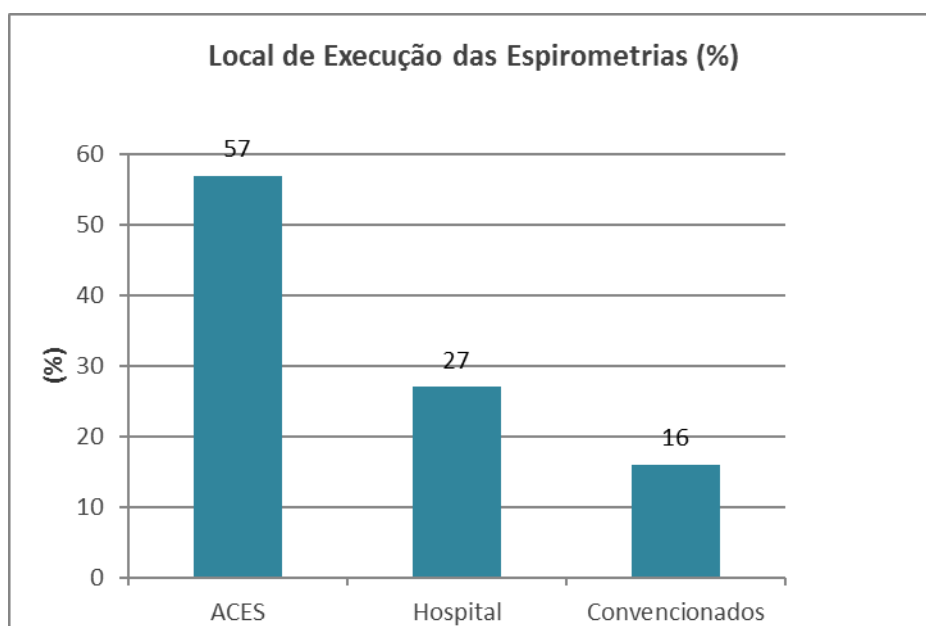


Figura 9. Distribuição dos Locais de Execução de Espirometria (%)

Dos 24 ACES que responderam que não tinham acessibilidade às espirometrias, apontaram as razões descritas no Quadro 4 e Figura 10, para a não realização daquele meio complementar de diagnóstico. Conforme se constata a ausência de recursos humanos, coadjuvada pela ausência de equipamento, constituíram a razão major, em 92% dos casos.

Quadro 4 - Qual o motivo porque no seu ACES não há acessibilidade a Espirometrias?

| ARS | Não tem Espirómetro | Não tem Recursos Humanos | Outro Motivo |
|----------|---------------------|--------------------------|--------------|
| Norte | 6 | 2 | 0 |
| Centro | 3 | 0 | 0 |
| LVT | 6 | 1 | 1 |
| Alentejo | 1 | 1 | 0 |
| Algarve | 2 | 0 | 0 |
| Total | 18 | 4 | 1 |

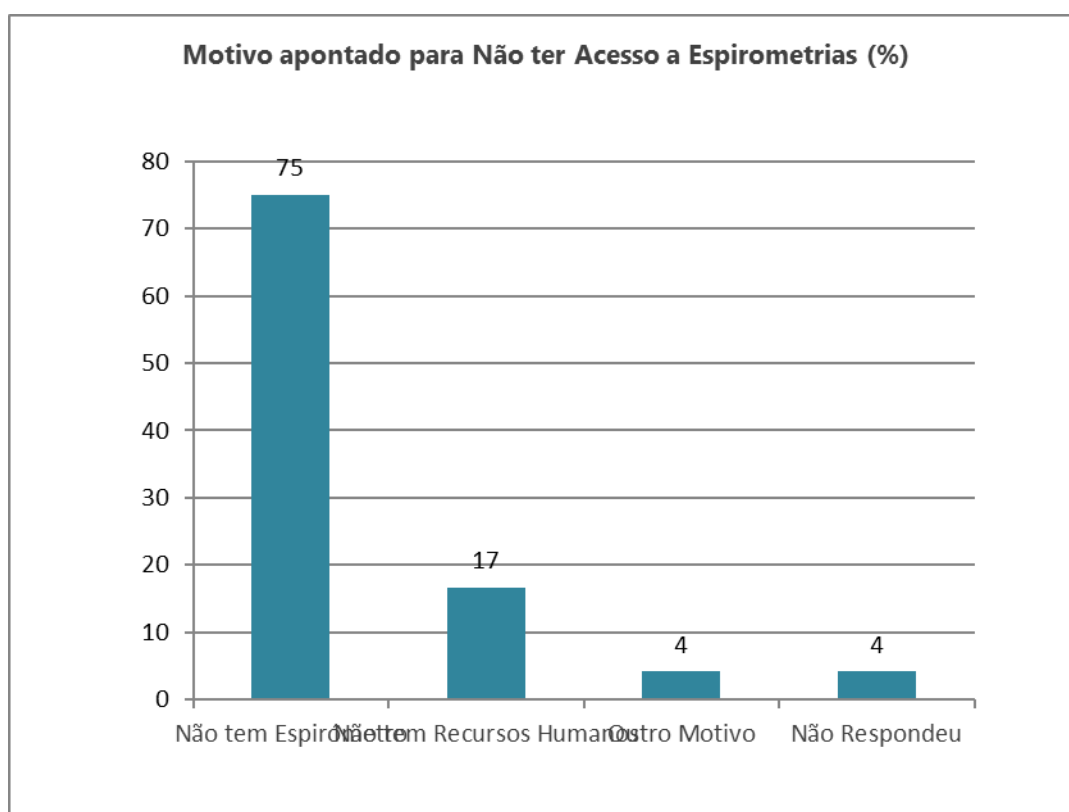


Figura 10. Motivo apontado para Não ter Acesso a Espirometrias (%)

Apesar do motivo mais apontado para a não acessibilidade à espirometria ser a ausência de espirómetro, não deixa de ser importante notar que apenas 17/30 ACES (57%) referem ter técnico de cardiopneumologia. Este aspeto é crucial, pois apenas este grupo profissional tem competência para a realização das

espirometrias, sendo portanto o garante para a qualidade técnica das mesmas. Assim numa análise nacional dos 54 ACES, apenas 17 (31%) têm acesso a um técnico de cardiopneumologia. Contudo, atendendo a que apenas 13/17 técnicos de cardiopneumologia têm vínculo laboral definitivo (contrato de trabalho), este último dado leva-nos a admitir que apenas existe sustentabilidade, para a acessibilidade às espirometrias em 13/54 ACES (24%).

Relativamente a estes técnicos de cardiopneumologia, últimos importa referir que:

- 7 pertencem ao próprio ACES
- 4 pertencem ao hospital
- 2 pertencem a outra instituição

Dos 54 ACES que participaram neste inquérito, 50 (93%) referem que se articulam com a especialidade de Pneumologia, quer para interpretação das espirometrias, quer para a referência de doentes recorrendo na sua maioria (88%) ao hospital da sua área de influência.

Relativamente à questão sobre a existência de uma Rede de Espirometrias, 19 ACES (35%) referem que têm uma rede de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares implementada na sua área de influência.

4. Conclusões

A evolução da situação relativamente à acessibilidade às espirometrias a nível dos CSP demonstra uma involução, que decorre do facto de, em 2014, os recursos humanos alocados à capacidade instalada em 2014, não garantirem a sustentabilidade por ausência de vínculo laboral dos técnicos de cardiopneumologia e por assentarem em projetos limitados no tempo.

Existem claras assimetrias regionais, no que se refere à capacidade de utilização/acessibilidade da espirometria nos CSP, particularmente no que se refere ao diagnóstico da DPOC.

As regiões do Norte e do Centro destacam-se pela positiva. Contudo, também nestas regiões os registos de utentes inscritos ativos, com o diagnóstico de DPOC apesar de terem vindo a aumentar, ainda se encontram francamente abaixo do estimado.

A região do Algarve segue muito poucos doentes com DPOC a nível dos CSP, sendo também a região do continente que refere mais fraca acessibilidade à espirometria.

O principal fator limitativo da acessibilidade à espirometria, conforme referido é a ausência de recursos humanos, em técnicos de cardiopneumologia com vínculo laboral.

Em 35% dos ACES já existe uma rede de espirometria, com técnicos de cardiopneumologia, a realizar este exame complementar, nos centros de saúde e em articulação com a especialidade de Pneumologia a nível hospitalar.

5. Recomendações

Atendendo a que já existem estudos que apontam para uma boa relação custo efetividade⁶ no que se refere à implementação de redes de espirometria, são de incentivar todas as medidas que promovam o desenvolvimento de projetos piloto que visem implementar as referidas redes, a nível nacional, particularmente nos ACES das regiões mais carenciadas, como o Algarve e o Alentejo.

O modelo de rede proposto, assenta na colocação de um técnico de cardiopneumologia em cada um dos ACES, deslocando-se em função de um agendamento protocolado pelos diversos centros de saúde, onde os médicos, após identificação dos doentes em risco, os referenciam para a realização da espirometria. A fim de garantir a qualidade do exame e do relatório das espirometrias, recomenda-se que os exames sejam relatados pelos médicos pneumologistas do hospital de referência.

A fim de estimular a implementação de redes de espirometria, os indicadores de contratualização a nível dos CSP deverão requerer que o diagnóstico de DPOC seja baseado no recurso à espirometria.

6. Bibliografia

- C. Bárbara, F. Rodrigues, H. Dias, J. Cardoso, J. Almeida, M. J. Matos, P. Simão, M. Santos, J. R Ferreira, M. Gaspar, L. Gnatiuc, P. Burney. Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lisbon, Portugal: The burden of obstructive lung disease study prevalence. Rev Port Pneumol. 2013;19(3):96-105.
- António Bugalho de Almeida, Miguel Guimarães, Cristina Bárbara, Fernando Menezes, João Cardoso, João Carlos Winck e Paula Simão. Norma de Orientação Clínica nº 028/2011 atualizada a 10/09/2013 Diagnóstico e tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.
- António Fonseca Antunes, Cristina Bárbara, Elisabete Melo Gomes. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. DGS 2012. <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2015. <http://www.goldcopd.org/Guidelines/guidelines-resources.html>. Accessed December, 2015.
- Cristina Bárbara et al. Portugal – Doenças Respiratórias em Números 2015. DGS 2015.
- Cristina Bárbara et al. Relatório de efetividade de uma rede de espirometria no diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nos CSP. DGS 2013. <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-efetividade-de-uma-rede-de-espirometria-no-diagnostico-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-nos-cuidados-de-saude-primarios.aspx>. Accessed December, 2015.

7. Siglas e Acrónimos

| Siglas e acrónimos | Designação |
|--------------------|--|
| ACES | Agrupamentos de Centros de Saúde |
| ARS | Administração Regional de Saúde |
| LVT | Lisboa e Vale do Tejo |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| DPOC | Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica |
| INE, I.P. | Instituto Nacional de Estatística, Instituto Público |
| NOC | Norma (s) de Orientação Clínica |
| SIARS | Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde |
| SIM | Sistema de Informação e Monitorização do SNS |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| UCSP | Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados |
| USF | Unidade de Saúde Familiar |
| UMA | Unidades maço-ano |

ANEXO 1

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

INQUÉRITO DA CAPACIDADE INSTALADA DE ESPIROMETRIAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 2016

Nº Registo ACES * Nome do Responsável do Preenchimento Mail de Contacto * Telefone de Contacto 1. O seu ACES é constituído por quantas unidades de saúde? (campo numérico)* 2. No seu ACES tem fácil acessibilidade a Espirometria? * Sim Não2.1. Se respondeu SIM, qual o local onde realiza as Espirometrias?

3. Se realiza Espirometrias num CS do seu ACES estes exames são realizados por um Técnico de Cardio Pneumologia?

 Sim Não

3.1 - O técnico de Cardio Pneumologia que realiza as espirometrias tem vínculo laboral?

 Sim Não

4. O seu ACES, com o objetivo de interpretação da Espirometria / referenciação de doentes articula-se com a especialidade de:

4.1. Pneumologia Sim Não4.1.1. Se SIM de que instituição? 4.2. Imunoalergologia Sim Não4.2.1. Se SIM, de que instituição?

5. O seu ACES tem algum tipo de rede de Rede de Espirometria implementada de modo

a articular os CSP com os Cuidados Hospitalares?

Sim Não

5.1. Se respondeu SIM, descreva a referida rede: (800 caracteres)



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt