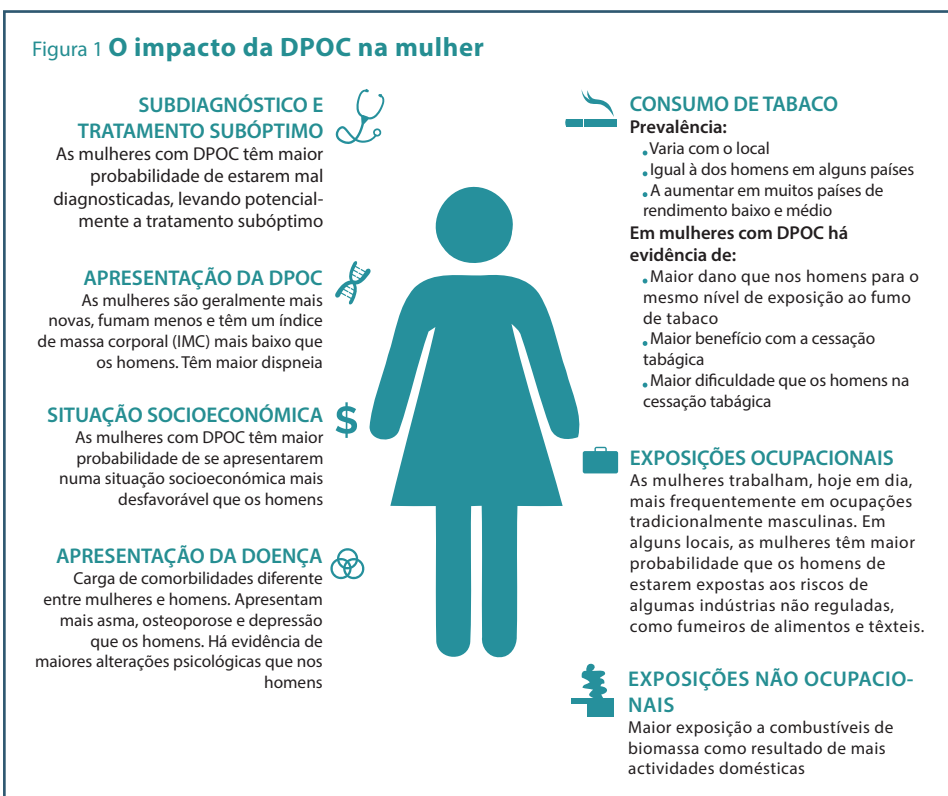


Melhorar cuidados às mulheres com DPOC: guia para os Cuidados de Saúde Primários

O âmbito dos cuidados de saúde primários inclui não só a gestão da doença, mas também a prevenção e a identificação precoce do risco, detectando na comunidade as pessoas que necessitam de uma abordagem, diagnóstico e tratamento especiais. Um dos desafios é identificar precocemente, diagnosticar e tratar mulheres com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Os principais desafios da DPOC nas mulheres e as razões pelas quais elas necessitam de uma atenção especial são apresentados na Figura 1.¹

Figura 1 O impacto da DPOC na mulher



campanhas para aumentar o reconhecimento entre as pessoas e nas comunidades. As mulheres em situação socioeconómica mais desfavorecida são particularmente vulneráveis e podem necessitar de apoio social especial. As mulheres apresentam mais sintomas (especialmente falta de ar), têm pior qualidade de vida e sofrem mais agudizações que os homens.^{1,3,5} Isto significa que as mulheres podem beneficiar de um seguimento mais próximo para monitorizar o seu risco de agudização, sintomas e qualidade de vida. Os profissionais de saúde precisam de estar cientes destas diferenças e de usar ferramentas validadas para avaliar a dispneia e alteração da qualidade de vida. Ferramentas práticas como a Escala de Dispneia da Medical Research Council (MRC) e da Medical Research Council modificada (mMRC), Clinical COPD Questionnaire (CCQ) e COPD Assessment Test (CAT)TM têm sido propostas para ser usadas nos cuidados de saúde primários. Para mais informações, ver o folheto de apoio do IPCRG para as ferramentas de avaliação de bem-estar na DPOC.⁶ A asma é mais comum nas mulheres,⁷ por isso a Sobreposição Asma-DPOC (ACO) é também mais prevalente nas mulheres que nos homens, pelo que ambos os diagnósticos devem ser considerados para se instituir o tratamento correcto.

COMORBILIDADES DIFERENTES: MAIS DEPRESSÃO, ANSIEDADE E OSTEOPOROSE^{1,3}

As mulheres são mais susceptíveis a sofrer de depressão e ansiedade do que os homens. Este é um facto importante dado que a ansiedade influencia a falta de ar, e a depressão e/ou ansiedade são fortes determinantes da qualidade de vida. Um diagnóstico precoce permite que a depressão e/ou ansiedade possam ser tratadas adequadamente o que pode melhorar a qualidade de vida. Questionários simples como o PHQ4 e o PHQ9 foram testados e validados em Cuidados de Saúde Primários. A Osteoporose, que pode ser um efeito secundário do tratamento com altas doses de corticosteróides inalados e/ou pelo uso frequente de corticosteróides orais, é também mais prevalente em mulheres do que em homens.^{1,3,9} O IPCRG publicou um guia que mede as comorbilidades.¹⁰

A NECESSIDADE DE MAIOR RECONHECIMENTO DA DPOC EM MULHERES

As estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce nas mulheres estão geralmente mais focadas na detecção precoce do cancro, apesar das mulheres terem maior probabilidade de morrerem de DPOC do que de cancro da mama e pulmão combinados.^{1,2} Até agora, o diagnóstico de DPOC nas mulheres tem sido negligenciado porque tem sido predominantemente considerada uma doença de homens.^{1,3} Porém, devido a um aumento do tabagismo e/ou à exposição continuada ao fumo de biomassa em muitos países, na actualidade a prevalência da DPOC parece ser semelhante entre mulheres e homens. De facto, dados sugerem que as mulheres podem estar em maior risco de apresentar compromisso da função pulmonar induzida pelo fumo, e até apresentar sintomas mais graves para o mesmo nível de exposição ao tabaco que os homens.^{1,4} Não fumadores com DPOC são também mais provavelmente mulheres. As mulheres apresentam

um risco desproporcionalmente maior de se exporem a factores de risco como fumo de biomassa, devido a um papel mais importante na cozinha e nas responsabilidades domésticas, exposição ocupacional em indústrias específicas geradores de fumo e poeiras, e ao tabagismo passivo.¹

AS MULHERES TÊM DIFERENTES FENÓTIPOS E SITUAÇÕES SOCIOECONÓMICAS^{1,3}

Globalmente, as mulheres com DPOC são habitualmente mais novas, têm um IMC mais baixo, menor exposição a tabagismo activo, risco acrescido de compromisso pulmonar significativo, são mais sintomáticas para o mesmo nível de exposição e estão numa situação socioeconómica mais desfavorável, o que afecta o seu acesso a cuidados de saúde. Frequentemente menosprezam os seus sintomas e tendem a ser mais relutantes em procurar cuidados de saúde, pelo que o diagnóstico, ao ser retardado, leva a que a doença seja mais grave quando é identificada. Assim sendo, é preciso apoiar iniciativas e

Alguns dos questionários validados utilizados nos cuidados de saúde primários

| | |
|------|---|
| mMRC | http://goldcopd.org |
| MRC | https://www.mrc.ac.uk/research/facilities-and-resources-for-researchers/mrc-scales/mrc-dyspnoea-scale-mrc-breathlessness-scale/ |
| CCQ | http://ccq.nl/ |
| CAT | http://www.catestonline.org/ |
| PHQ4 | http://gihep.com/phq4/ |
| PHQ9 | https://patient.info/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9 |
| GAD7 | https://patient.info/doctor/generalised-anxiety-disorder-assessment-gad-7 |

TRATAMENTO

Cessação tabágica

As mulheres são mais sensíveis aos efeitos da nicotina, têm maior dependência psicológica e menores taxas de sucesso de desabitação tabágica a longo prazo. Os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários devem salientar os benefícios da cessação tabágica e devem oferecer aconselhamento individualizado consoante as preocupações de cada mulher acerca da cessação e dos seus potenciais benefícios. Mulheres grávidas fumadoras devem ser alvo de uma atenção especial com o objectivo de proteger a curto e a longo prazo a saúde da mulher, do feto e da criança. Bupropiona e vareniclina são igualmente eficazes em homens e mulheres. O metabolismo da nicotina e da cotinina é mais rápido nas mulheres que nos homens e está acelerado pelo uso de contraceptivos orais e durante a gravidez. Por este motivo pode ser necessário prescrever o tratamento de substituição de nicotina (TSN) em doses mais elevadas. Veja o documento de recomendação do IPCRG.⁴

TERAPÉUTICA INALATÓRIA

Os corticosteróides inalados (ICS) são usados mais frequentemente nas mulheres do que nos homens devido à sobreposição da DPOC com asma - ou talvez devido a um incorrecto diagnóstico de asma.^{1,3} No entanto, os ICS aumentam o risco de fracturas numa relação dose-dependente, numa população que já tem uma maior prevalência de osteoporose.¹¹ Os ICS devem ser apenas usados quando há uma necessidade real e, quando usados, devem ser monitorizados de forma apertada. As guidelines GOLD indicam que os ICS inalados destinam-se exclusivamente a doentes que agudizam frequentemente, quando o tratamento com dupla broncodilatação já está optimizado ou em doentes que têm como comorbilidade a Asma (ACO), caso contrário devem ser retirados.¹¹ Veja a orientação do IPCRG acerca da utilização dos corticosteróides inalados na DPOC.¹³

EDUCAÇÃO, REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Embora a evidência seja escassa, é lógico educar as mulheres sobre como identificar precocemente os sintomas e sinais de agudizações. A reabilitação respiratória é um programa eficaz, desenvolvido face às necessidades individuais, e que deve ter em conta as diferentes necessidades psicológicas, de exercício e culturais. Veja o guia prático do IPCRG sobre reabilitação respiratória.¹⁴

RESUMO DE BOAS PRÁTICAS PARA OS PROFISSIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1- As mulheres com DPOC podem não procurar activamente ajuda médica, por isso é da responsabilidade dos profissionais nos cuidados de saúde primários em colaboração com as autoridades de saúde pública, encontrar a melhor forma de aumentar o conhecimento das mulheres sobre esta doença, seus riscos e o seu acesso aos cuidados de saúde.

2- As mulheres têm factores de risco diferentes. O aconselhamento deve ser orientado para as suas necessidades específicas. Ajude-as a encontrar as soluções certas como, por exemplo, deixar de fumar e não cozinhar com lenha.

3- Quando estiver perante uma mulher com Asma sintomática, considere reavaliá-la e confirmar o diagnóstico com espirometria, principalmente se houver história de tabagismo/exposição ao fumo de biomassa. Talvez tenha sido mal diagnosticada – ou também tenha DPOC?

4- Considere que um diagnóstico de DPOC é possível apesar de a mulher que está à sua frente ser mais jovem e fume menos que o típico perfil de um homem com DPOC. Não pense apenas em Asma.

5- Se confirmar um diagnóstico de DPOC, pergunte sobre os sintomas e as agudizações para aplicar a classificação GOLD que orientará o tratamento.

6- Trate a dependência ao tabaco. Pense em oferecer uma abordagem comportamental intensiva e adaptar as doses de TSN. As mulheres grávidas devem ser motivadas a parar e, se possível, oferecer aconselhamento especializado.

7- Optimize o tratamento de acordo com a classificação GOLD.¹² Avalie e trate as comorbilidades, incluindo especialmente a ansiedade e a depressão.

8- Pense cuidadosamente sobre as indicações para o uso de corticoterapia inalada antes de prescrever. Use-a de acordo com as recomendações mais recentes do IPCRG sobre o uso adequado de corticosteróides inalados e sobre as indicações para os retirar se estiverem prescritos e não forem necessários.

Referências:

- Jenkins CR, Chapman KR, Donohue JF, et al. Improving the Management of COPD in Women. *Chest* 2017;151(3):686-696.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3(11):e442.
- Tsiligianni I, Rodríguez MR, Lisspers K, et al. Call to action: improving primary care for women with COPD. *NPJ Prim Care Respir Med* 2017;27(1):11.
- Van Schayck OCP, Williams S, Barchilon V, et al. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. *NPJ Prim Care Respir Med* 2017;27(1):38.
- Celli B, Vestbo J, Jenkins CR, et al. Sex differences in mortality and clinical expressions of patients with chronic obstructive pulmonary disease. The TORCH experience. *Am J Respir Crit Care Med* 2011;183(3):317-322.

- IPCRG desktop helper: Guide to COPD Wellness Assessment Tools. Available from <http://www.theipcrgrg.org/display/TreatP/Gui+to+COPD+Wellness+Assessment+Tools>.
- Zein JG, Erzurum SC. Asthma is Different in Women. *Curr Allergy Asthma Rep* 2015;15(6):28.
- Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, et al. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med* 2006; 100(1):87-93.
- Hubbard RB, Smith CJ, Smeeth L, et al. Inhaled corticosteroids and hip fracture: a population-based case-control study. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166(12 pt 1): 1563-1566.
- IPCRG desktop helper: Users' guide to measuring co-morbidity in COPD. Available from <http://www.theipcrgrg.org/display/TreatP/Users%27+guide+to+measuring+co-morbidity+in+COPD>.

- Loke YK, Cavallazzi R, Singh S. Risk of fractures with inhaled corticosteroids in COPD: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. *Thorax* 2011;66(8):699-708.

- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2018. Available from: <http://goldcopd.org>. Assessed October 2017.

- IPCRG desktop helper 6: Evaluation of appropriateness of inhaled corticosteroid (ICS) therapy in COPD and guidance on ICS withdrawal. Available from <http://www.theipcrgrg.org/display/TreatP/Desktop+helper+6%3A+Evaluation+of+appropriateness+of+inhaled+corticosteroid+%28ICS%29+therapy+in+COPD+and+guidance+on+ICS+withd+awal>.

- IPCRG desktop helper 7: Pulmonary Rehabilitation in the community. Available from <http://www.theipcrgrg.org/display/TreatP/Desktop+Helper+No+7+Pulmonary+Rehabilitation+in+the+community>.

Autores: Dr Ioanna Tsiligianni Family Physician and Assistant Professor, Clinic of Social and Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece; Dr Miguel Román-Rodríguez Family Physician and Department of Chronic Respiratory diseases in primary care. Instituto de Investigación Sanitaria de Baleares (IdISBa) Palma de Mallorca

Revisores: Dr Catalina Panaitescu Family Physician, Bucharest Romania; Dr Karin Lisspers Family Physician and Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University, Sweden; Dr Jaime Correia de Sousa Family Physician, Porto and Associate Professor Community Health, School of Health Sciences, University of Minho, Portugal

Editor: Professor Hilary Pinnock Family Physician and Professor of Primary Care Respiratory Medicine, Allergy and Respiratory Research Group, Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics, University of Edinburgh

Tradução e adaptação de edição Portuguesa: Pedro Fonte, Cláudia Vicente, Carlos Gonçalves João Ramires, Luís Alves, Rui Costa e Jaime Correia de Sousa

A Novartis Pharma financiou a revisão da literatura, a composição e a impressão.

Este guia prático serve apenas para consulta; destina-se a uso geral e não deve ser considerado aplicável a casos específicos. Mais informações em: <http://www.theipcrgrg.org/display/OurNetwork/Disclaimer++desktop+helpers+and+opinion+sheets> Creative Commons Licence Attribution-NonCommercial-ShareAlike [add logo]

The IPCRG is a registered charity (SC No 035056) and a company limited by guarantee (Company No 256268).

Communication address: PO Box 11961, Westhill, AB32 9AE, Scotland, United Kingdom

