

Contribuições da Consulta Pública - PCDT para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - Conitec

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
30/05/2025	Profissional de saúde	Regular	"Importantíssimo deixar claro que QUALQUER MÉDICO, principalmente no Atenção Primária, pode (e deve) prescrever as medicações para tratamento de DPOC para o paciente... No Quadro 5 (página 15) do Relatório Preliminar (onde tem a recomendação das condutas e classificação dos grupos), onde o protocolo diz "considerar avaliação por pneumologista" para o Grupo B, isso pode ser muito ""perigoso"", pois abre margem para se interpretar de que APENAS o pneumologista poderia prescrever o tratamento... E isso seria desastroso, pois dificultaria muito o acesso ao tratamento dos pacientes, pois sabemos que a (minha) especialidade Pneumologia não tem muitos profissionais disponíveis, principalmente no SUS, e, portanto, muitos pacientes ficariam sem o tratamento adequado., Portanto entendo que qualquer médico, principalmente os da Atenção Primária, podem (e devem) sim iniciar o tratamento, conforme diretrizes clínicas (e, assim, o especialista seria convocado apenas quando realmente necessário)"	Não.
30/05/2025	Profissional de saúde	Muito boa	não	REFORÇO A IMPORTÂNCIA DO DUPILUMABE PARA OS PACIENTES COM DPOC , PERFIL EXACERBADOR COM EOSINOFILOS ACIMA DE 300 QUE CONTINUAM EXACERBADO COM A TERAPIA TRIPLA INALATÓRIA (LABA+ LAMA+ CORTICOIDE INALATORIO) COM O OBJETIVO DE REDUZIR EXACERBAÇÕES E MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA.
02/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
02/06/2025	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
02/06/2025	Profissional de saúde	Boa		A combinação de três medicamentos na incorporação da terapia tripla para DPOC beneficiará muitos pacientes com a doença em estágios graves e muito graves, pois esta combinação pode melhorar a função pulmonar, reduzir os sintomas e minimizar as exacerbações, melhorando a qualidade de vida da população que usará este dispositivo único, tende a melhorar a adesão ao tratamento também, especialmente nesta fase mais avançada da doença. Os idosos serão muito beneficiados, muitas vezes precisam de cuidadores que podem administrar a medicação. Importante reforçarmos que é preciso oportunizar e disponibilizar a espirometria para todos os pacientes e que as filas de espera diminuam para que tenhamos diagnósticos mais precisos e acompanhamento dos pacientes, quando apropriado, conforme preconiza este PCDT. Muito obrigada ao SUS pela avaliação e disponibilização de novas medicações para facilitar a saúde das nossas pessoas acometidas no Brasil.
02/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Acredito que por ser esta doença uma doença que leva a óbito muitos pacientes, e este medicamento que contém três substâncias em um único dispositivo em Spray pode contribuir para melhora da qualidade de vida do paciente com DPOC. Seria de muita ajuda ter esse medicamento nos SUS para os paciente .	Não
02/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Incorporação do Dupilumabe no PCDT de DPOC
02/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	sim	A gravidade da DPOC deve ser classificada não somente com base em vef1 mas também considerando a avaliação clínica do médico que inclui o mMRC assim como a principal diretriz mundial da doença recomenda. Sou pneumologista responsável pela secretaria municipal de saúde da cidade de Belford Roxo no RJ, atendo vários pacientes altamente graves/ sintomáticos e dispneicos mas que por apresentarem, VEF1 de 51/ 52 não tem acesso a medicação e acabam hospitalizando e morrendo. Paciente grave ou muito grave considerando também o mMRC seriam: grave: estágio 3 da escala mMRC ou, VEF1 pós-BD entre 30% a 50% e muito grave: estágio 4 da escala mMRC ou VEF1 < 30% VEF1 pós-BD. Os pacientes graves são pacientes em risco e devem ser tratados o mais precocemente possível. Com o pcdt considerando/ limitando o vef1 a 50 ou menos, só conseguimos tratar os gravíssimos. Os custos para o sistema com a hospitalização de pacientes com DPOC graves com VEF entre 50 e 60 são altíssimos. A própria sociedade brasileira de pneumologia também se baseia na classificação de gravidade do paciente considerando mMRC ou VEF1, reforçando a importância da avaliação clínica criteriosa do médico.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
02/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
02/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Regular	<p>Agradecemos a abertura deste espaço de escuta por meio da Consulta Pública nº 35/2025, referente ao Relatório Preliminar do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Entendemos que a participação social é essencial para garantir a efetividade, equidade e exequibilidade das diretrizes propostas. Após análise do Relatório Preliminar, em especial do Quadro 5 (página 15), que apresenta a estratificação e recomendações terapêuticas para os Grupos A, B e E, gostaríamos de registrar uma preocupação específica em relação ao Grupo B, onde se lê: "Considerar avaliação por pneumologista"., Embora compreendamos que a diretriz busca garantir uma abordagem clínica adequada, essa expressão tem gerado interpretações equivocadas na gestão local, muitas vezes sendo compreendida como obrigatoriedade de avaliação por pneumologista para liberação da prescrição e dispensação de medicamentos. Essa interpretação tem potencial para restringir significativamente o acesso ao tratamento, especialmente em regiões onde há escassez de pneumologistas e onde a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal, e muitas vezes única, porta de entrada e seguimento do cuidado para pacientes com DPOC. É importante destacar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos serviços de APS não conta com pneumologistas em sua equipe, • A equipe da APS, quando devidamente capacitada e respaldada por protocolos clínicos como este, pode iniciar e acompanhar o tratamento de pacientes do Grupo B com segurança e efetividade, • Condicionar o acesso ao especialista, quando não houver critério clínico, pode atrasar o tratamento, provocar abandono terapêutico e sobrecarregar a rede especializada. <p>Dessa forma, sugerimos que a redação seja ajustada para evitar interpretações restritivas, e que a diretriz deixe claro que a avaliação por pneumologista deve ser indicada clinicamente, mas não é condição obrigatória para prescrição ou dispensação dos medicamentos recomendados ao Grupo B., Muito obrigada!, ,</p>	<p>Não</p>
02/06/2025	Profissional de saúde	Boa	<p>Pacientes com DPOC confirmado, mas sem os critérios de VEF 1 < 50% para conseguir medicações como LABA + LAMA, conforme estipulado pela proposta, irão ficar, novamente, sem o tratamento recomendado por todas as sociedades nacionais e internacionais de uso da terapia dupla, independente da gravidade do quadro.</p>	
02/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
02/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Sim. Antes de tudo gostaria de dizer que houve um enorme avanço com relação ao PCDT , atual. No entanto, alguns pontos podem ser aprimorados para tornar o documento mais , claro. Listo a seguir alguns pontos:, 1. A dosagem de alfa 1 antitripsina deve ser solicitada para todo paciente com DPOC. É uma dosagem única e trata-se de exame barato. Essa recomendação é feita no GOLD e em quase todas as diretrizes, incluindo a brasileira., 2. O exame de imagem que deve ser feito para estudo de triagem para cancer de pulmão e avaliação , de áreas de enfisema e bronquite é a tomografia computadorizada. A radiografia de Tórax é completamente , ultrapassada para esta finalidade., 3. Este documento aceita o diagnóstico de DPOC excepcionalmente sem , a espirometria, mas não deixa claro como deve ser feito. Isso deixa margem , para especulações. Sugiro estabelecer que nesses casos seja necessária a realização , de TC de Tórax com alterações sugestivas de DPOC associada a sintomas e exposição., 4. O quadro 5 se refere, provavelmente, ao tratamento inicial. Sugiro colocar essa informação no título, 5. A figura 1 deveria vir abaixo do quadro 5, informando o manejo sequencial do paciente., 6. A figura 1 está confusa e traz algumas incoerências: não faz sentido alternar LABA e LAMA., No tratamento sequencial caso o paciente esteja usando LABA /LAMA deve associar CI caso tenha eosinófilos >100 (e não 300). , Deve haver uma informação de que o tratamento com um único dispositivo é preferível ao uso de ., 7. Caso o paciente mantenha dispneia, a mudança de dispositivo deveria ser sugerida. Isso só será possível, caso o VEF1 seja <50%., , ,</p>	<p>Caso o paciente seja inicialmente classificado como B e tenha VEF1 >50% poderá fazer Umeclínilo/vilanterol. Caso esse paciente apresente uma exacerbão não poderá receber terapia tripla. O que vai acontecer é que ele vai fazer uso de CI da farmácia popular. Assim, ele usará 2 dispositivos, sendo um de pó seco (LABA/LAMA) e outro em spray (clenil). Para usar esses dispositivos o paciente deverá realizar manobras diferentes. O risco de erro é enorme. Isso gera utilização incorreta das medicações e maior risco de novas exacerbões. Paciente que exacerbá tem alto risco de internação e de mortalidade. , Assim, todo paciente que exacerbá deve receber terapia tripla a menos que seja contraindicado., ,</p>
03/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	<p>O grau de obstrução não deve ser fator absoluto para a escolha de dispositivos: pacientes diferentes se adaptam de formas diferentes, e é possível que mesmo tendo um grau leve de obstrução tenha necessidade de dispositivo em névoa., O grau de obstrução também não é fator isolado para avaliar necessidade de progressão de tratamento. , Pacientes do grupo B podem se beneficiar de olodaterol + tiotrópico, não havendo necessidade de retirar a indicação deste medicamento., Pacientes exacerbadores com VEF1 > 50% se beneficiam de terapia inalatória tripla, não havendo motivo para inclusão de grau de obstrução - o GOLD 2025 não utiliza VEF1 como parâmetro para indicação de tratamentos., A espirometria deve ser utilizada como critério para prescrição, mas não deve se limitar a tempo (uma vez diagnosticado, não é necessária nova confirmação), e apesar da recomendação vigente de repetição anual, não deve ser fator para RENOVAÇÃO de LME.</p>	
03/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	<p>o parâmetro espirométrico VEF1 é importante para o diagnóstico de DPOC. No entanto, isoladamente, não é bom preditor de sintomas e exacerbões</p>	<p>MRC e VEF1 são alguns dos parâmetros que indicam gravidade da DPOC, mas não todos.</p>
03/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
03/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
03/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Acredito que pela dificuldade do acesso a espirometria pelo sus, o exame não deva ser solicitado com frequência tão rápida. A doença é crônica e irreversível. A repetição semestral do exame não faz sentido.	Não fica claro critério de uso de corticoide inalatorio de acordo com eosinofilos séricos ,
03/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Acho de estrema importância termos tais medicamentos no rol do PCDT visto que o uso de um único dispositivo facilita muito a adesão e reduz as exacerbações e hospitalizações nos pacientes com indicação da terapia tripla, causando economia para o nosso sistema de saúde público.
03/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	É importante os pacientes portadores de DPOC terem a tripla terapia fixa (3 medicamentos em um só dispositivo), pois como na maioria dos beneficiados são idosos facilita o uso, adesão ao tratamento. Dispositivos diferentes (spray e pó usam técnicas inaladores diferentes) podendo confundir o paciente. Com maior adesão ao tratamento diminuímos internação e complicações de saúde do paciente.	Tripla terapia fixa para os pacientes com DPOC disponível no SUS irá mudar o rumo do tratamento da doença de forma efetiva e eficaz.
03/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Sim, o uso do Pico de Fluxo Expiratório não deve substituir a realização de espirometria	Sim, pacientes não são classificados em grupo E por serem sintomáticos, mas sim por serem exacerbadores e isso independe de VEF1, criar um critério baseado em VEF1 só restringiria o acesso à pacientes que necessitam da medicação. Além disso, em pacientes que apresentam exacerbação apesar de terapia LABA+ LAMA, a eosinofilia necessária baixa para > 100. Isso deve ser levado em consideração.
03/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Uso de medicação em spray para todos os pacientes, não só os mais graves., Além de solicitação prévia de espirometria obrigatória para todos os pacientes, de todos os grupos.	Não
03/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	O tratamento da DPOC não pode considerar apenas pela espirometria, tem que considerar o quadro clínico do paciente! Infelizmente tenho familiar que a espirometria não atende critério técnico, porém sua limitação é muito grande, sendo que se adotado o critério sugerido limitaria o acesso aos pacientes com a patologia ao tratamento	Como sugestão tem que ser inserido a espirometria e também o diagnóstico clínico de gravidade para ter acesso aos medicamentos.
03/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
03/06/2025	Profissional de saúde	Boa		
03/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
03/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	Pacientes que geralmente tem indicação de terapia tripla são pacientes mais graves, mais idosos, mais exacerbadores. Muitos destes pacientes não conseguem realizar espirometria por dificuldade técnica e por gravidade da própria doença. Exigir o exame de espirometria para acesso a medicação irá prejudicar e limitar o acesso ao melhor tratamento.	Não.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
03/06/2025	Interessado no tema	Ruim	Importante ampliar o tratamento para DPOCem pacientes exacerbadores que muitas vezes dependem do diagnóstico médico.	
03/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Não faz sentido, do ponto de vista de medicina baseada em evidências, que o uso da terapia inalatória tripla seja condicionada ao grau de obstrução do VEF1 (GOLD 3 ou 4).	não
03/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	A DPOC é a terceira causa de morte no mundo.. muito difícil de controlar.. É importante que os pacientes tenham acesso a diversos medicamentos, atualizando o PCDT novas terapias estarem disponíveis a esses pacientes.	
03/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
03/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	não	não
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	VEF1 <55% e nao <50%, alternativa valida ao VEF1 seria utilizar o mMRC para considerar a gravidade do quadro clinico. Incluir na interpretacao do VEF1/CVF a possibilidade de doença mista, por exemplo: DPOC associada a DPI com ou sem FPI, situacao em que VEF1/CVF se altera, falseando o diagnosticos de DPOC baseado em VEF1/CVF	Considerar em paciente portador de Asma com reformatacao de PVA, evoluindo para DPOC, a possibilidade real de haver variacao de fluxo. E tambem nestes casos, conforme dados clinicos, a presenca de eosinofilos acima de 2% no valor relativo e ou 150 celulas no valor absoluto.
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Respeitar o que o Gold traz como atualização é permitir ao paciente ter acesso a melhores tratamento, diminuindo exacerbções e internações que também geram alto custo para o governo. Beneficiar os pacientes mais graves será um grande avanço no tratamento da DPOC pelo sus.	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	A DPOC é uma doença crônica, progressiva e altamente incapacitante, responsável por elevada morbidade, mortalidade e custos para o sistema único de saúde. A evidência científica acumulada nas últimas décadas demonstra que a terapia tripla com broncodilatadores de longa ação (LAMA e LABA) associada a corticosteroide inalatório (CI) proporciona benefícios clínicos significativos para pacientes com DPOC perfil exacerbativo eosinofílico, bem como pacientes com pacientes com Sobreposição de Asma + DPOC. Dentre os principais benefícios da terapia tripla, destacam-se a Redução das exacerbações (Estudos, como o IMPACT e ETHOS, demonstraram que a terapia tripla reduz de forma consistente a frequência e gravidade das exacerbações, principal causa de hospitalizações e mortalidade precoce em DPOC), Melhora na função pulmonar e na qualidade de vida, Redução da mortalidade (Metanálises recentes indicam que a terapia tripla pode reduzir o risco de morte em pacientes com DPOC grave e exacerbações frequentes, consolidando seu papel como uma intervenção de alto valor clínico) e melhora da adesão a terapia medicamentosa) A disponibilidade de formulações em dispositivos de dose única diária facilita a adesão ao tratamento e mantém um perfil de segurança., Além disso, a inclusão da terapia tripla no SUS promoverá equidade no acesso a tratamentos modernos e eficazes, reduzindo desigualdades regionais e melhorando os desfechos em saúde para uma população altamente vulnerável. Por esses motivos, considero fundamental a incorporação da terapia tripla no protocolo terapêutico da DPOC no SUS, alinhando-se às melhores práticas internacionais e fortalecendo o cuidado integral aos pacientes.
04/06/2025	Profissional de saúde	Boa		A terapia tripla fechada facilita o uso pelo paciente portador de DPOC e possibilita o melhor controle da doença.
04/06/2025	Profissional de saúde	Boa		
04/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Trimbow é um produto que está melhorando a qualidade de vida dos pacientes, pela tecnologia de partículas extrafinas e pelo resultado rápido para o controle da DPOC nos pacientes	
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
04/06/2025	Profissional de saúde	Regular	A limitação do acesso a terapias broncodilatadoras com base exclusiva no VEF1 pode comprometer a segurança do paciente, ao não tratar adequadamente sintomas graves ou prevenir exacerbações. Sugiro a revisão do PCDT visando garantir que pacientes com maior risco clínico, independentemente do VEF1, possam receber tratamento adequado, promovendo maior efetividade terapêutica e redução de desfechos adversos. Principalmente do que diz respeito aos pacientes do grupo E que são os pacientes com maior risco de mortalidade e internações. Sendo assim a melhor classificação seria o paciente grave com VEF1 50-30 ou mMRC de 3 e o paciente muito grave com VEF1<30 OU com mMRC de 4. Essa classificação permite melhor classificação do paciente e adequação do tratamento conforme a real gravidade. Ou seja não devemos levar em consideração apenas a espirometria, pois a espirometria não é um exame com dados objetivos. Podendo sofrer impacto e limitação de acordo com o aparelho utilizado, a manutenção do aparelho, a referência dos valores preditos, o conhecimento e habilidade do técnico que está executando e o compreendimento das manobras a serem realizadas pelo paciente.	Reforço que a escolha do dispositivo inalatório entre pó seco ou névoa deve ser de escolha do médico assistente, de forma individualizada, sem hierarquização prévia entre as opções.
04/06/2025	Profissional de saúde	Regular	A gravidade da DPOC não pode ser considerada apenas pelo critério espirométrico para o uso de medicação LABA + LAMA. A dispneia, classificada pelo mMRC, seria uma forma melhor de avaliar quais pacientes tem indicação do uso de dupla broncodilatação. Além disso, a espirometria não é necessária para acompanhamento e renovação dos laudos para manter o uso destas medicações. Além do fato de uma melhora espirométrica não ser indicativo de suspensão do tratamento, os pacientes muitas vezes tem dificuldade de acesso a esse exame, sendo indicada sua realização para diagnóstico e posteriormente conforme avaliação médica, sem necessidade de que seja feito semestralmente em todos os casos.	
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Considerar a liberação de LABA+LAMA névoa para os pacientes GOLD B também independente do VEF1 (como é para o dispositivo pó seco), visto que muitos pacientes nessa classificação também possuem limitação ao uso do dispositivo em pó seco.	Garantir a disponibilização das terapias duplas (LABA+LAMA) e tripla (LABA+LAMA+ICS), principalmente aerosol e névoa, também nas redes hospitalares públicas visando alcançar os pacientes que internam com exacerbações e que, por não terem acesso a essas medicações ainda na internação, prolongam o tempo hospitalar e de recuperação, aumentando os custos e os riscos de sequelas clínicas, por vezes irreversíveis.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
04/06/2025	Profissional de saúde	Boa	<p>Gostaria de sugerir a inclusão da vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular) no calendário de imunizações recomendado para pacientes com DPOC, conforme as diretrizes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). A vacina já é incorporada e oferecida dentro do PNI., , Justificativa técnica:, Pacientes com DPOC apresentam risco aumentado de infecções respiratórias, incluindo a coqueluche, devido à disfunção da imunidade local, imunossenescência e ao comprometimento da barreira mucociliar. A infecção por Bordetella pertussis em adultos pode cursar com quadros atípicos, mas com impacto clínico relevante nessa população, contribuindo para exacerbações, piora funcional e hospitalizações., Estudos apontam subdiagnóstico de coqueluche em adultos com doenças respiratórias crônicas no Brasil, como observado por Dalcin et al. (J Bras Pneumol. 2010). Além disso, dados internacionais demonstram aumento da incidência de pertussis em adultos e idosos, especialmente entre aqueles com comorbidades pulmonares., A vacina é bem tolerada, segura, e os estudos abaixo mostram sua indicação, benefício e resultados em reduzir exacerbações, internações e mortalidade nesta população vulnerável. O imunizante é atualmente indicado para portadores de DPOC pela Sociedade Brasileira de Pneumologia, Soc Bras de Imunizações e pelo GOLD 2024., , - KANDEIL, Walid et al. The burden of pertussis in older adults: what is the role of vaccination? A systematic literature review. Expert review of vaccines, v. 18, n. 5, p. 439-455, 2019, , -MACINA, Denis, EVANS, Keith E. Pertussis in individuals with co-morbidities: a systematic review. Infectious Diseases and Therapy, v. 10, n. 3, p. 1141-1170, 2021, , -BUCK, P. O. et al. Economic burden of diagnosed pertussis among individuals with asthma or chronic obstructive pulmonary disease in the USA: an analysis of administrative claims. Epidemiology & Infection, v. 145, n. 10, p. 2109-2121, 2017,</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Atualmente, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da DPOC utiliza exclusivamente o VEF1 pós-broncodilatador como critério para definição da gravidade da doença e, consequentemente, para a liberação de medicamentos. No entanto, evidências e recomendações internacionais — como as diretrizes GOLD — já demonstram que o VEF1 isoladamente não é um bom preditor de sintomas nem de risco de exacerbações., , A proposta de classificação que incorpora também a escala mMRC, traz uma abordagem mais centrada no paciente e mais representativa da gravidade funcional da doença. Ao utilizar o pior resultado entre o VEF1 e o grau de dispneia (mMRC), essa proposta alinha-se melhor com a prática clínica, permitindo uma estratificação mais precisa da gravidade e, portanto, uma melhor adequação da terapêutica., , Pacientes com sintomas importantes (ex: mMRC 3 ou 4), mesmo com VEF1 >50%, muitas vezes apresentam limitação funcional relevante e risco elevado de exacerbações, mas ficam desassistidos sob o modelo atual. Incorporar a escala mMRC na definição de gravidade permitiria o acesso mais justo e oportunidade às terapias broncodilatadoras de longa ação, reduzindo exacerbações, hospitalizações e mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes., , Portanto, é fundamental que o critério de liberação de medicações seja reformulado para considerar tanto parâmetros espirométricos quanto clínicos, adotando-se o pior dos dois como critério de gravidade. Essa mudança tornará o protocolo mais moderno, resolutivo e alinhado às melhores evidências disponíveis.	não
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Por ser médica e atuar em Cardiologia compressões idosas, as quais costumam apresentar quadro de fragilidade e ou distúrbios cognitivos.,, Gostaria de sugerir a isenção da espirometria obrigatória com o fim de adquirir a medicação adequada para tratamento de DPOC .	
04/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	Usar o criterio espirometrico reduz o acesso, O proprio documento se contradiz ao usar os critérios do GOLD que não levam em conta a espirometria, A espirometria so deveria ser usado para o diagnostico de DPIC e não como criterio para criterio de gravidade	
04/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Nao	Acho que anoro deveria ser liberado para mais perfis de pacientes dpc sem restrições de critérios de espirometria



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
04/06/2025	Profissional de saúde	Muito ruim	<p>Gostaria de expressar minha preocupação em relação à recomendação da terapia tripla aberta como primeira opção para pacientes do Grupo E da DPOC que necessitam de corticoide. Embora essa abordagem tenha sido sugerida, é fundamental considerar as evidências que indicam que regimes terapêuticos mais complexos podem impactar negativamente a adesão ao tratamento, o que, por sua vez, está associado a desfechos clínicos desfavoráveis., , Um estudo coorte publicado no Jornal Brasileiro de Pneumologia, investigou a associação entre adesão ao tratamento e mortalidade em pacientes com DPOC moderada a grave acompanhados em um programa público de gerenciamento de doenças. Os resultados mostraram que pacientes que não aderiram ao tratamento tinham quase o dobro de risco de óbito em comparação àqueles que seguiram corretamente as orientações terapêuticas., , A complexidade dos regimes terapêuticos, como a terapia tripla aberta, pode representar um desafio adicional para os pacientes, especialmente aqueles com comorbidades e limitações cognitivas. A multiplicidade de medicamentos e a necessidade de administração frequente podem dificultar a adesão, aumentando o risco de exacerbações e hospitalizações., , Portanto, torço para que a estratégia terapêutica para o Grupo E seja revista, considerando regimes mais simplificados e com menor carga de medicação, a fim de melhorar a adesão ao tratamento e, consequentemente, os desfechos clínicos dos pacientes., , ,</p>	<p>O Grupo E, segundo a classificação GOLD, é definido exclusivamente pelo histórico de exacerbações e sintomas (via CAT ou mMRC), não pelo VEF1. Portanto, condicionar o acesso à terapia tripla fechada (ICS + LABA + LAMA em dispositivo único) à presença de limitação no VEF1 não é condizente com as diretrizes internacionais.</p>
05/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
05/06/2025	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim. Considerando o impacto econômico da tripla aberta versus tripla fixa, e ainda considerando que o GOLD diz que preferencialmente a tripla em dispositivo único deve ser usada, gostaria que o paciente não precisasse passar pela tripla aberta. Isso vai ajudar muito na adesão, eficácia e segurança do tratamento.</p>	<p>Como profissional de saúde, acompanho há muitos anos os pacientes com DPOC e é claro a dificuldade que ele tem em manejá múltiplos dispositivos, o que acontece na terapia tripla aberta. Além disso, apesar dos esforços em manter as equipes treinadas para apoiar o paciente na técnica inalatória, a rotatividade de servidores nas UBS e das farmácias do componente especializado, torna muitíssimo complexo ter profissionais capacitados para ajudar o paciente a organizar múltiplos dispositivos. Falando em múltiplos dispositivos, a realidade é que pacientes com DPOC, geralmente possuem outras comorbidades, os tornando poli farmácia e dificultando ainda mais o manejo de múltiplos dispositivos e comprometendo a adesão. Outro problema é a dificuldade dos pacientes em usar medicamentos em pó. A maioria tem exacerbações e acabam hospitalizando, o que acarreta dificuldade no trabalho, exige cuidador e impacta muito a família.</p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	O paciente perfil E do DPOC a abordagem terapêutica com corticoide implica na tentativa de redução de exacerbações, com melhora da qualidade de vida e hospitalizações, e consequentemente, menos sobrecarga ao sistema de saude.	Atualmente possuímos no SUS anoro e Spiolto, ambos sendo indicado apenas para pacientes DPOC mais graves com VEF1 abaixo de 50%. Entretanto, está muito bem estabelecido na literatura que o noteamento do tratamento é o broncoespasmo e em suas implicações clínicas e não a graduação da gravidade da obstrução. Portanto, pacientes que funcionalmente não são tão graves, mas que necessitam de terapia dupla atualmente não são contemplados no PCDT e sofrem as consequências clínicas de não utilizar a broncodilatação dupla.
05/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Gostaria de solicitar a retirada da exigência de exame de espirometria anual, para a renovação do processo. Infelizmente nem sempre conseguimos realizar esta exame anualmente no SUS, pela pouca disponibilidade deste exame e longas filas de espera. Como o DPOC é uma doença obstrutiva progressiva, não é esperada uma grande mudança de espirometria, que faça ser necessário a realização deste exame anual. Desta forma, com a exigência deste exame anual, estaremos colocando em risco os pacientes de perderem a renovação de seu tratamento por não terem conseguido realizar a espirometria anual pelo SUS. , Gostaria também de sugerir a revisão dos critérios de elegibilidade para uso de LAMA+LABA (tiotropio/olodaterol) atualmente restritos a pacientes com VEF1 < 50%, proposto no novo PCDT., A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) recomenda que a classificação da gravidade da DPOC seja feita com base não apenas no VEF1, mas também na avaliação de sintomas, utilizando a escala mMRC (Modified Medical Research Council) ou o escore CAT (COPD Assessment Test). Essa abordagem reconhecem que o VEF1 isoladamente não é um bom preditor de sintomas, qualidade de vida ou risco de exacerbações, e muitas vezes paciente limítrofes pela espirometria, já tem grau de sintomas significativos. , Sugiro que o protocolo adote preferencialmente a escala mMRC como instrumento de avaliação de sintomas. O mMRC é um questionário mais simples e de fácil aplicação durante as consultas, o que é especialmente importante considerando que o PCDT. A simplicidade do mMRC favorece a padronização da avaliação clínica e a aderência ao protocolo, sem comprometer a acurácia na estratificação da gravidade., Portanto, recomendo que o protocolo considere a classificação combinada, utilizando o pior parâmetro entre função pulmonar E sintomas, com preferência pelo uso do mMRC para avaliação sintomática.	Não
05/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
05/06/2025	Paciente	Boa	Tenho DPOC (enfisema pulmonar)	Precisamos de políticas públicas.
05/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Gostaria de salientar a importância de levar em consideração não apenas o VEF1 para critério de gravidade,mas também a escala MRC de dispnéia, ocorrência de exacerbações e questionário de avaliação da DPOC como por exemplo o CAT (COPD Assessment Test)	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	A gravidade do DPOC não pode ser avaliada apenas pela espirometria, pois o que norteia mais o tto é o quadro clínico avaliado por exacerbação e quantificação dos sintomas pelos escores: MRC E CAT	Restringir a terapia inalatório apenas aos que tem VEG grave leva a um aumento de pcts não tratados com maior risco de exacerbação grave e internamentos.
06/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Como profissional de saúde médico atuante na rede publica tenho dificuldades em conseguir espirometria para meus pacientes. Além disso pacientes com classificação GOLD 2 (obstrução moderada) 50% = VEF1 < 80% do previsto deveriam ser incluidos neste PCDT, pois se beneficiariam com a terapia evitando a piora do quadro clinico não excluido-se os procedimentos não farmacologicos tais como cessação do tabagismo como principal.	Parabens pela revisão deste PCDT
06/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
06/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Considerar que alguns pacientes idosos são muito sintomáticos e não conseguem realizar espirometria adequadamente e possuem dificuldade de fazer uso do Ellipta, seria muito bom se o spiolto tambem fosse disponibilizados para esses pacientes com gold B, independente do grau de obstrucao	
06/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Colocar terapia tripla fixa em spray em um único dispositivo	Benefícios da tripla terapia em um dispositivo único: , 1. Tripla terapia spray não necessita de fluxo inspiratório mínimo. 2. Maior adesão e controle com um único dispositivo , 3. Menor risco de descontinuação do tratamento, Eu como familiar de paciente com DPOC acho muito melhor a terapia tripla
06/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Não há necessidade de colocar como ponto de corte o VEF1 < 50 % para uso de combinação Tiotrópio + Olodaterol. O medicamento funciona em qualquer extrato da DPOC, e assim como Umeclidinium + Vilanterol é eficaz independente da função pulmonar .	Temos de começar a pensar no subgrupo de pacientes que mesmo com terapia tripla segue exacerbando. Para esses pacientes, um imunobiológico como dupilumabe ou mepolizumabe deveria estar disponível, desde que preenchidos os critérios de biomarcador (eosinofilo > 300)
06/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Instituir a medicação tríplice para controle da DPOC	Necessidade dos pacientes
06/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Esta muito boa. Bom saber que os pacientes com dpc sera bem cuidados no nosso pais.	No caso dos LABA/LAMA, importante mesmo priorizar o mais eficaz e que menos onera o orçamento publico.
06/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
06/06/2025	Profissional de saúde	Boa	O paciente terá melhor comodidade posológica com a terapia tripla assim, terá mais adesão ao tratamento, sendo assim, indico a terapia tripla fixa como tratamento preferencial da DPOC.	Terei autonomia na escolha do dispositivo mais adequado para o meu paciente, com a terapia tripla fixa com apenas um dispositivo para tratar DPOC.
06/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
06/06/2025	Paciente	Boa	Não	Não
06/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
06/06/2025	Paciente	Muito boa		
06/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
06/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
06/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
06/06/2025	Paciente	Muito boa	Não	Não
06/06/2025	Interessado no tema	Boa		
07/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	não	não
07/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
07/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Muito importante para os pacientes	
07/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	"A Conitec já avaliou e incorporou medicamentos complexos em outras condições respiratórias (ex: asma grave). A introdução da terapia tripla pode ser faseada, priorizando pacientes com critérios clínicos bem definidos (GOLD grupos E ou B com exacerbações frequentes), Recomendação Final, Solicitamos à Conitec a inclusão da terapia tripla inalatória (CI/LABA/LAMA) no PCDT da DPOC para pacientes com:, Sintomas persistentes sob terapia dupla, , 2 exacerbações moderadas/ano ou =1 hospitalização, , Eosinofilia sanguínea =300 células/ μ l (ou =100 com =2 exacerbações), em pacientes em inicio de tratamento., Essa medida se justifica por sua efetividade comprovada, alinhamento com a literatura internacional e impacto positivo esperado sobre os desfechos clínicos e econômicos no SUS., "	"Eosinofilia e Corticoide Inalatório: Interpretação Clínica, O novo PCDT prevê o uso da contagem de eosinófilos sanguíneos como critério para indicar terapia tripla inalatória, alinhado ao GOLD 2024. No entanto, é importante considerar um ponto prático essencial:, Pacientes já em uso de corticosteroide inalatório (CI) — especialmente como parte de uma terapia tripla aberta (CI + LABA + LAMA em dispositivos separados) — podem apresentar níveis de eosinófilos artificialmente reduzidos, em virtude do próprio efeito imunossupressor do CI., Isso pode levar a uma falsa interpretação de ausência de benefício do corticosteroide, quando na verdade o paciente já se beneficia da sua presença no esquema terapêutico., Recomendação Clínica, Dessa forma, não se recomenda o uso da eosinofilia como critério de manutenção da terapia tripla em pacientes que:, Há estão em uso contínuo de CI por DPOC., Há histórico de exacerbações e boa resposta clínica à terapia tripla aberta., Estão sendo avaliados para substituição por formulação de dispositivo único (terapia tripla fechada)., Para esses casos, sugerimos que a dispensa da dosagem de eosinófilos seja considerada, priorizando a simplificação terapêutica e a manutenção da estabilidade clínica do paciente., "
07/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Está perfeito e de acordo com os procedimentos que prescrevo para meus pacientes com DPOC.	Não.
07/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/06/2025	Interessado no tema	Boa	Nao	Nao
07/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Muito bom isso	Não
07/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
07/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
08/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
08/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não.	Não.
08/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
08/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	"*Pag 27/28 - Esquema terapêutico - Retirar a opção tripla aberta LABA+LAMA+ICS e deixar somente Tripla Fixa, pois adesão para o paciente é muito melhor com apenas um único dispositivo(Em pacientes com DPOC grave e perfil exacerbador recomenda-se uso das terapias triples com combinação de dose fixa: Dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio:, 100 mcg + 6 mcg + 12,5 mcg, duas inalações, duas vezes ao dia ou Furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifénatato de vilanterol:, 100 mcg + 62,5 mcg + 25 mcg, uma vez ao dia), , *Retirada do pedido da espirometria - Se são pacientes graves e perfil exacerbador justifica-se o uso, a espirometria é um fator limitante aos pacientes, visto baixa disponibilidade do exame ao paciente., * Pág 33 escalonamento, uso ICS = 300 células/µL substituir o para uso ICS = 100 células/µL, * Pág 15 Grupo E ,Tratamento inicial preferencial; - LAMA + LABA em uso contínuo: - brometo de umeclidínio + trifénatato de vilanterol independentemente do grau de obstrução e perfil sintomático, ou , - tiotrópico monoidratado + cloridrato de olodaterol, quando grau de obstrução GOLD 3 ou 4 (VEF1 menor que 50%), com perfil exacerbador (Grupo E) , , Sugestão: deixar os dois Laba/Lama (Pó e Névoa) com a mesma indicação ""independentemente do grau de obstrução e perfil sintomático"", "	Não
08/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Sim. O médico deveria poder optar entre olodaterol + tiotrópico ou vilanterol + umeclidinio tanto nos Graus B ou E. O VEF1 deveria ser excluído como critério para indicar olodaterol e tiotrópico deixando a decisão de escolha de qual medicamento usar a critério do médico. Tripla terapia no paciente E com eosinófilos > 100 a critério do médico: este poderia optar entre dupla ou tripla fechado incluindo todas as opções do PCDT.	Devem seguir o GOLD 2025 e dar maior liberdade de escolha aos médicos.
08/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Sim, em relação a uso de terapia tripla fechada. , 1- Inicialmente o uso como parametro de 300 eosinofilos/ml nao condiz com a pratica clinica. Muitos pacientes possuem caracteristicas inflamatorias clinicas, sem elevação alta desta celula sanguinea, em especial aqueles com exame fisico icom MV rude indicando produção de muco, ou em curso de corticoides orais. Para estes o uso de corticoide inalatório é essencial e melhora os sintomas, , 2-a consideração de parametros unico de FEV1 abaixo de 50% deixa muitos doentes sintomaticos sem opções de tratamento adequado. Sugerimos a importancia da consideração dos parametros clinicos dos doentes com o uso de tabelas de MRC Dispneia ou o TEste de Avaliação do DPOC, CAT. , Justificamos tal afirmação visto na prática clínica o uso da tripla aberta apesar de ser bom, muitos pacientes apresentam melhora MUITO significativas com a tripla fechada, passando a serem classificados em parametros de dispneia ou qualidade de vida superiores a período anterior do inicio do tratamento com tripla fechada.	Sim. A escolha do dispositivo para o uso de todas estas medicações indicadas deve ser de escolha do médico em conjunto ao paciente. E acentuo, novamente, inexiste correlação, na prática clínica, da melhora dos sintomas dos doentes com uso de tripla fechada com a dosesagem de eosinófilos.
08/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	VF1 <50	
09/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
09/06/2025	Interessado no tema	Boa	A forma que o texto está escrito, permite interpretação sobre qual tipo de dispositivo escolher. Sugiro deixar claro a possibilidade de iniciar o tratamento da dpcd direto com a tripla fixa, visto que isso é embasado pelo gold, melhorando a adesão do paciente ao tratamento.	
09/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Sugiro que fique claro que a terapia tripla fixa pode ser utilizada já como primeira opção em tratamento preferencial (segundo os critérios de elegibilidade) devido a maior adesão do paciente ao tratamento em um único dispositivo, não necessitar de fluxo inspiratório mínimo e apresentar menor risco de abandono.	Não
09/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sugiro que a terapia tripla fixa seja recomendada como tratamento preferencial, pois gera muito mais adesão o uso de um único dispositivo	Não
09/06/2025	Interessado no tema	Regular	Considerar a medicação em apenas 1 dispositivo, pois facilita muito o manuseio, a adesão e consequentemente a melhorar significativa para o paciente com DPOC.	É fundamental que o dispositivo facilite o uso por parte dos idosos, visto que são a maioria nessa condição. Incluindo dispositivo que se conecte ao espaçador, certamente melhorará muito a vida de todos os pacientes com DPOC.



—

—

—

—

—

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
09/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Sim. Que a DPOC seja classificada como grave (estágio 3 da escala mMRC ou VEF1 pós-BD entre 30%-50%) e muito grave (estágio 4 da escala mMRC ou VEF1<30%VEF1 pós-BD) . Este posicionamento beneficiará um grande número de pacientes pois aumentará a eficácia do tratamento visando a melhora dos sintomas e permitirá que o médico opte pelo melhor tratamento. E quanto à renovação de LME, não há necessidade de novos exames de espirometria para renovação do tratamento, uma vez que a DPOC é uma doença crônica incurável e não se espera frequentemente a normalização dos parâmetros da espirometria após o início do tratamento. Dessa forma, a não exigência de um novo exame de espirometria p/ cada renovação de LME irá reduzir gastos e também a espera na fila para a realização deste exame, e o paciente já em tratamento não correrá o risco de descontinuidade do mesmo.	NÃO
09/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
09/06/2025	Profissional de saúde	Boa	"A terapia tripla fixa deve ser indicada como tratamento preferencial no grupo E no Quadro 5, visto que o próprio relatório abrange a importância do diagnóstico adequado, tratamento e progressão da doença, como nos seguintes trechos: ""O diagnóstico preciso da DPOC permite um cuidado terapêutico adequado, reduzindo sintomas, exacerbações e hospitalizações.."" , ""...o VEF1 não é bom preditor de sintomas e exacerbações, a gravidade da doença também deve ser avaliada com base no perfil de sintomas e na frequência de exacerbações..."" , ""...é considerado de alto risco para exacerbações o paciente que apresentou duas ou mais exacerbações tratadas com antibiótico ou corticoide sistêmico no ambulatório (exacerbações moderadas) ou uma ou mais internações hospitalares por exacerbação (exacerbação grave) nos últimos 12 meses."", ""Como a adesão ao tratamento é essencial para que o usuário alcance os resultados esperados..."" , ""A monoterapia com ICS,..., não é recomendada na DPOC..."" , ""a terapia com LABA+ICS não é encorajada como opção preferencial, pois o uso de LABA+LAMA+ICS demonstrou superioridade na redução de exacerbações."", ""Entretanto, doses elevadas de corticoides inalatórios estão associadas a aumento do risco de pneumonia."", ""A terapia tripla(...) mostrou benefícios na redução de exacerbações, redução do risco de pneumonia, melhora de função pulmonar e redução da mortalidade." referências para terapia tripla fixa. Existe uma melhor adesão do usuário e controle da doença quanto se tem apenas um dispositivo, além de menor chance de descontinuação do tratamento, reduzindo assim os riscos de exacerbação que já foi tão discutido pelo relatório."	Como farmacêutica, sei das dificuldades em se ter o controle das doenças e adesão ao tratamento. Esse PCDT tem a chance de melhorar a vida de muitas pessoas além de diminuir custos ao sistema de saúde com inúmeras internações advindas da DPOC.
09/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Todas as terapias inalatórias deveriam estar disponíveis em aerossol e não só em pó , visto que pacientes graves não conseguem usar o pó adequadamente	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
09/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Laba/ Lama independente de ser em névoa, spray ou pó devem ser indicados para todos os pacientes sintomáticos DPOC, independente de grau de obstrução em espirometria . Ou seja, olodaterol/ tiotropio tem os mesmos benefícios que umeclidinio/ vilanterol (a indicação depende do tipo de paciente e não pelo grau de obstrução).	
09/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Sou médica do ambulatório de DPOC do Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns em Curitiba e tenho algumas observações a fazer. Uma delas é que seria inviável cobrar espirometria obrigatória anualmente no ambiente SUS, visto que muitos pacientes levam mais de 1 ano na fila para realizar o exame.	Outro aspecto é que alguns pacientes necessitariam de névoa mesmo para VEF1>50%, pois necessitam realizar a medicação no espaçador e não conseguiram desta maneira fazer em pó.
09/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Inviável fazer espirometrias anual para todos os pacientes e uma vez feito o diagnóstico, na primeira espirometria, mesmo que o exame melhore os valores com uso da medicação, esta não tem indicação de ser suspensa. Contagem de eosinófilos deve ser padronizada conforme o GOLD. As medicações LABA+LAMA disponíveis tem indicação pelos SINTOMAS e não pelos valores de VEF1, logo, os dois LAMA+LABA devem ter os mesmos critérios.	
09/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Sim. Gostaria de pontuar sobre alguns aspectos. , 1 - O VEF1 não deve ser utilizado como parâmetro para escolha do tratamento, haja vista o fato de pacientes com mais sintomas ou mesmo exacerbações precisarem de LABA/LAMA (+/- ICS)., 2 - A solicitação de espirometria anual não apenas é insustentável a nível prático/processual, (principalmente em se tratando de saúde pública), como não tem base fisiopatológica alguma. A DPOC é uma doença crônica e, portanto, exige tratamento contínuo. Não há motivo para se repetir a espirometria anualmente. Tal como não se retira tratamento de paciente hipertenso após controle pressóricos, não se retira tratamento baseado em nova função pulmonar. A mudança de tratamento no decorrer do tempo se baseará em melhora ou piora clínica (ou ainda exacerbações).	Sim. Gostaria de pontuar que a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) deveria ter sido consultada e convidada a participar ativamente da elaboração do novo PCDT.
09/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Falando em diagnóstico da doença, importante constar a possibilidade de diagnóstico apenas por sintomas e classificação mMRC, visto que alguns pacientes não conseguem fazer a espirometria. , Em se tratando de indicações de tratamento, descrição do grupo E está bastante confusa no quadro 5. Importante deixar claro as informações sobre número de eosinófilos, exacerbações e necessidade de uso de ICS. , Além disso, espirometria ao diagnóstico é bastante necessária, porém a realização anual do exame (pensando em contexto de saúde pública, pacientes sem acesso ao exame) fica inviável.	O texto precisa ser claro e acessível a diferentes níveis de atenção.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
09/06/2025	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim. Sugiro a inclusão do tiotrópio + olodaterol (Respimat®) como opção terapêutica para pacientes com DPOC sintomática classificados como grupo B (GOLD B), independentemente do valor de VEF1., , A atual proposta do PCDT restringe o uso do tiotrópio + olodaterol apenas a pacientes com VEF1 < 50% (GOLD 3 ou 4) e perfil exacerbador (GOLD E), o que não está em consonância com a GOLD 2024, que não utiliza a função pulmonar como critério isolado para definição terapêutica. A decisão sobre tratamento deve se basear na gravidade dos sintomas (CAT =10, mMRC =2) e no histórico de exacerbações, não no valor do VEF1., , Além disso, a diferença entre as combinações LAMA + LABA disponíveis (tiotrópio/olodaterol e umeclidinílio/vilanterol) está na forma de apresentação e não na eficácia terapêutica. O tiotrópio + olodaterol é administrado por meio de névoa suave (Respimat®), sendo particularmente benéfico para pacientes idosos, frágeis ou com dificuldade de gerar fluxo inspiratório adequado, condição frequente em grupos B e E. A exclusão dessa opção para pacientes com VEF1 = 50% limita o acesso de um subgrupo relevante a uma forma mais segura e adequada de administração., , Recomendo, portanto, a remoção da exigência de VEF1 < 50% como critério para uso de tiotrópio/olodaterol, mantendo apenas a avaliação clínica (sintomas e risco de exacerbações) e a adequação do dispositivo ao perfil funcional do paciente.,</p>	<p>Sim. Gostaria de destacar a importância da inclusão e ampliação do acesso à terapia tripla em dose fixa (LABA + LAMA + ICS – tripla fechada), especialmente para pacientes do grupo E., , A GOLD 2024 e as diretrizes ERS/ATS recomendam a tripla terapia como estratégia preferencial nos pacientes do grupo E com exacerbações frequentes e/ou com contagem de eosinófilos = 300 células/µL, além de pacientes com asma concomitante. A evidência de benefício é robusta em relação à redução de exacerbações, melhora de qualidade de vida, função pulmonar e até mortalidade (estudos IMPACT e ETHOS)., , A formulação em dispositivo único (tripla fechada) contribui de forma significativa para melhorar a adesão e a efetividade do tratamento, especialmente em pacientes com múltiplos dispositivos e regimes complexos. A simplificação terapêutica reduz falhas de técnica inalatória, melhora a continuidade do tratamento e reduz desperdícios no SUS., , Reforço, portanto, a importância de garantir acesso amplo à tripla fechada para pacientes do grupo E conforme os critérios de exacerbação e eosinofilia, de forma alinhada às diretrizes internacionais e à prática clínica baseada em evidências.</p>
09/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	<p>A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia solicita à CONITEC e ao Ministério, da Saúde que considerem a flexibilização dos critérios de inclusão para a dispensação da, terapia tripla em idosos, permitindo que, em casos em que a espirometria não seja viável ou, fidedigna devido às limitações do paciente (déficit cognitivo, sarcopenia/fragilidade), outros, elementos clínicos e funcionais sejam valorizados para a comprovação da gravidade da doença, e do perfil exacerbador., Sugere-se a possibilidade de inclusão de critérios alternativos ou complementares, como: , Avaliação clínica detalhada por especialista (geriatra ou pneumologista)., , Utilização de escalas validadas de dispneia, como a Modified Medical Research Council, (mMRC), impacto da doença, como a COPD Assessment Test (CAT), que já são parte, do PCDT para avaliação sintomática., , Histórico documentado de exacerbações graves e hospitalizações por meio de, relatório médico., , Achados radiológicos (radiografia de tórax ou tomografia computadorizada de tórax), que corroboram a presença de doença pulmonar obstrutiva., Além disso, recomendamos aos idosos com demência, síndrome de fragilidade e, sarcopenia a administração de terapia tripla por meio de dispositivo SITT em forma de spray, com espaçador.</p>	<p>Os demais aspectos estão descritos no documento anexado com a bibliografia consultada.</p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
09/06/2025	Profissional de saúde	Regular	"Não há na literatura estudo head-to-head que indique que umeclidínilo + vilanterol é preferencial para DPOC grupo B em relação a tiotrópio + olodaterol, assim como não há estudo que indique que tiotrópio + olodaterol só deve ser utilizado com VEF1 < 50%, para a indicação de ambos bastaria ser grupo B ou E e avaliação pneumológica. Sugiro que umeclidínilo + vilanterol e tiotrópio + olodaterol podem ser opção para qualquer DPOC grupo B ou E independente de VEF1 e sem indicação de qual é preferencial ou não. O GOLD 2025 recomenda que pacientes em uso de LABA + LAMA e que persiste exacerbando o corte de eosinófilos é 100 - no quadro 5 sugiro: ""- Se exacerbções frequentes e contagem de eosinófilos entre = 100 células/ μ L, considerar ICS individualmente, """. Importante reconhecer que muitos pacientes não têm condição cognitivas ou mesmo clínicas para realização de espirometria (ex: demência, cognição, traqueostomizados) e que várias irão desenvolver essas limitações ao longo da doença, impossibilitando cobrança anual do exame. "	
09/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Acho que os critérios para inclusão deveriam ser alterados para melhor e permitir incluir mais pacientes que possam se beneficiar da terapia tripla fixa em um dispositivo pois vários dispositivos atrapalham e complicam o uso da medicação.	O uso de um único dispositivo com as três substâncias em spray facilitam a vida para Dpoc geralmente idosos que tem dificuldade para inalar com a possibilidade ainda de usar um espaçador caso não haja habilidade para fazê-lo.
09/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Como Pneumologista e Médico Pneumologista atuante no ambulatório de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) do Hospital Universitário Gaffre e Guinle gostaria de propor que a classificação de gravidade do paciente com DPOC não fosse baseada apenas no VEF1 . A sintomatologia do paciente, principalmente a escala de dispneia (mMRC) é mais significativa, conforme o próprio GOLD, do que o valor do VEF1 . Sugiro que a inclusão do paciente deva ser baseada na escala de dispneia e no número de exacerbões .,	
09/06/2025	Profissional de saúde	Regular	O documento Gold 2025 relata que pacientes em uso de LABA + LAMA que continuam exacerbando devem ser considerados para terapia tripla , associando CI com eosinofilos> 100 e não só maior que 300	No documento GOLD 2025 a recomendação para o grupo B é de qualquer LABA + LAMA , ele não especifica que você deve usar olodaterol + tiotropio apenas no GOLD 3 (vef1 < 50%)
09/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	facilitar o acesso a tripla terapia em dispositivo unico para os pacientes com o diagnostico de DPOC estágio E com historico de exacerbacoes no ultimo ano ou internamento devido a mesma, atrelado a um VEF > 50%.	facilitar o acesso a tripla terapia em dispositivo unico para os pacientes com o diagnostico de DPOC estágio E com historico de exacerbacoes no ultimo ano ou internamento devido a mesma, atrelado a um VEF > 50%.
09/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Não	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
09/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	IMPORTANTE INCLUIR A POSSIBILIDADE DE OUTROS ESPECIALISTA, HOJE O PACIENTE DPOC TEM MAIS RISCO DE MORTE POR EVENTO CARDIOVASCULAR, INFARTO E AVE. E NESSE MOMENTO NO RIO DE JANEIRO, EXISTE UM PROIBIÇÃO DE QUALQUER OUTRA ESPECIALIDADE QUE NAO SEJA PNEUMOLOGISTA PRESCREVER A MEDICAÇÃO, FAZENDO COM TENHAMOS AINDA MUITA RESTRIÇÃO AO ACESSO. COM ISSO SUGIRO QUE OUTRAS ESPECIALIDADES POSSAM PREENCHER A LME. POR VEZES PEGAMOS PACIENTES GRAVE, COM CRISES DE EXACERBAÇÃO INDO PARA EMERGENCIA, MAS NO EXAME COM VEF 1 ACIMA DE 50 , LIMITANDO O ACESSO. SUGIRO QUE COMO NA ULTIMA DIRETRIZ A CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE SEJA FEITA PELO VEF1, MAS TAMBÉM PELOS SINTOMAS, POR ISSO TEMOS A ANALISE DE SINTOMAS COM mMRC. AONDE VALORIZAÇÃO O PACIENTE QUE REALMENTE FOI ATENDIDO.	PRECISAMOS FACILITAR O ACESSO, PARA REDUZIR AS IDAS DESSES PACIENTES PARA EMERGENCIA E PARA AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.
10/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Concordo com as alterações. Existe uma parcela significativa de pacientes com indicação de uso de dupla broncodilatação e que apresentam VEF1 maior que 50% que não estavam sendo contemplados com a medicação. Também importante a disponibilização da terapia tripla para os pacientes e acertadores com eosinofilia acima de 100.	Considerando a natureza irreversível da obstrução ao fluxo aéreo na DPOC, desnecessária a realização da espirometria no acompanhamento. Apenas se faz necessária na confirmação diagnóstica.
10/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	As terapias triplas fixas com único dispositivo devem ser preferenciais pois corrobora para melhor adesão do paciente, uso viável com espaçador na população da terceira idade que é mais acometida, permitindo melhor técnica e eficácia, consequentemente o paciente evoluirá com menor risco de abandono ao tratamento.	Não
10/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
10/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Gostaria de parabenizar a equipe responsável pelo relatório preliminar do PCDT de DPOC pela inclusão do critério de eosinófilos >300 no hemograma para recomendação do uso de corticosteroides inalados (ICs). Essa medida está alinhada com evidências científicas recentes e representa um avanço importante na individualização da terapia para pacientes com DPOC exacerbadora., No entanto, gostaria de solicitar uma correção no trecho onde o relatório deveria recomendar a individualização da escolha do uso de ICs para pacientes com eosinófilos entre 100 e 300. Observa-se que houve um erro de digitação, e o número 100 não foi incluído corretamente, o que pode gerar interpretações equivocadas na leitura do documento final., Essa correção é essencial para garantir que a recomendação reflete de forma clara as diretrizes clínicas baseadas em evidências, permitindo um melhor direcionamento da terapia e uma tomada de decisão mais precisa por parte dos profissionais de saúde., Agradeço pela atenção e reforço a importância dessa atualização para a melhor implementação do protocolo no manejo da DPOC.	Não



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
10/06/2025	Profissional de saúde	Regular	discordo do uso de peak flow como alternativa para a espirometria, não entendi porque duas medicações da mesma categoria dupla presença de broncoditataadores tem indicações diferentes com exigências espirometricas tambem diferentes.	Como presidente atual da sociedade paraibana de pneumologia e tisiologia, não entendi a preferência da terapia tripla aberta nos casos de dpc com indicação de corticoide inalatório, já que os estudos de aderência sao melhores com a tripla fechada . Ref doi.org/10.1016/j.chest.2022.06.033
10/06/2025	Profissional de saúde	Regular	A tripla combinação fixa (em dispositivo único) deve ser 1º opção nos pacientes em que a dupla brocodilatação não é eficaz, ou seja, mesmo em uso de LABA+LAMA o paciente segue exacerbando e por isso precisa de uma combinação tripla em apenas 1 dispositivo	Uso de múltiplos dispositivos inalatórios prejudica a adesão, sucesso do tratamento e impacta negativamente nos custos de saúde. Ref.: Alcázar-Navarrete B et al. Clinical Characteristics, Treatment Persistence, and Outcomes Among Patients With COPD Treated With Single- or Multiple-Inhaler Triple Therapy: A Retrospective Analysis in Spain. Chest. 2022 Nov, 162(5):1017-1029., Além disso, opção da tripla terapia em spray apresenta maior flexibilidade de uso e pode ser usada por qualquer paciente. Marth K, et al. TRICOP - A Real-world effectiveness study with a single-inhaler extrafine triple therapy over 52 weeks in Austrian patients with COPD. Respir Med. 2021 Jun, 182:106398.
10/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	A avaliação apenas do VEF1 não é bom preditor de sintomas e exacerbões..Portanto a gravidade da doença também deve ser avaliada, com base no perfil dos sintomas e exacerbões.	
10/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Tenho uma mãe que tem DPOC e aterapia tripla fixa em spray é a melhor opção.	
10/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Venho propor a reavaliação dos critérios de elegibilidade para prescrição das combinações LAMA+LABA atualmente limitadas conforme minuta do novo PCDT a paciente com VEF1 inferior a 50% , A SBPT orienta a determinação da gravidade da DPOC deve levar em consideração não apenas a espirometria mas também a avaliação dos sintomas clínicos por meio de escalas como CAT e mMRC. Esta estratégia está em maior consonância com a prática clínica contemporânea e recomendações internacionais como a diretriz GOLD que ressaltam que o VEF1 isolado não é um indicador confiável da intensidade dos sintomas e da qualidade de vida do paciente .Temos que considerar que caso o paciente DPOC grupo B com VEF1 acima de 50% não consiga fazer uso de pó seco, não teremos outra opção viável de tratamento, compatível com o uso de espaçador. Dessa forma sugiro que o PCDT adote uma classificação combinada da gravidade, baseada no parâmetro mais desfavorável entre a função pulmonar e os sintomas, além da individualidade do paciente em utilizar dispositivo em pó ou em névoa. Essa abordagem possibilita estratificação mais acurada e individualizada, contemplando paciente com sintomas significativos mesmo com VEF1 acima de 50%,	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
10/06/2025	Profissional de saúde	Boa	A necessidade dos pacientes é muito grande, porém esbarramos ainda na falta de espirometria disponível, na dificuldade de entender os comandos daqueles pacientes com baixo letramento e nível cognitivo baixo já que é um exame dependente de volição, bem como pacientes idosos com transtornos mentais e quadros demenciais além daqueles com surdez ou hipoacusia que mesmo tendo indicação do uso da medicação podem não conseguir fazer o exame. Além disso, o VEF1 embora pareça ter alguma relação com a sintomatologia não foi evidenciado em nenhum estudo repercutir em sintomas, sendo que o dado funcional que tem relação com a DPOC na verdade é a capacidade inspiratória que só pode ser avaliada em pleismografia, não sendo portanto VEF1 um bom parâmetro para indicar ou não o uso de broncodilatador uma vez que o próprio GOLD sugere o uso da escala de mMRC para indicar tratamento,	Sem mais observações.
11/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
11/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Como profissional de saúde (pneumologista) acredito que a forma mais efetiva é a tripla fechada (em um único dispositivo), pois a quase totalidade dos pacientes com DPOC são pacientes idosos e a utilização de mais do que 01 dispositivo dificulta sua utilização/ adesão sendo fator primordial na falha terapêutica.	A iniciativa da conitec é de extrema relevância por abrir espaço a quem trata as doenças respiratórias no dia dia
11/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
11/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	Não	Não
11/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	O GOLD não limita o tratamento da DPOC ao VEF1. Este, isoladamente, não é bom preditor de sintomas e exacerbações	O GOLD não limita o tratamento da DPOC ao VEF1. Este, isoladamente, não é bom preditor de sintomas e exacerbações
11/06/2025	Profissional de saúde	Regular	A obrigatoriedade de gold 3 ou 4 para dispensação de terapia tripla limita o tratamento de grande parte de pacientes que são exacerbadores, possuem indicação do uso de terapia tripla, porém não possuem a alteração espirométrica exigida. Ademais, infelizmente, a espirometria não é amplamente disponível em todas as regiões do país, e diariamente vemos pacientes sem conseguir a medicação por conta dessa limitação do PCDT.	
11/06/2025	Paciente	Muito boa	Não	Não



—

—

—

—

—

—

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
11/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	<p>Sim. Sugiro que o PCDT 2025 deixe de utilizar o valor fixo de VEF1 < 50% como critério decisório para definição de terapias, como a prescrição da terapia tripla. O GOLD 2025 não recomenda mais o uso do VEF1 como critério primário para início de tratamento, pois reconhece que ele não se correlaciona bem com sintomas, qualidade de vida ou risco de exacerbações. Manter esse corte compromete a personalização do cuidado e pode levar a subtratamento de pacientes com sintomas graves, mas VEF1 = 50%. , , Além disso, proponho que o documento incorpore a orientação de uso de um único tipo de dispositivo inalatório por paciente. Atualmente, o PCDT permite o uso combinado de diferentes dispositivos (ex: DPI e spray), o que contraria as boas práticas internacionais. A literatura científica e o próprio GOLD apontam que múltiplos dispositivos aumentam o risco de erros de uso, reduzem a adesão e pioram os desfechos clínicos, inclusive impactando em custos, como aumento de internações., , Recomendo também a inclusão explícita da contagem de eosinófilos no sangue periférico como ferramenta auxiliar na decisão pelo uso de corticosteroide inalatório, conforme orientado pelo GOLD. Essa variável é simples, disponível e permite maior personalização da terapêutica., , Essas atualizações trarão maior alinhamento às evidências científicas atuais, favorecendo um cuidado mais eficaz, seguro e centrado no paciente, dentro dos princípios do SUS.</p>	<p>Gostaria de comentar sobre a importância de o PCDT evoluir no sentido da individualização terapêutica, abandonando paradigmas exclusivamente baseados em gravidade espirométrica e passando a incorporar conceitos como “tratável traits”, ou seja, características específicas que podem orientar o tratamento, como hiperinsuflação, frequência de exacerbações, comorbidades associadas e marcadores inflamatórios como a eosinofilia., , Outro ponto importante é a ausência de diretrizes práticas sobre o uso racional de tecnologias digitais no seguimento dos pacientes, como telemonitoramento e telereabilitação, que já constam no GOLD 2025. Esses recursos podem ampliar o acesso, especialmente em regiões remotas, e estão alinhados com diretrizes do próprio Ministério da Saúde para telessaúde., , Por fim, é importante lembrar que as decisões sobre incorporação de medicamentos devem considerar não apenas custo-efetividade populacional, mas também equidade e acesso individualizado. Um protocolo baseado em critérios mais refinados, que considere sintomas, risco de exacerbações e preferências do paciente, evita que bons tratamentos sejam negados a quem realmente se beneficiaria deles., , Manter o PCDT atualizado em consonância com as melhores evidências internacionais contribui para a excelência do SUS.</p>
11/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	<p>A dificuldade de acesso ao exame de espirometria é um problema significativo, com longas filas de espera. Sugerimos que não seja necessário realizar exames de espirometria a cada 6 meses para a renovação do tratamento.Também, acredito que deve ser baseado no GOLD o uso das medicações., ,</p>	
11/06/2025	Profissional de saúde	Regular	<p>O critério de avaliação de gravidade não pode levar em conta apenas a espirometria e VEF1. A inclusão do critério clínico é obrigatório na avaliação, como é feito na prática clínica de todos os pneumologistas. Dessa forma, tem de ser incluída a avaliação pela escala de dispneia (mMRC) e sintomas (CAT score)</p>	
11/06/2025	Interessado no tema	Boa		
11/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
11/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Não necessitar de espirometria para renovação.</p>	
11/06/2025	Profissional de saúde	Boa	<p>Valorizar a opinião e avaliação clínica do especialista, quando na impossibilidade da espirometria e/ou outros métodos diagnósticos menos acessíveis.</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
11/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Praticidade para abrir o site! Pois a opinião da população é importante para melhoria da saúde	Não
11/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
12/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Não	Nao
12/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
12/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
12/06/2025	Paciente	Muito boa		
12/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
12/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Nao
12/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
12/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
12/06/2025	Interessado no tema	Muito boa		
12/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Não
12/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Nao



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
12/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Boa	A Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia (SPPT) propõe ajustes importantes ao texto do novo PCDT da DPOC, com o objetivo de torná-lo mais aderente à prática clínica, às evidências atuais e à realidade do SUS. Destacamos a necessidade de não restringir a classificação de gravidade apenas ao VEF1, incluindo também os sintomas (como a dispneia pelo mMRC), conforme já previsto no próprio protocolo. , Criticamos a sugestão de retornar à monoterapia em pacientes do Grupo B que persistem sintomáticos com LAMA + LABA, e defendemos a manutenção da dupla broncodilatação com mudança de dispositivo, se necessário. Para isso propomos que a combinação em névoa tiotrópico + olodaterol possa ser indicada também para pacientes sintomáticos com VEF1 = 50%, especialmente os que têm dificuldades com dispositivos de pó seco., Quanto ao uso de “atividade física”, sugerimos substituição por “exercício estruturado”, com impacto comprovado na capacidade funcional. , Reforçamos também que pacientes com asma e DPOC devem seguir o protocolo da DPOC, com uso garantido de corticoide inalatório, mas sem deixar de lado os benefícios do LAMA., Propomos ainda a valorização de combinações em dispositivo único na terapia tripla e a revisão de trechos pouco aplicáveis à realidade brasileira, como o uso de espirometria por video chamada ou da necessidade de repetir o exame se o resultado da relação VEF1/CVF ficar entre 0,6 e 0,8. Por fim, recomendamos melhorias na terminologia (como substituir “perfil” por “fenótipo”) e maior clareza nos critérios de uso de medicações já disponíveis na rede pública., O detalhamento das nossas sugestões está em documento anexado.	Além das propostas principais, a SPPT destaca outros pontos importantes para aprimorar o PCDT da DPOC. É fundamental corrigir e uniformizar termos técnicos, como substituir “eosinofilia” por contagens absolutas de eosinófilos (ex: =300 células/ μ L) e adotar o termo “fenótipo sintomático” em vez de “perfil”, conforme a GOLD. No diagnóstico, recomenda-se retirar o uso do pico de fluxo expiratório (PEF) como critério diagnóstico isolado, por sua baixa especificidade, e adotar o critério espirométrico de VEF1/CVF < 0,7 ou abaixo do limite inferior do normal. A inclusão do conceito PRISM como alteração funcional a ser acompanhada também é bem-vinda. Em relação à terapêutica, sugere-se priorizar dispositivos únicos na terapia tripla, destacar medicamentos disponíveis no SUS (como formoterol), e incluir claramente a opção de terapia tripla em spray para pacientes com dificuldade no uso de pó seco. A SPPT reforça ainda que pacientes com asma e DPOC devem ser tratados com base nos dois protocolos, garantindo o uso de LAMA e ICS. No fluxograma, é necessário esclarecer termos vagos como “alternar LAMA ou LABA” e definir com mais objetividade quando escalar ou descalar o tratamento. Essas sugestões visam tornar o protocolo mais aplicável, claro e alinhado à realidade do SUS.
12/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
12/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Indicação de tripla terapia naqueles pacientes com DPOC com > ou igual a 2 exacerbações ano, independente da gravidade.	Tripla terapia deve ser feito no mesmo dispositivo e não em dispositivos diferentes, garantindo efetividade das medicações, assim como custo-efetividade (eficiência).
12/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
12/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	"Um do ponto sensível identificado refere-se à redação constante no Quadro 5 (p. 15), que recomenda ""considerar avaliação por pneumologista"" para pacientes do Grupo B. Apesar de clinicamente válida em determinados contextos, a formulação atual tem gerado interpretações equivocadas por parte de gestores, resultando em barreiras práticas para a prescrição e dispensação dos medicamentos indicados, sobretudo em regiões com ausência de especialistas na rede pública. É fundamental que o texto deixe claro que a avaliação por pneumologista deve ocorrer apenas quando clinicamente necessária, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) apta a realizar o manejo e prescrição conforme diretrizes., Adicionalmente, o modelo de estratificação proposto, baseado estritamente em instrumentos como mMRC e CAT, aliado ao histórico de exacerbações, pode restringir o acesso de pacientes que apresentam variações clínicas ou dificuldades na aplicação sistemática desses critérios. Acreditamos ser necessário permitir maior flexibilidade no julgamento clínico, incorporando elementos como espirometria e avaliação funcional., É importante reconhecer, entretanto, que a espirometria nem sempre está disponível ou viável para todos os pacientes. Nesses casos, sugerimos que o protocolo considere estratégias complementares como escores de gravidade (CAT score) em associação a questionários clínicos validados ou, quando possível, o uso da tomografia de tórax. Tecnologias como espirômetros eletrônicos com supervisão remota, usando os recursos e inovações propostas pelo Ministério da Saúde com a Saúde Digital para ampliação de acesso e melhor atendimento dos pacientes, também podem ser úteis em determinados contextos. Ressaltamos que a ausência de exames específicos não deve comprometer o acesso ao tratamento, sendo fundamental preservar a autonomia clínica na tomada de decisão., "	Dessa forma, propomos a retirada da exigência de dosagem do nível de eosinófilos no sangue como critério obrigatório para prescrição da terapia tripla, especialmente em pacientes que persistem com exacerbações mesmo após o uso de dupla broncodilatação (LABA+LAMA). A definição terapêutica deve considerar o histórico clínico do paciente, a resposta ao tratamento anterior e o julgamento médico, sem estabelecer barreiras laboratoriais que possam limitar o acesso ao tratamento ideal, particularmente em contextos em que esses exames não são disponíveis ou apresentem demora para sua realização., Outro aspecto crítico é a ausência de detalhamento operacional sobre a oxigenoterapia domiciliar. A inexistência de fluxos padronizados para avaliação, prescrição e fornecimento desse recurso essencial aprofunda desigualdades regionais e compromete a continuidade do cuidado. Sugerimos a inclusão de diretrizes claras e operacionais para garantir o acesso equitativo a essa terapia., O documento também carece de diretrizes mais robustas sobre a estruturação da APS para aplicação do protocolo. A implementação adequada do PCDT depende diretamente da capacitação dos profissionais da atenção básica, da avaliação da técnica inalatória, do apoio multiprofissional e do funcionamento efetivo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Reforçamos a importância de que essas dimensões sejam consideradas no texto final para garantir a aplicabilidade prática das recomendações em todo o território nacional., No que diz respeito às alternativas terapêuticas, ressaltamos que, desde 2024, novas opções foram aprovadas pela Anvisa. Essas terapias apresentam evidências clínicas robustas na redução de exacerbações e mortalidade, além de favorecerem significativamente a adesão ao tratamento e o controle dos sintomas.
12/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Avaliação do paciente precisamos avaliar também os sintomas como critério de inclusão ao SUS, e não somente o critério do teste de VEF1	
12/06/2025	Paciente	Muito boa	Nao	Não
12/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
12/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Regular	A comissão de DPOC da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) fez detalhada revisão do texto do PCDT de DPOC e manifesta que a proposta inicial é mais abrangente e adequada do que os PCDT anteriores, o que irá facilitar seu entendimento e aplicabilidade para o pneumologista e o não especialista. No entanto entendemos que várias correções e adequações são necessárias, todas fundamentadas em evidências científicas e objetivando o manejo correto da doença. Ressaltamos que as sugestões levaram em conta a realidade e as limitações da saúde pública e do sistema único de saúde. Solocitamos verificar relatório completo com as sugestões, correções, ffiguras, tabelas e fluxogramas, no arquivo PDF anexado. São sugestões muito importantes, baseadas em evidência científica.	Solicitamos avaliar relatório completo com as sugestões, correções, figuras, tabelas e fluxogramas, no arquivo PDF anexado.:
12/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
12/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
12/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
12/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Seria de melhor abordagem liberar as medicações para pacientes com DPOC com VEF1 > 50% visto que sabemos que os pacientes em estadiamente Leve e Moderado se beneficiam de tratamento com dupla/ tripla terapia e com isso ofertar melhor cuidado e diminuir mortalidade nesse grupo.	Nao
12/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Terapia tripla fixa em um único dispositivo é o ideal para o tratamento de um paciente com DPOC. Sou Pneumologista e sei dessa importância	Sou especialista e trato pacientes com DPOC diariamente. Geralmente são idosos, e precisam de um tratamento que seja padrão ouro. Isso inclui tanto a terapia tripla como o dispositivo a ser usado. Preferencial em um único dispositivo, melhorando a adesão ao tratamento do paciente.
12/06/2025	Paciente	Muito boa	Por menos dificuldades para conseguir o remédio.	Por menos dificuldades para co.seguir os remédios para tratamento



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
13/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Sim, Documento com as sugestões anexados. Envio sugestão de ajustes no texto que incluem a retirada do PEF como método alternativo ao diagnóstico de DPOC, a utilização de critérios de correlação de gravidade em casos de dificuldade técnica na realização da espirometria, e a recomendação de terapias triplas fixas em dispositivo único, como tratamento de escolha para os pacientes que necessitem da combinação LABA/LAMA/ICS. Além disso, é sugerida uma adequação no texto que informa os critérios para tratamento dos pacientes do Grupo B e E.	O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) é uma ferramenta essencial para o tratamento de doenças no Sistema Único de Saúde (SUS), e o documento atual sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um excelente ponto de partida. No entanto, para garantir um protocolo ainda mais claro, simples e eficaz, que atenda plenamente às necessidades dos médicos e pacientes com DPOC no SUS, é fundamental seguir as alterações propostas no documento anexo. Essas alterações incluem a retirada do PEF como método alternativo ao diagnóstico de DPOC, a utilização de critérios de correlação de gravidade em casos de dificuldade técnica na realização da espirometria, e a recomendação de terapias triplas fixas em dispositivo único, como tratamento de escolha para os pacientes que necessitem da combinação LABA/LAMA/ICS. Além disso, é sugerida uma adequação no texto que informa os critérios para tratamento dos pacientes do Grupo B e E. Essas mudanças visam proporcionar um manejo mais eficaz e personalizado da DPOC, alinhado com as melhores práticas recomendadas pelas sociedades médicas brasileiras e internacionais, e as necessidades específicas dos pacientes atendidos pelo SUS. Esses ajustes também trarão maior possibilidade de garantir ao Sistema de Saúde um melhor entendimento dos perfil de paciente que está sendo tratado e dos desfechos desses tratamentos para o sistema.
13/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Pacientes com DPOC e utilizando apenas VEF1 <50% como critério de elegibilidade, podem deixar de fora outros pacientes com VEF1 acima de 50% e que se beneficiariam da terapia dupla em névoa ou da terapia tripla. Tanto consenso brasileiro DPOC quanto Gold, sugerem outros critérios, como questionários de qualidade de vida, mMRC e também número de exacerbações e intervenções em emergência, podendo assim ampliar o número de pacientes que se beneficiariam das terapias descritas.	
13/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	O critério para recebimento do medicamento, apenas pelo VEF, deixará de auxiliar muitos pacientes que precisam, visto que há pacientes com vef1 maiores que 50% que também necessitam fortemente da medicação	
13/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Eu acho que tem que o PCDT tem que ficar muito claro sobre a diferença entre DPOC e asma e ajudar os médicos do SUS a entenderem o tipo de DPOC do paciente pra que nenhum paciente fique subdiagnosticado. Acho também que é importante a disponibilização o quanto antes dos tratamentos já incorporados como as terapias triplas e também a inclusão de imunobiológicos no PCDT.	Não.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
13/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Nem todos os pacientes com DPOC GOLD B tem VEF1 abaixo de 50% e são muito sintomáticos e o ponto de corte para indicar a dupla broncodilatação continua sendo o valor do VEF1	A incorporação da terapia tripla fechada em um único dispositivo vai ser extremamente benéfica para os pacientes exacerbadores pois eles terão maior adesão ao tratamento e mais facilidade no uso de um único dispositivo inalatório. Com isso teremos menos exacerbações, melhora da qualidade de vida e dos óbitos,
13/06/2025	Paciente	Muito boa	É importante para quem sofre com DPOC.	O acesso ao tratamento dignifica o paciente e promove qualidade de vida e esperança.
13/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
13/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Gostaria de alterar a definição explica no fluxograma 1 das alternativas de medicamentos para tratamento. Existem diversas alternativas de terapia tripla como budesonida/glicopirronio/formoterol que não foram contempladas no fluxograma de utilização. De maneira semelhante alternativas de lama/laba foram excluídas ao se definir no fluxograma qual droga a ser utilizada, o que precisa ser revisto antes de se definir o documento	Questiono o direcionamento do documento no quadro 5 , falta orientação sobre a inclusão de budesonida/glicopirronio/formoterol já disponível no mercado brasileiro. No fluxograma 1 onde se fala lama/laba não há razão para se definir o medicamento a ser utilizado. Entendo que a conitec deva se limitar a oferecer as alternativas de tratamento para cada situação e caberá ao governo a disponibilidade de dispensação do que melhor alternativa por licitação como em toda compra pública
13/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
13/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Gostaria de sugerir alteração na indicação de ICS. O estudo da medicação furoato de fluticasona + brometo de umeclidinílio + trifenatato de vilanterol (doi.org/10.1056/NEJMoa1713901) incluiu pacientes com Perfil E, independentemente da contagem de eosinófilos, demonstrando benefício inclusive naqueles com menos de 150 eosinófilos. Isso deveria ser levado em conta no momento de redigir o PCDT.	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
13/06/2025	Empresa	Boa	<p>Sim, gostaríamos de sugerir a inclusão de informações que consideramos essenciais para garantir maior precisão clínica, segurança assistencial e alinhamento com diretrizes internacionais no manejo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). A espirometria é o método diagnóstico fundamental para confirmação do padrão obstrutivo característico da DPOC e, portanto, não deve ser substituída por metodologias que não comprovam o diagnóstico de forma válida, como o Pico de Fluxo Expiratório (PEF). Em casos específicos, quando a espirometria não for viável, critérios clínicos alternativos devem ser utilizados com base em escalas validadas, como os questionários mMRC e CAT, sempre com correlação da gravidade dos sintomas. Ressaltamos ainda que a ausência de espirometria anual em pacientes estáveis não deve ser utilizada como critério para restrição de acesso aos tratamentos previstos no protocolo, uma vez que a função pulmonar pode se manter estável e o controle clínico é o principal indicador da necessidade terapêutica., Em relação aos critérios de inclusão dos pacientes aos tratamentos disponibilizados, é fundamental que estejam alinhados às diretrizes internacionais, como o GOLD, considerando gravidade da obstrução, sintomas e histórico de exacerbações. A recomendação para uso de corticosteroides inalados deve seguir critérios clínicos claros, incluindo a presença de exacerbações e contagem elevada de eosinófilos. Por fim, destaca-se a importância de priorizar o uso de terapias em dispositivo único, por favorecerem a adesão ao tratamento e reduzirem erros de administração., O detalhamento técnico das propostas está incluído no documento anexo, com o intuito de contribuir tecnicamente para o fortalecimento do cuidado à pessoa com DPOC no SUS.,</p>	<p>Sim. Gostaríamos de comentar sobre a importância de reforçar no PCDT a priorização das terapias em dispositivo único, conforme recomendado por diretrizes internacionais como o GOLD. Esse formato promove maior adesão ao tratamento, reduz erros na técnica inalatória e facilita o uso, especialmente em pacientes com limitações no uso de dispositivos de pó seco, como aqueles com fragilidade motora, coordenação prejudicada, limitações cognitivas ou condições que dificultem a geração de fluxo inspiratório adequado. Consideramos essencial que o protocolo recomende de forma mais explícita essa preferência sempre que clinicamente apropriada., Além disso, embora não seja escopo direto do PCDT, destacamos a necessidade de ações educacionais complementares para apoiar sua implementação. Programas de capacitação para profissionais de saúde sobre o uso correto dos dispositivos, reconhecimento de sinais de piora clínica e adesão ao tratamento, bem como orientações educativas aos pacientes, podem ampliar significativamente a efetividade do protocolo na prática., As sugestões detalhadas estão descritas no documento anexo, com o intuito de contribuir tecnicamente para o fortalecimento do cuidado à pessoa com DPOC no SUS.,</p>
13/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	<p>, Há evidência de melhor resposta e adesão ao tratamento com a Tripla combinação fixa em um único dispositivo spray de beclometasona+formoterol+glicopirrônio, e isso tende a ser extremamente benéfico para os pacientes e para o SUS, diminuindo exacerbações e internações., https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106398 > Evidência de tolerabilidade e eficácia do BDP/FF/G extrafino em pacientes com DPOC em um cenário do mundo real, mostrando uma melhora na função pulmonar, controle dos sintomas e uma redução significativa nas exacerbações.,</p>	<p>"O impacto financeiro positivo da terapia tripla fechada (Tripla combinação fixa em um único dispositivo spray de beclometasona+formoterol+glicopirrônio), no sistema de saúde público é amplamente reconhecido. Ao reduzir hospitalizações, minimizar exacerbações graves e melhorar a adesão ao tratamento, a abordagem proporciona economia significativa para o sistema de saúde. Estudos como os publicados no International Journal of COPD demonstram que a terapia tripla contribui para a redução dos custos associados a internações e atendimentos de emergência., Além disso, ao diminuir as exacerbações e as infecções respiratórias, a terapia tripla reduz o número de dias de afastamento do trabalho, promovendo maior produtividade e menor impacto econômico e social. Esses benefícios reforçam a viabilidade econômica da inclusão da terapia tripla fechada nos protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS), com potencial para reduzir a sobrecarga financeira e redistribuir recursos para outras necessidades críticas. (International Journal of COPD. ""Economic Analysis of COPD Management Strategies." 2024).,"</p>
13/06/2025	Paciente	Muito boa	Não	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
13/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Sim. O uso de combinação fixa de LABA+LAMA+ICS em um único dispositivo deve ser baseado no perfil exacerbador (GOLD E), com eosinófilos elevados (acima de 300 certamente, mas o GOLD 2025 também considera se eosinófilos > 100 e acredito que esse valor deva ser considerado). Não deveria haver critério de VEF1 para tripla fixa.	Acho muito importante não limitar LABA + LAMA e LABA + LAMA + ICS em dispositivo único pela gravidade do VEF1 e sim pela classificação de GOLD A, B e E.
14/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Por estarmos utilizando diretrizes desatualizadas, ou formulários desatualizados, muitos pacientes são impedidos de usarem dupla broncodilatação, porque lhes é exigido ter obstrução severa na espirometria. Os pacientes moderado - quase graves, que são clinicamente exacerbadores e portanto tão graves quanto, continuam sem acesso a tratamento.	Sim, é importante que o sistema entenda que muitos pacientes possuem asma sobreposta a DPOC, para que a gente possa liberar mais de uma medicação. Além do mais, é importante salientar que NÃO HÁ uma opção de corticoide inalatório associado a broncodilatador ou isoladamente, com potência semelhante ou maior que a budesonida, em formato spray. MUITOS pacientes precisam comprar essa versão de medicamento pq possuem doença severa ou muito severa e não conseguem inalar o medicamento em pó, necessitando de formatos em spray para utilização através de máscara e espaçador.
14/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	"Não , considero a ampliação da terapia tripla inalatoria com LABA/LAMA/CI de extrema importancia . , Tambem os criterios de inclusao utilizar exame de imagem tomografia ou rx torax tipico de enfisema como ""estratégias alternativas de apoio ao diagnóstico clínico, nas situações em que a espirometria não está disponível ou não pode ser realizada pelo paciente ""considerando que a manobra de espirometria não e possível em alguns pacientes com perfil de doença neurologica ou extremos de idade. "	Seria interessante incluir novas tecnologias como DUPILUMABE para tratamento de DPOC eosinofílico. Esse PCDT de imunobiológicos deve ser extendidos aos pacientes DPOC além dos asmáticos pela atualização da literatura médica.
14/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	A proposta de uma terapia tripla fechada para DPOC com perfil eosinofílico já há muito tempo mostrou-se superior a terapia aberta com 2 dispositivos. Porém a necessidade de uma espirometria anual como proposto vai afetar significativamente o acesso ao tratamento tendo em vista a disponibilidade atual de espirometria para os pacientes.	Não concordo com a proposta de liberar terapia com nevoa(spiolto) apenas para pacientes que não toleram o pó inalado (Anoro), já está bem estabelecido que a decisão sobre a escolha do dispositivo deve ser individualizada tendo em vista a capacidade pulmonar, cognição e tolerância do paciente.
14/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Incluir o LAMA isolado no PCDT	Não
14/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Importantíssima a incorporação da terapia tripla no SUS para pacientes portadores de DPOC a fim de evitar exacerbões e descompensação da doença, consequentemente internação e óbito.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
15/06/2025	Profissional de saúde	Boa	PÁGINA 12 “Critérios de Inclusão”, última linha e página 13: O VEF1 não é preditor de melhor resposta a um ou outro medicamento. Se o paciente tem VEF1 > 50%, mas tem alteração cognitiva ou demência ele não consegue utilizar o medicamento em pó. Muitas vezes vai precisar usar névoa ou spray com espaçador e máscara. Por isso, a preferência do LABA + LAMA em pó ou névoa, deve ser definido pelo fenótipo do paciente e não pela função pulmonar., PÁGINA 14 - ABORDAGEM TERAPÊUTICA: não há mais LAMA isolado incorporado no rol da CONITEC, por isso, sugiro excluir no texto. Por outro lado, o SALMETEROL (LABA) isolado, também não está disponível no mercado brasileiro, por isso, deve ser excluído da lista de medicamentos., PÁGINA 14 ítem 8. ABORDAGEM TERAPÊUTICA. Grupo B. Monoterapia se sintomas persistirem com LABA + LAMA: essa orientação está totalmente equivocada. Se o paciente está com LABA + LAMA e persiste com dispneia, a recomendação é reavaliar a técnica inalatória, trocar o dispositivo inalatório (por exemplo de pó para spray ou névoa) e investigar outras causas de dispneia (insuficiência cardíaca, arritmia, etc). Caso persiste sintomático, fazer step up para tripla terapia e não step down para monoterapia, como proposta do texto.	Página 14 - não se recomenda a associação LABA + ICS para tratamento de pacientes com DPOC. No entanto até o último PCDT estava indicado e boa parte pacientes estão em uso de LABA + ICS e se estão controlados, o tratamento deve ser mantido, conforme orientação do GOLD 2025. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Strategy Report 2025. [Internet] Acesso em: 13 abr 2025. Disponível em: < https://goldcopd.org/2025-gold-report >.), PÁGINA 27: Ítem 8.2.2. Esquemas de administração. Quadro 5. Esquemas de administração dos tratamentos para DPOC. - O texto mostra as opções de terapias triplas com dois dispositivos ou em dispositivos únicos sem definir uma preferência de escolha. É apropriado priorizar a recomendação de uso de dispositivos únicos, uma vez que a adoção de múltiplos dispositivos prejudica a adesão terapêutica e aumenta o risco de exacerbações. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Strategy Report 2025. [Internet] Acesso em: 13 abr 2025. Disponível em: < https://goldcopd.org/2025-gold-report >.)
15/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	gostaria de poder prescrever aos meus pacientes DPOC medicacoes inalatorias Laba Lama independentes da espirometria e para os exacerbadores tripla terapia fechada	
15/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Regular	CONSIDERAR OUTRAS ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS COMO EXAMES DE IMAGEM, TOMOGRAFIA DE TORAX COM HIPERINSUFLAÇÃO, APRISIONAMENTO AEREO OU ENFISEMA, PARA O DIAGNOSTICO, QUANDO PACIENTE NÃO CONSEGUE POR DIFICULDADE TECNICA REALIZAR A SPIROMETRIA OU APRESENTA SPIROMETRIA AINDA NORMAL OU PRISM. , CONSIDERAR USO DE NEVOA (OLODATEROL+TIOTROPIO) TAMBÉM NO GOLD B COM DIFICULDADE TECNICA PARA USO DO PO SECO (UMECLIDINEO+VILANEROL).	VIDE ACIMA
15/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Pacientes com DPOC exacerbadores se beneficiam com uso da tripla terapia com melhor qualidade de vida, melhora da função pulmonar e consequentemente diminuição de internações hospitalares e óbitos .	O acesso dos pacientes DPOC exacerbadores a tripla terapia deve ser rápido e com o mínimo de burocracia possível tendo em vista que são pacientes muito sintomáticos (falta de ar ,tosse) com infecções respiratórias de repetição o que faz que necessitem consultas frequentes que evoluem p hospitalização , muitas vezes em UTI com piora da qualidade de vida posterior a hospitalização e descompensação de outras doenças que estes pacientes normalmente tem em associação ao DPOC como diabetes , cardiopatia, depressão , etc .



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
15/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Sim, gostaria de retificar que a recomendação de tiotropio+ olodaterol, umeclidinio+vilanterol+fluticasona ou beclometasona+formoterol+glicopirronio também deveriam ser uma alternativa para pacientes portadores de DPOC com VEF1 entre 50 e 80% com MRCm2 conforme recomendações da Soc Brasileira de Pneumologia bem como ultima edição de GOLD (Global Initiative Chronic Obstritive Lung Disease) 2024., 1) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD 2024. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease 2024, 2) J Bras Pneumol. 2017, 43(4):290-301 3. PORTARIA SCTIE/MS Nº 66, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2020, 3) Manual de DPOC 2024 - SBPT , ,	
15/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Boa	SIM. Todas as minhas observações sobre o texto estão descritas no arquivo em anexo.	Não. Todos os meus comentários estão detalhados no texto em anexo.
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não.	Nao
16/06/2025	Profissional de saúde	Regular	O protocolo de DPOC precisa deixar bem definido, quem vai usar as terapias duplas e triplas. é necessários definir melhor os criterios de inclusão com base na GOLD 2025, onde o tipo de tratamento depende do classificação da doença, medida pelo VEF e pela classificação ABE . , Os protocolos anteriores definem que quem teria acesso é paciente com DPOC moderado com VEF < 80 %, já essa proposta de diz que qualquer pessoa pode ser incluida no protocolo, então pessoas com VEF acima de 80%, por exemplo VEF 92% podem ter acesso a medicamentos, que geralmente sua indicação é pacientes nas formas moderadas e graves. , Sugiro que esses pontos sejam avaliados, para definir melhor os pacientes com DPOC que teram acesso aos medicamentos e quais medicamentos cada forma de gravidade da doença é indicado.	Precisa deixar claro no documentos, quem é os profissionais adequados para manejar e acompanhar os pacientes e os exames a serem apresentados no CEAF, assim como sua frequencia.
16/06/2025	Profissional de saúde	Boa		
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Melhora na cobertura de pacientes com DPOC perfil exacerbador
16/06/2025	Profissional de saúde	Boa	não	não
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Incluir grupo B dogold c vef1 abaixo de 70 pois hoje nao tem acesso medicacao alto custo	No caso tripla medicacao fechada seguir recomendações do gold c perfil exacerbador maior q 100 eosinofilos como critério p inclusao da tripla no sus
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		Como pneumologista, acredito que incorporar as terapia triplas via SUS serão de grande valia, principalmente na adesão dos pacientes ao uso da medicação, além de, por experiência no dia dia, saber que as medicações propostas são excelentes para o controle de exacerbações e melhora na qualidade de vida dos pacientes
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		Não, apenas reafirmar o grande benefício que a terapia tripla proporciona aos portadores DPOC
16/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Acredito que vai ser muito importante pra população ter esse medicamento disponível pelo SUS
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	ficar definido que a associação LABA/LAMA é a opção principal para pacientes com DPOC independente do VEF1, ou seja, não é mais necessário se menor que 50%	deve ficar a critério do profissional escolher a associação livremente, nevoa ou pó, de acordo com cada paciente
16/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	Não	Essa medição irá ajudar muitas pessoas..
16/06/2025	Profissional de saúde	Boa	O texto ficou bom, porém restrinгиu muito o acesso à terapia tripla em pacientes que não fecham todos os critérios. Diversos estudos mostram que a cada exacerbação, aumenta muito a mortalidade da DPOC, especialmente por morte cardiovascular (podendo aumentar em até 50% de risco de morrer por infarto no primeiro ano após exacerbação). Logo, limitar a quem mantém quadros de exacerbação (e não a partir da primeira) e condicionada a eosinófilos aumentados não me parece a proposta mais adequada	Não condicionar a espirometria foi bastante adequado, já que é um exame barato, mas de difícil acesso no SUS de forma geral. Logo, manter a indicação pela avaliação clínica me parece bastante adequado
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Indicar que peak flow não faz diagnóstico de DPOC e é absurda esta proposta	Assim como a espirometria não é o que dita a escolha da medicação, o peak flow não deve ser utilizado como critério diagnóstico
16/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Nao	Nao
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Pacientes exacerbadores deverão poder receber terapia tripla fechada independente de eosinófilo maior ou igual a 300/mm3, a critério do médico que acompanha o paciente.	
16/06/2025	Profissional de saúde	Boa	O VEF1 isoladamente não é um bom preditor de exacerbações e sintomas. O GOLD não limita o tratamento do DPOC ao VEF1.	A escolha entre terapia tripla em pó ou névoa tem que ser liberada de acordo com o julgamento clínico do médico.,



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Atualmente, as diretrizes voltadas para o manejo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) — uma condição comum e frequentemente não diagnosticada — passam por importantes atualizações. A DPOC está fortemente associada a doenças cardiovasculares e outras comorbidades, devido ao seu perfil inflamatório sistêmico e aos efeitos adversos da hipoxemia crônica sobre o sistema cardiovascular., , A recente revisão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) destaca a importância de critérios rigorosos para o uso de corticosteroides inalatórios (CI). A definição clara de parâmetros para sua indicação representa um avanço significativo na busca por tratamentos mais seguros e eficazes. O uso indiscriminado desses medicamentos pode aumentar o risco de infecções respiratórias, como pneumonia, além de interferir negativamente no controle de condições como hipertensão, diabetes e cardiopatias, contribuindo para piora clínica e aumento da mortalidade., , Dessa forma, a atualização do PCDT reforça a importância da personalização do tratamento, assegurando que a corticoterapia inalatória seja administrada apenas a quem realmente pode se beneficiar, reduzindo riscos para os demais. A colaboração entre pneumologistas e cardiólogos é essencial para garantir um cuidado integral e multidisciplinar, adaptado às necessidades de cada paciente. Que essa evolução nas diretrizes continue promovendo uma prática médica pautada em evidências, com foco na melhoria da qualidade de vida e na prevenção de complicações., , Estudos clínicos indicam que níveis elevados de eosinófilos no sangue podem servir como um biomarcador útil para identificar o risco aumentado de futuras exacerbações em pacientes com DPOC do tipo exacerbador. Além disso, essa elevação também pode ajudar a prever quais pacientes terão maior benefício com o uso de corticosteroides inalatórios (CI) na prevenção das exacerbações da DPOC., , Em indivíduos com DPOC de moderada a muito grave, que já apresentam histórico de exacerba
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Manter o gold B	Colocar VF1 abaixo de 70
16/06/2025	Paciente	Muito boa		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/06/2025	Profissional de saúde	Regular	SIM, ACREDITO QUE A TERAPIA TRILA FIXA É MELHOR QUE A TERAPIA TRILA ABERTA, UMA VEZ QUE O PACIENTE ADERE MELHOR AO TRATAMENTO FAZENDO O USO DE UM UNICO DISPOSITIVO. MUITO IMPORTANTE A PRESENÇA DA MEDICAÇÃO EM SPRAY DEVIDO A DIFICULDADE DO DE DISPOSITIVOS INALATORIOS POR IDOSOS, SENDO POSSIVEL O USO DE ESPAÇADOR. , LABA+LAMA INDEPENDENTE DA APRESENTAÇÃO DEVERIAM SER DISPONIBILIZADOS PARA O GRUPO B. UMA VEZ QUE TEMOS PACIENTES COM DIFICULDADE PARA MANOBRA DE ASPIRAR PÓ, ASSIM COMO TEMOS PACIENTES QUE NÃO SE ADAPTAM A NEVOA. SENDO ASSIM LABA+LAMA NAS DUAS APRESENTAÇÕES DEVERIAM SER DISPONIBILIZADAS PARA O GRUPO B.	É MUITO IMPORTANTE QUE A TERAPIA TRIPLA FIXA SEJA UMA ESCOLHA DE TRATAMENTO PARA OS PACIENTES COM DPOC UMA VEZ QUE A ADERENCIA É MUITO MAIS PRESENTE NESSE GRUPO. CONSEQUENTEMENTE MENOS EXACERBAÇÃO, MENOS RISCO PARA O PACIENTE E MENOS GASTO PARA O GOVERNO, DIMINUINDO INTERNAÇÕES E HOSPITALIZAÇÕES.
16/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Principais Mudanças, - Atualização do Algoritmo para Avaliação, Início e Acompanhamento do Tratamento Farmacológico; A adoção do sistema ABE, que substitui o sistema ABCD, simplifica a estratificação dos pacientes e enfatiza o risco de exacerbações como fator crucial na decisão terapêutica., - LAMA+LABA como Tratamento Inicial para Pacientes do Grupo B e E; A terapia com dupla broncodilatação é recomendada como tratamento inicial preferencial para todos os pacientes classificados nesses grupos, independente da gravidade da obstrução do fluxo aéreo. Porem pacientes com problemas neuromusculares, de cognição, muito graves ou traqueostomizados poderiam ser beneficiados pelo dispositivo em nevoa desde que devidamente justificados., Pontos de atenção, - Acompanhamento por pneumologista, Concordamos que o pneumologista é fundamental para o manejo dos pacientes com DPOC, principalmente nos casos graves e muito graves da doença. Entretanto, devido ao baixo número de especialistas no país, sugerimos que clínicos poderiam ser treinados por pneumologistas para a inclusão destes especialistas no manejo desses pacientes na atenção primária, principalmente os que estão em fases leve ou moderada da doença., - Eosinófilos, A contagem de eosinófilos no sangue é apresentada como um biomarcador útil para orientar o uso de corticosteroides inalados no tratamento da DPOC. No documento sugerimos considerar limiares a partir de 100 células/ μ L para decisões terapêuticas mais precisas. Entretanto encontramos divergência entre o que é sugerido no texto e o que aparece no fluxograma (>300 cél/ml), o que pode gerar dificuldade e/ou má interpretação durante o processo de implementação do PCDT., - Espirometria Anual, Apesar da carência de espirometria no país, deveríamos incentivar a criação de novos serviços de espirometria ou fazer convênios com a rede privada para ampliar a utilização do exame em todo país	- Pico de Fluxo Expiratório, O uso do pico de fluxo expiratório é discutido como não deveria ser uma alternativa para triagem em ambientes com poucos recursos, apesar da baixa especificidade. Este exame é inadequado para diagnóstico e acompanhamento e pacientes com DPOC, o ideal seria ampliar rede para realização de espirometrias em todos os locais em que estes pacientes serão atendidos,
16/06/2025	Paciente	Muito boa	Gostaria que os medicamentos fossem dispensados nas ubs. , Outra coisa a ser levada em conta é se fazer a espirometria como um exame obrigatório na rede primaria. Se fuma, ex fumante, fumante passivo ou teve exposição a algum agente que pode acarretar dpc, deve ser feita a espirometria.	Os medicamentos para dpc nos ajudam a estabilizar nosso quadro e não chegar a quadros pulmonares piores. Minha espirometria dá acima de 50% e mesmo assim a falta de ar e cansaço abalam meu dia a dia
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Regular	Gostaria de ressaltar alguns pontos que estão listados e que divergem do que é recomendado no documento GOLD. , 1. Não deveria haver limitação no fornecimento de Tiotropio/Olodaterol apenas para VEF1 abaixo de 50%. Assim como Vilanterol/umeclidinio deveria ser disponibilizado independente do valo de VEF1 em espirometria. , 2. A terapia tripla (LABA+LAMA+ICS) também tem indicação de uso em pacinte com GOLD E e que teve uma primeira exacerbão grave com internação hospitalar, INDEPENDENTE do valor de ICS neste momento., 3. Não deveria limitar o fornecimento de terapia tripla fechada em único dispositivo somente condicionada ao valor de VEF1 abaixo de 50%. Não existe esse tipo de condicionamento no GOLD. E sabe-se que o uso de mais de um dispositivo reduz a adesão ao tratamento, além de que muitas vezes o paciente confunde as medicações, não entende os locais de retirada. Deveria deixar a terapia tripla fechada já como indicação inicial nesses casos. , 4. Caso permaneça os limitadores de VEF1, ficar atento que é comum durante o tratamento o pacinte ter ganho de função pulmonar e então ultrapssar os 50%, desta maneira não deve ser interrompido o fornecimento da medicação, haja vista que signifca que está tendo boa resposta.	5. Deve deixar claro que em algumas circunstâncias os pacientes não conseguem realizar espirometria (pacientes acamados, com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor) ou com intensa limitação respiratória. Desta forma a medicação deverá ser fornecida a despeito da não realização de espirometria. , 6. Haja vista o Brasil ser um país continental e o DPOC ser uma doença crônica, incurável e que a continuidade do tratamento é mandatória e ainda do baixo número de espirometrias realizadas diariamente, gerando uma fila enorme na realização deste exame pelo SUS, não deveria ser exigido a espirometria na renovação anual do tratamento., 7. Haja vista prevalência da doença e o Brasil ser um país continental e ainda termos poucos especialistas em Pneumologia, não deveria condicionar o rpimeiro fornecimento da medicação apenas para a prescrição do Pneumologista. O medico da UBSF deveria ter autonomia em iniciar o tratamento até que o paicente em um segundo momento consiga passar em consulta com Pneumologista para validar o tratamento ou ajustá-lo conforme necessário.,
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
16/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Sou pneumologista (CRM-PE 27028, RQE 14257). A possibilidade de fornecimento de terapia inalatória tripla aos pacientes SUS é ótima. Porém sugiro fortemente que a contagem de eosinófilos no hemograma não se torne um critério fundamental na inclusão de pacientes na terapia tripla. Esse dado serve sim para nos auxiliar, mas não é excludente. Nos deparamos com pacientes exacerbadores, que pelo uso recorrente de corticosteroides nunca terão níveis elevados de eosinófilos. Portanto espero que hemograma sem eosinofilia não se torne critério excludente para terapia inalatória tripla.	
16/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Algumas considerações: importante o uso de parâmetros clínicos, como o mMRC, pois alguns pacientes com VEF1 >50% podem ter dispneia grau 3, e ficam excluídos do acesso, Olodaterol / Tiotrópio deveria ter seu uso permitido em grupo B, semelhante a Vilanterol / Umeclidinio, ambos têm efeitos semelhantes e benéficos ao mesmo grupo de pacientes.	
16/06/2025	Profissional de saúde	Boa	IMPORTANTE REVISAR OS CRITERIOS PARA USO DE LABA LAMA EM NEVOA E ALBA LAMA CI , QUW ESTAO LIMITADOS AO VEF1 ABAIXO DE 50%. A SBPT RECOMEDA QUE DPOC SEJA AVALIADOE CLASSIFICADO POR VARIOS FATORES , QUE INCLUAM CAT OU MMRC- GRAU QUE AVALIAM DE DISPNEIA, DE ACORDO COM GOLD , PORQUE VEF1 ISOLADO NAO E SUFICIENTE . SUGIRO MODELO DE CLASSIFICACAO COMBINADA , QUE CONSIDEREFUNCAO PULMONAR E SINTOMAS- MMRC, UMA ABORDAGEM PERSONALIZADA E QUE GARANTE A MEDICACAO OARA O PACIENTE QUE REALMENTE PRECISA	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Sobre a exigência de espirometria para renovação do LME após 12 meses, Gostaria de sugerir que a realização de espirometria após 12 meses seja recomendada, mas não obrigatória, para a renovação do Laudo para Medicamentos Especiais (LME) no tratamento da DPOC., Embora o monitoramento da função pulmonar seja importante, a exigência de uma nova espirometria como condição obrigatória para continuidade do tratamento pode representar uma barreira significativa de acesso para pacientes do SUS. A realidade da rede pública de saúde no Brasil mostra que muitos municípios não dispõem de espirometria com regularidade, e a fila de espera para o exame pode ultrapassar vários meses., Essa exigência pode levar a uma situação paradoxal: pacientes clinicamente estáveis e bem controlados, que dependem da medicação para manter sua qualidade de vida, podem ter o tratamento interrompido por falta de acesso ao exame, e não por critérios clínicos., Portanto, sugiro que a espirometria seja fortemente recomendada como ferramenta de reavaliação clínica, mas que a renovação do LME possa ser feita com base em critérios clínicos e funcionais documentados pelo médico assistente, especialmente em locais onde o exame não está prontamente disponível., Essa flexibilização garante a continuidade do cuidado, respeita as limitações estruturais do SUS e evita desassistência de pacientes que já demonstraram benefício com o tratamento.	
16/06/2025	Paciente	Muito boa		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Boa	"Estamos vivendo um momento muito importante no qual podemos colaborar com o novo protocolo de DPOC. Essa doença tem feito milhares de vítimas todo ano no Brasil e poder contribuir para um melhor acesso as tecnologias em saúde e otimização e maior abrangência de medicamentos, é gratificante. , O novo PCDT de DPOC ficou muito bom e diferente do que está em vigência, não restringe a terapia LABA + LAMA para os pacientes com DPOC de acordo com VEF1, e isso foi uma mudança muito boa. Agora, podemos beneficiar todos os pacientes do grupo B, com Vilanterol + Umeclidinio (ANORO). Vale a pena salientar que alguns pacientes não conseguem fazer uso de pó seco e vale a pena ter uma forma de beneficiar esses pacientes com Tiotropio + Olodaterol (Spiolto), caso isso ocorra. Isso acontece na minoria dos casos mas pode ser uma população não atendida, caso não tenha essa opção de troca para o GOLD B. , , Um do ponto sensível identificado refere-se à redação constante no Quadro 5 (p. 15), que recomenda ""considerar avaliação por pneumologista"" para pacientes do Grupo B. Apesar de clinicamente válida em determinados contextos, a formulação atual tem gerado interpretações equivocadas por parte de gestores, resultando em barreiras práticas para a prescrição e dispensação dos medicamentos indicados, sobretudo em regiões com ausência de especialistas na rede pública. É fundamental que o texto deixe claro que a avaliação por pneumologista deve ocorrer apenas quando clinicamente necessária, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) apta a realizar o manejo e prescrição conforme diretrizes., , O uso de Pico de fluxo não deve ser utilizado para diagnóstico de DPOC. Outras doenças com diagnóstico diferencial de DPOC também fazem redução do pico de fluxo, como fibrose pulmonar e insuficiência cardíaca. Além disso, nenhuma diretriz propõem esse exame para diagnóstico e nenhum pneumologista faz isso na sua prática clínica., , Nos pacientes com exacerbação e que poderão ser beneficiados com terapia tripla "	Ja comentado no item 11
16/06/2025	Paciente	Muito boa	A tríplice terapêutica vem demonstrando , mesmo de difícil acesso a 90% da população com doença crônica, uma estabilidade sem hospitalização e uma qualidade de vida bem melhor que as terapias farmacológicas hoje. Logo vamos acordar para a prevenção das hospitalizados e a prevenção pela conscientização.	O a política pública de saúde deve começar a enfrentar a prevenção como opção aos altos custos da hospitalização ou do auxílio doença e aposentadorias por invalidez.
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	que a escala de MRC seja utilizada também , visto que o Vef1 pode melhorar ao longo do tratamento e a melhora tem trazido a retirada da medicação pelos gestores. Porem. só houve melhora após uso da medicação específica	Que os Estados honrem o PCDT e não deixem faltar remédio aos pacientes
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	acho importante relatar que alguns pacientes com Vf1 de 55%, respondem bem ao tratamento com 2 drogas, tipo Tiotrópico/Olodaterol.	Discordo do fator de só poder usar algumas medicamentos nos pacientes com Vf1 abaixo de 50%, pois alguns com Vf1 acima de 50%, também são beneficiados com o tratamento. Obrigado
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	a favor da tripla fechada	Adesão ao tratamento em um só dispositivo
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	NAO	NAO



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Paciente	Muito boa		
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	<p>Página 10 - Critérios de gravidade da DPOC Texto do PCDT : Considerando que, isoladamente, o VEF1 não é bom preditor de sintomas e exacerbações, a gravidade da doença também deve ser avaliada com base no perfil de sintomas e na frequência das exacerbações, com vistas à avaliação não somente do impacto da doença na qualidade de vida, mas também do risco de eventos futuros, como, exacerbações e hospitalização., , , Opinião: Concordamos com a proposta, uma vez que o critério atual de definir necessidade de LABA baseado na VEF1 <50% é obsoleto e não leva em conta os principais critérios de definição de gravidade, que são exacerbações e sintomas., , , , PÁGINA 12 "Critérios de Inclusão", última linha e página 13 Texto do PCDT: brometo de umeclidínio + trifénatato de vilanterol: DPOC sintomáticos do grupo B ou E, independentemente do grau de obstrução, - tiotrópico monohidratado + cloridrato de olodaterol ou furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifénatato de vilanterol ou dipropionato de beclometasona 100 µg + fumarato de formoterol di-hidratado 6 µg + brometo de glicopirrônio 12,5 µg: DPOC grave ou muito grave (grau de obstrução GOLD 3 e 4), com perfil exacerbador (grupo E), Nota: Para pacientes com VEF1 menor que 50% e dificuldade no uso de inalador de pó seco, recomenda-se uso da apresentação em névoa suave da associação dupla tiotrópico monohidratado + cloridrato de olodaterol, uma vez que essa forma de administração pode melhorar a efetividade do tratamento., , Opinião: A classificação atual de DPOC grave e muito grave, baseada apenas no VEF1 (GOLD 3 e 4), pode não abranger pacientes com alto impacto da doença, mesmo com VEF1 acima de 50%, especialmente se eles não se adaptam a medicações LAMA-LABA em pó. Defendemos que, já que o PCDT não diferencia as combinações LAMA-LABA, a dupla de névoa de tiotrópico monohidratado + cloridrato de olodaterol não deveria ter restrição de uso. A escolha do melhor tratamento deve ser individualizada entre médico e paciente, sem hie</p>	
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	<p>Sugiro que os pacientes exacerbadores sintomáticos com DPOC possam se beneficiar do tiotropio e terapia tripla mesmo com VEF 1 < 60%. Não vejo sentido em retirar uma das medicações (LABA e LAMA) quando o paciente DPOC permanece sintomatico</p>	<p>Os pacientes com sobreposição asma e DPOC devem poder seguir os PCDTs das duas doenças</p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Seria de grande importância na tomada de decisão dos médicos que fazem manejo de pacientes com DPOC orientações sobre as vantagens do uso da terapia tripla fixa, principalmente nos pacientes idosos devido facilitar a administração e adesão ao tratamento.	O tratamento com tripla terapia fixa traz muita praticidade e vantagem como a facilidade por ser um único dispositivo, principalmente para pacientes idosos que possuem dificuldade em manejá-lo e administrar dispositivos, bem como por ser spray traz a facilidade de aspirar a medicação pois não exige alto fluxo expiratório, contribuindo para o sucesso da administração, principalmente nos casos de pacientes com fraqueza e dispneia, muito comum na DPOC e em idosos pneumopatas. Por ser um único dispositivo, impacta diretamente na adesão medicamentosa que é essencial nos pacientes multicomórbidos e que utilizam diversas medicações, por fim, acarretando um menor custo para pacientes e consequentemente para os serviços que disponibilizam o tratamento para pacientes com DPOC. Por ser a melhor tecnologia e melhor combinação posológica a tripla terapia vem beneficiar e revolucionar o manejo dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica.
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Sugiro contemplar a terapia tripla (CI + LABA + LAMA) para o paciente com perfil exacerbador, especialmente com eosinófilos acima de 100	
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Terapia tripla fechada para os pacientes DPOC graves é essencial para a manutenção sem exacerbação.	A terapia dupla e tripla ser fornecida para todos os pacientes com indicação médica especializada. Sem critério de VEF 1 ou eosinófilos... a clínica se sobrepõe. Os benefícios são enormes para os pacientes bem tratados.,



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Regular	<p>Na página 9, no 1º parágrafo, com relação ao diagnóstico espirométrico de DPOC, deveria ser acrescentado o que as recomendações da SBPT (tanto 2002 quanto 2024) dizem: para distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO), a relação entre o VEF1 e a CVF devem estar abaixo do limite inferior da normalidade (LIN) de acordo com os parâmetros brasileiros de função pulmonar. Deveria ser acrescentado ao diagnóstico de DPOC, a presença de Resistência específica das vias aéreas (sRaw) aumentada, acima de 8,5 para homens e acima de 8,0 para mulheres, nos casos em que a espirometria não mostrar a relação VEF1 e CVF abaixo de 0,7 (pós-broncodilatador) ou abaixo do LIN (pré ou pós-broncodilatador). , Na página 9, no 2º parágrafo, deve ser RETIRADO o uso do Pico de fluxo expiratório (PEF) pois não há nenhum estudo sobre o uso do PEF nos pacientes com DPOC. Está errado utilizar o PEF em pacientes com DPOC. É necessário manter a espirometria e/ou sRaw como diagnóstico (acrescentando esse parâmetro). , Na página 9, no 3º parágrafo, deve ser corrigido a relação VEF1/CVF <= 0,7 pós-broncodilatador. Nos pacientes com PRISm, poderia ser acrescentado o diagnóstico de DVO, utilizando a sRaw., O Quadro 1 precisa ser revisado, conforme sugestões acima., Na página 13, os pacientes do grupo B também podem utilizar tripla terapia em um único dispositivo (LABA+LAMA+ICS) em caso de possuírem Eosinófilos no sangue periférico >=300, então deveria ser acrescentado essa terapia tripla. , No grupo E, sabemos que existem pacientes em que há dissociação clínico-funcional, ou seja, pacientes exacerbadores que não possuem VEF1 pós-BD < 50% e por isso não conseguiriam ser beneficiados pela terapia LABA+LAMA+ICS. É necessário individualizar o tratamento e o PCDT precisa contemplar esses pacientes., Sugiro acrescentar a possibilidade de usar terapia tripla nesse grupo E, nos GOLD 2, 3 e 4, ou seja, com VEF1 pós-broncodilatador <= 80%. , ,</p>	"Na página 14, deve ser corrigida na última frase que fala que sobre perfil exacerbador, pois a contagem de Eosinófilos no sangue periférico = 100 pois saiu um valor errado de 300., Na página 15, o quadro 5 tem muitos erros: , Para o Grupo A na primeira linha, não se recomenda LAMA isolado e nem temos disponível em nenhum PCDT. Deve ficar apenas o SABA ou LABA., Para o Grupo B na segunda linha, retirar a frase ""Se sintomas persistirem, considerar monoterapia com LAMA ou LABA"" pois não faz nenhum sentido. , Deve ser acrescentar a possibilidade de tripla terapia (LAMA+LABA+ICS) em caso de Eosinófilos no sangue periférico = 300, independente do VEF1 pós-BD, individualizando pó seco e aerosol, a depender da condição clínica do paciente em realizar o dispositivo inalatório., Para o Grupo E na terceira linha, deve-se modificar o uso do tiotrópico + olodaterol para GOLD 2, 3 e 4., Nos pacientes do Grupo E e Eosinófilos no sangue periférico = 100 ou com asma concomitante, deve-se dar preferência a terapia tripla fixa com LAMA+LABA+ICS, sempre individualizando o tratamento do paciente para pó seco ou aerosol, para classificação do GOLD 2, 3 e 4, ou seja, com VEF1 pós-broncodilatador <= 80%, Deve-se RETIRAR do grupo E do quadro 1 as frases: ""Contagem de eosinófilos = 300 células/µL ou asma concomitante"", ""Se exacerbações frequentes e contagem de eosinófilos entre = 300 células/µL, considerar ICS individualmente"", ""Se exacerbações persistirem, considerar LAMA+LABA+ICS"", pois está errado., A Figura 1 precisa ser revista: - Retirar LAMA de Grupo A, - Permitir qualquer associação de LAMA+LABA para o Grupo B, - Permitir qualquer associado de LAMA+LABA+ICS para o Grupo B desde que haja Eosinófilos no sangue periférico = 300, - Permitir qualquer associado de LAMA+LABA+ICS para o Grupo E desde que haja Eosinófilos no sangue periférico = 100, - No caso de Exacerbações em uso de LAMA+LABA+ICS, avaliar modificar o dispositivo inalatório, associar Azitromicina, Roflumilaste, Dupilumabe,"

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Parabenizo o avanço das diretrizes para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), uma condição altamente prevalente e frequentemente subdiagnosticada, que tem um impacto direto sobre doenças cardiovasculares e outras multimorbididades. A relação entre DPOC e cardiopatia é inegável, dado o perfil inflamatório sistêmico e os efeitos da hipoxemia crônica sobre o coração e a circulação., A atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) fortalece um ponto crucial: a necessidade de critérios bem estabelecidos e precisos para a corticoterapia inalatória. A inclusão de parâmetros claros para a indicação de corticosteroides inalatórios (CI) é um avanço na busca pela segurança e eficácia no manejo da DPOC. Sabemos que o uso indiscriminado destes agentes pode resultar em aumento de infecções respiratórias, como pneumonia, e impactar negativamente no controle de hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares, favorecendo descompensações que elevam morbidade e mortalidade., Portanto, essa atualização representa um grande passo na individualização do tratamento, garantindo que apenas pacientes com real benefício recebam corticoterapia, protegendo aqueles que poderiam sofrer efeitos adversos significativos. A interação entre pneumologistas e cardiologistas na abordagem da DPOC é fundamental para oferecer um cuidado multidisciplinar e personalizado aos nossos pacientes.Que essa evolução no protocolo continue fomentando a prática clínica baseada em evidências, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo complicações associadas., Parabenizo o avanço das diretrizes para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), uma condição altamente prevalente e frequentemente subdiagnosticada, que tem um impacto direto sobre doenças cardiovasculares e outras multimorbididades. A relação entre DPOC e cardiopatia é inegável, dado o perfil inflamatório sistêmico e os efeitos da hipoxemia crônica sobre o coração e a circulação., A atualização do Protocolo Clínico,</p>	<p>Parabenizo o avanço das diretrizes para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), uma condição altamente prevalente e frequentemente subdiagnosticada, que tem um impacto direto sobre doenças cardiovasculares e outras multimorbididades. A relação entre DPOC e cardiopatia é inegável, dado o perfil inflamatório sistêmico e os efeitos da hipoxemia crônica sobre o coração e a circulação., A atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) fortalece um ponto crucial: a necessidade de critérios bem estabelecidos e precisos para a corticoterapia inalatória. A inclusão de parâmetros claros para a indicação de corticosteroides inalatórios (CI) é um avanço na busca pela segurança e eficácia no manejo da DPOC. Sabemos que o uso indiscriminado destes agentes pode resultar em aumento de infecções respiratórias, como pneumonia, e impactar negativamente no controle de hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares, favorecendo descompensações que elevam morbidade e mortalidade., Portanto, essa atualização representa um grande passo na individualização do tratamento, garantindo que apenas pacientes com real benefício recebam corticoterapia, protegendo aqueles que poderiam sofrer efeitos adversos significativos. A interação entre pneumologistas e cardiologistas na abordagem da DPOC é fundamental para oferecer um cuidado multidisciplinar e personalizado aos nossos pacientes.Que essa evolução no protocolo continue fomentando a prática clínica baseada em evidências, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo complicações associadas.,</p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	sim, Quanto a Classificação da DPOC, pertinente utilizar o Consenso Brasileiro de DPOC que classifica a DPOC em Leve,Moderada,Grave e Muito Grave e o VEF1 como único critério para classificação de gravidade pois sabemos que o VEF1 isoladamente não é um bom preditor de sintomas e exacerbações, devendo utilizar o mMRC, deveríamos sugerir uma classificação de Gravidade em utilizaríamos o VEF1 associado a escala de dispnéia(mMRC) em estagio 1(leve) VEF1= 80% do previsto e mMRC 0-1, estagio 2(moderado) 50%=<80% do previsto e mMRC 2,Estagio 3 (Grave) 30%=<50% do previsto e mMRC 3,Estagio 4(muito grave) VEF1< 30% do previsto e mMRC 4. J brasil Pneumol 2017, 43(4)-290-301.	Com relação a utilização do VEF1= 50% para liberação da dupla broncodilatação, sabemos que nem sempre a gravidade da obstrução do fluxo aéreo correlaciona diretamente com os sintomas relatados pelo paciente ou com comprometimento de sua saúde , tornando necessária a avaliação formal por meio de questionários validados como ex. mMRC e CAT (COPD assesment test), e também é considerado de alta risco para exacerbações o paciente que apresentou 2 ou mais exacerbações ou uma ou mais internações hospitalares por exacerbações graves. Como também destacamos que os pacientes classificados no Grupo A ou B QUE TEM PERDA ACELERADA DE FUNÇÃO PULMONAR CONFORME EVIDÊNCIAS Diretrizes da ATS 2020,Sociedade Torácica Canadense(CTS) 2023, Gold 2025., Também devemos enfocar as novas terapias para DPOC como A Ensifentrina um Novo Inibidor da Fosfodiesterase 3 e 4 que melhora a função pulmonar , reduz a frequência e a gravidade de exacerbações assim como o Imunobiológico único indicado e aprovado pela ANVISA para DPOC Grave com inflamação T2 Alta e em uso de terapia Tripla Broncodilatadora o Dupilumabe conforme as evidências como Estudo Boreas e Notus, que demonstraram reduzir exacerbações e melhorar a função pulmonar nestes pacientes.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Com relação ao diagnóstico espirométrico de DPOC, deve ser acrescentado o que as recomendações da SBPT (tanto 2002 quanto 2024) dizem: para distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO), a relação entre o VEF1 e a CVF devem estar abaixo do limite inferior da normalidade (LIN) de acordo com os parâmetros brasileiros de função pulmonar. , Deve ser RETIRADO o uso do Pico de fluxo expiratório (PEF) pois não há nenhum estudo sobre o uso do PEF nos pacientes com DPOC. Está errado utilizar o PEF em pacientes com DPOC. , Na página 9, no 3º parágrafo, deve ser corrigido a relação VEF1/CVF <= 0,7 pós-broncodilatador. Nos pacientes com PRISM, poderia ser acrescentado o diagnóstico de DVO, utilizando a sRaw., O Quadro 1 precisa ser corrigido, conforme sugestões acima., Na página 13, os pacientes do grupo B também podem necessitar de uso da tripla terapia em um único dispositivo (LABA+LAMA+ICS) em caso de possuírem Eosinófilos no sangue periférico >=300, então deveria ser acrescentado essa terapia tripla. , No grupo E, sabemos que existem pacientes exacerbadores que não possuem VEF1 pós-BD < 50% e por isso não conseguiram ser beneficiados pela terapia LABA+LAMA+ICS. É necessário individualizar o tratamento do paciente e o PCDT precisa contemplar esses pacientes., Deve-se acrescentar a possibilidade de usar terapia tripla nesse grupo E, nos GOLD 2, 3 e 4, ou seja, com VEF1 pós-broncodilatador <= 80%.	"Na página 14, deve ser corrigida na última frase que cita do perfil exacerbador, pois a contagem de Eosinófilos no sangue periférico = 100 pois saiu um valor errado de 300., Na página 15, o quadro 5 tem alguns erros: , Para o Grupo A, não se recomenda LAMA isolado e nem temos disponível em nenhum PCDT. Deve ficar apenas o SABA ou LABA., Para o Grupo B na segunda linha, retirar a frase ""Se sintomas persistirem, considerar monoterapia com LAMA ou LABA"" pois está errado. , Deve ser acrescentar a possibilidade de tripla terapia (LAMA+LABA+ICS) em caso de Eosinófilos no sangue periférico = 300, independente do VEF1 pós-BD, individualizando pó seco e aerosol, a depender da condição clínica do paciente em realizar os diferentes dispositivos inalatórios., Para o Grupo E na terceira linha, deve-se ajustar o uso do tiotrópico + olodaterol para GOLD 2, 3 e 4., Nos pacientes do Grupo E e Eosinófilos no sangue periférico = 100 ou com asma concomitante, deve-se dar preferência a terapia tripla fixa com LAMA+LABA+ICS, sempre individualizando o tratamento do paciente para pó seco ou aerosol, para classificação do GOLD 2, 3 e 4, ou seja, com VEF1 pós-broncodilatador <= 80%. , Deve-se RETIRAR do grupo E do quadro 1 as frases: ""Contagem de eosinófilos = 300 células/µL ou asma concomitante"", ""Se exacerbações frequentes e contagem de eosinófilos entre = 300 células/µL, considerar ICS individualmente"", ""Se exacerbações persistirem, considerar LAMA+LABA+ICS"", pois está equivocado, A Figura 1 precisa ser revista.; * Retirar LAMA de Grupo A, * Permitir qualquer associação de LAMA+LABA para o Grupo B, * Permitir qualquer associado de LAMA+LABA+ICS para o Grupo B desde que haja Eosinófilos no sangue periférico = 300, * Permitir qualquer associado de LAMA+LABA+ICS para o Grupo E desde que haja Eosinófilos no sangue periférico = 100, * No caso de Exacerbações em uso de LAMA+LABA+ICS, avaliar modificar o dispositivo inalatório, associar Azitromicina, Roflumilaste, Dupilumabe"
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Os pacientes portadores de DPOC que necessitam terapia tripla serão muito beneficiados com a terapia tripla em um único dispositivo	
17/06/2025	Interessado no tema	Boa		
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Paciente às vezes não tem condições cognitivas ou financeiras para fazer a espirometria, mas a clínica justifica o uso da terapia tripla com benefícios importantes para qualidade de vida do paciente. Acho q espirometria não deve ser item obrigatório para inclusão do paciente para receber a medicação de alto custo.	Paciente às vezes não tem condições cognitivas ou financeiras para fazer a espirometria, mas a clínica justifica o uso da terapia tripla com benefícios importantes para qualidade de vida do paciente. Acho q espirometria não deve ser item obrigatório para inclusão do paciente para receber a medicação de alto custo.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Regular	No diagnóstico deve constar sintomas e classificação MMRC e não critérios de espirometria. Há pacientes que não conseguem realizar espirometria e outros com MMRC3-4 ou escore CAT elevado, mas com VEF1 acima de 50%. Espirometria anual também é inviável pensando em saúde pública e o acesso difícil para vários pacientes.,	
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	A exclusividade do VEF1 não reflete adequadamente a heterogeneidade dos sintomas entre pacientes. Recomenda-se também a flexibilização da exigência de VEF1 para acesso a medicamentos do grupo GOLD E, priorizando uma abordagem mais individualizada e centrada no paciente.	
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Algumas sugestões enquanto especialista pneumologista atuando na rede pública em atendimento à população, , 1. a indicações de dupla terapia broncodilatadora (LABA + LAMA) ou tripla terapia (LABA + LAMA + CI) não podem ser restritas ao resultado da espirometria. Algum mecanismo de avaliação de gravidade clínica precisa ser aceito, à semelhança do proposto no GOLD. Os mais óbvios seriam o índice de dispneia (mMRC ou CAT) e o índice de crises de agudização. Isso simplificaria o fluxo, facilitaria o acesso e traria inequívoco benefício aos portadores de DPOC mais graves, , 2. entendo e concordo com a exigência da espirometria como instrumento diagnóstico - mas, é necessário compreender que alguns pacientes, especialmente idosos ou com outras comorbidades (mais frágeis) não conseguem fazer o exame adequadamente e - importante - em muitas regiões o acesso ao exame de espirometria é extremamente restrito. Assim, restringe-se o acesso à população de maneira muito cruel - não se oferecendo o exame e consequentemente a medicação... entendo ser necessária uma alternativa (liberar a medicação baseada em relatório médico bem embasado - por tempo limitado - enquanto se aguarda o exame ?). Ainda, é necessário deixar claro que não é necessária a repetição anual ou periódica da espirometria -- não faz nenhum sentido tal exigência., , 3. a DPOC não pode ser uma doença do especialista pneumologista. São milhões de portadores sem diagnóstico e sem tratamento, o impacto de mortalidade é alto e vergonhoso! É preciso tornar o fluxograma de tratamento acessível à população em geral -- e simplificado ao máximo para facilitar à Atenção Primária à Saúde o seu manuseio.	Vide acima



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	O uso da terapia tripla aberta/convencional (LAMA + LABA + ICS), pág 27, teve papel importante no manejo da DPOC grave com perfil exacerbador em um cenário de menor oferta terapêutica. Contudo, com a disponibilização recente da tripla terapia em dispositivo único (tripla fechada) no SUS, consideramos inadequada a permanência da opção de tripla aberta (uso separado dos três medicamentos) no PCDT. Apesar de historicamente utilizada, a tripla aberta apresenta desvantagens significativas, como maior complexidade na administração, aumento do risco de erros de uso, menor adesão ao tratamento e, consequentemente, piora nos desfechos clínicos. Por outro lado, a tripla fechada oferece benefícios amplamente reconhecidos, entre os quais destacam-se: Maior adesão ao tratamento, Maior comodidade e simplicidade de uso, especialmente entre idosos e pacientes com limitações funcionais, Menor risco de erros de administração e de uso inadequado dos dispositivos, Potencial redução de custos indiretos, relacionados a internações e exacerbações associadas à baixa adesão. Além disso, a manutenção da tripla aberta favorece prescrições fragmentadas, o que gera impacto direto no orçamento das Secretarias Estaduais de Saúde, uma vez que os corticosteroides inalatórios (ICS) utilizados nesse regime pertencem ao grupo de financiamento 2.	Outros aspectos foram contemplados no anexo, com a contribuição da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia (SPPT).
17/06/2025	Empresa	Boa	"Sim. Com base na literatura recente e nas diretrizes GOLD 2025, propomos os seguintes ajustes e inclusões pontuais à minuta do PCDT de DPOC, com foco na adequação clínica, simplificação prática e incorporação de alternativas terapêuticas baseadas em inflamação tipo 2; 1. Introdução Geral (p. 7): sugerimos incluir menção à possibilidade de terapias-alvo (biológicas) para casos de DPOC exacerbadora refratária à terapia tripla., 2. CID-10 (p. 8): sugerimos ampliar os códigos CID-10 contemplados, incluindo categorias que refletem melhor a heterogeneidade da doença., 3. Perfil inflamatório (p. 8): propomos a inclusão de breve seção explicativa sobre os perfis inflamatórios da DPOC (tipos 1, 2 e 3), destacando a relevância da inflamação tipo 2 para risco de exacerbação., 4. Diagnóstico clínico (p. 10): sugerimos adicionar imagens ilustrativas adaptadas da diretriz GOLD para facilitar o reconhecimento clínico dos perfis fenotípicos., 5. Diagnóstico laboratorial (p. 11): propomos explicitar a contagem de eosinófilos como exame relevante para identificação de inflamação tipo 2., 6. Critérios de inclusão (pp. 12–13): sugerimos alinhamento com o GOLD 2025, priorizando o fenótipo exacerbador como critério clínico central para escalonamento terapêutico., 7. Classificação ABE (pp. 14–15): sugerimos explicitar que pacientes do Grupo E com inflamação tipo 2 podem ser elegíveis a terapias-alvo após falha da terapia tripla., 8. Tratamento medicamentoso (p. 24): propomos incluir uma subseção sobre terapias-alvo biológicas, citando o dupilumabe como opção já aprovada e respaldada por evidências clínicas., 9. Fluxograma terapêutico (p. 34): recomendamos sua simplificação, com foco prático na conduta por Grupo E. , Essas sugestões visam qualificar o PCDT com base em evidências recentes e tornar sua aplicação mais efetiva no SUS., "	Sim. É importante destacar o papel emergente da inflamação tipo 2 na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), especialmente em pacientes do Grupo E com exacerbações frequentes e persistentes apesar da terapia tripla otimizada. A presença de eosinófilos =100 células/µL, tem sido associada a maior risco de exacerbações, pior evolução clínica e resposta diferenciada a terapias específicas., Nesse contexto, o dupilumabe representa uma inovação terapêutica relevante. Trata-se de um anticorpo monoclonal que bloqueia as interleucinas IL-4 e IL-13, mediadoras centrais da inflamação tipo 2. O dupilumabe já se encontra incorporado no SUS para o tratamento da asma alérgica grave e, atualmente, é o único biológico com aprovação regulatória pela ANVISA para o tratamento complementar da DPOC associada à inflamação tipo 2 em pacientes adultos, com base em estudos clínicos que demonstraram redução significativa nas exacerbações e melhora sustentada de sintomas, da função pulmonar e da qualidade de vida., Dessa forma, sugerimos que o PCDT considere, ainda que em nota técnica ou seção específica, o reconhecimento da inflamação tipo 2 como alvo terapêutico da DPOC. ,



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Importância da terapia tripla fechada para pacientes com DPOC/ facilidade de uso e comodidade posologica	Não
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Terapia tripla em 1 só dispositivo para tratamento de DPOC	Terapia tripla em um só dispositivo e com partículas extra- finas
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	- SUGIRO ALTERAR RECOMENDAÇÃO APENAS DE PÓ SECO PARA CLASSE B. TEMOS INCORPORADO OUTRA TECNOLOGIA TAMBEM, OLODATEROL +TIOTROPIO E NÃO DEVERIAMOS PREFERIR UM PRODUTO A OUTRO, POIS PACIENTES PODEM NÃO SE ADAPTAR A UM DISPOSITIVO E TER OPÇÃO DE TRATAMENTO PROMOVERIA TRATAMENTO IGUALITARIO AOS PACIENTES, - SABEMOS QUE BENEFICIO DE TRIPLA TERAPIA ACONTECE EM PACIENTES COM EOSINOFILOS ACIMA DE 300, POREM PACIENTES POS EXACERBAÇÃO E EM USO DE CORTICOIDE SISTEMICO PODEM APRESENTAR EOSINOFILOS ABAIXO DESSE VALOR E MESMO ASSIM TER INDICAÇÃO DE TRIPLA TERAPIA EM UNICO DISPOSITIVO, SUGIRO REMANEJAR TEXTO E CONSIDERAR ESSA OBSRVAÇÃO RESERVADA A ESSES PACIENTES, INDEPENDENTES DO VEF1 EM SPIROMETRIA. MORTALIDADE E REINTERNAÇÃO EM 30 E 90 DIAS PARA ESSES PACIENTES NÃO TRATADOS ADEQUADAMENTE É ALTA.	27-40% DOS PACIENTES COM DPOC APRESENTAM INFLAMAÇÃO EOSINOIFLICA TIPO 2 E MESMO COM TERAPIA TRIPLA CONTUNUAL EXACERBANDO, PERDENDO FUNÇÃO PULMONAR, REDUZINDO QUALIDADE DE VIDA E AUMENTANDO GASTOS PUBLICOS. HOJE EXISTE UMA OPÇÃO DE TRATAMENTO ADICIONAL A ESTA PERFIL DE PACIENTES QUE É O DUPILUMABE. RECOMENDO AVALIAÇÃO DE INCORPORAÇÃO DESTA TECNOLOGIA PARA ESTE GRUPO DE PACIENTES
17/06/2025	Interessado no tema	Regular	Sim, no grupo E dos pacientes poderia ser excluída a parte de tripla terapia convencional para dar prioridade a tripla terapia fechada (fixa), pois é assim que determina o consenso de tratamento dos pacientes com DPOC (GOLD)	Deixar espirometria somente no diagnóstico
17/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Regular	O PCDT não está assegurando o acesso à tripla terapia em dispositivo único, mas, ao contrário, impondo obstáculos ao tratamento, como a exigência do exame de espirometria, que nem todos os pacientes conseguem realizar., Além da exigencia da espirometria anual para manutenção ao tratamento ser excessiva pois a DPOC é uma condição que não melhora com o tempo. Para quem tem uma capacidade pulmonar (VEF1) abaixo de 50%, fazer exames de espirometria todos os anos pode não ser necessário, porque a obstrução no pulmão não vai regredir. Além de gerar custos extras para o sistema de saúde, isso pode atrapalhar o acompanhamento do tratamento. Por isso, os médicos deveriam ter autonomia para avaliar caso a caso para indicar a melhor frequência de exames., Recomendação da tripla terapia fixa; A combinação de tripla terapia deve priorizar a opção que maximize a adesão ao tratamento e minimize os custos para o sistema de saúde. As triples abertas são oferecidas em farmacia basica e especialidade dificultando o acesso do paciente ao tratamento completo e com isso não garantindo boa adesão., A terapia convencional, que utiliza múltiplos dispositivos, deve ser considerada apenas como uma alternativa à tripla terapia fixa., Vantagens da tripla terapia em dispositivo único:, * Maior adesão e controle do tratamento com um único dispositivo, * Redução do risco de descontinuação, * Técnicas inalatórias como pó seco, névoa e spray exigem destreza, que nem todos os pacientes possuem, * A formulação em spray não requer um fluxo inspiratório mínimo, garantindo acessibilidade a 100% dos pacientes	Apenas reiterar e solicitar a revisão, conforme por mim colocado no item 11 acima.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	em anexo	em anexo
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Terapia tripla fechada melhora significativamente o paciente DPOC quanto as os sintomas, qualidade de vida e exacerbações, o que reduz a queda função pulmonar, as hospitalizados e assim os custos de saúde publica
17/06/2025	Paciente	Boa		
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Acredito que precisa ficar claro que o hemograma com EOS maior que 300 não deveria ser obrigatório para a tripla terapia uma vez que muitos pacientes exacerbadores vem de múltiplas exacerbações com uso de corticoide sistêmico que reduz os níveis de EOS. Além disso o GOLD 2025 apenas orienta que não seja feito corticoide inalatório apenas em pacientes com EOS menor que 100, mas nos maiores que 100 há benefício de uso., , Outro ponto é a inclusão do tiotropio + olodaterol apenas para pacientes graves, uma vez que no perfil B ele já é recomendado e o paciente muitas vezes tem dificuldade de uso de medicação pó. Acredito que ele deve estar presente não só para paciente com VEF1 <50%, mas também para pacientes com dificuldade de uso de dispositivos inalatórios e que precisem de uso de espaçador e são perfil B.	Não
17/06/2025	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	A contribuição da GSK pode ser encontrada no anexo enviado	A contribuição da GSK pode ser encontrada no anexo enviado
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
17/06/2025	Paciente	Boa	tem que vere se vai funcionar ne.... eu tenho dpcg gold 3 tive duas crises de exacebacos em emnos de 6 meses e no upa nao tem medicos pneumologistas e os estagirarios que atendem so precreve azitromicina que no meu caso ja uso profilatica 3x na semana. outra coisa raiox ja esta uktrapssado tem que ser tomografia ja pra poder ver o quanto o pulmao esta comprometido ou ter outra comorbidade nele. nutricionista especializada nao em emagrecimento nas ubs mais em detectar a deficiencias de vitaminas e ajudar numa nutricao metabolica para ganho de massa muscular pois a sarcopenia nos debilita demais	liberar medicamentos pra uns 3 meses pelo menos sem a necessidade de ir no alto custo todo mes visto que tomamos a medicacao pro resto da vida e as consultas com pneumologista ser menos espacadas
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Terapia tripla fechada de inicio quando indicada pelo GOLD	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Regular	<p>Contribuição da Sociedade Goiana de Pneumologia e Tisiologia para a Consulta Pública Conitec/SECTICS Nº 35/2025, abordando ponto a ponto com base nas melhores evidências científicas; 1. Critério Diagnóstico – Relação VEF1/CVF; Discordamos da sugestão de repetição da espirometria em indivíduos com relação VEF1/CVF entre 0,6 e 0,8. Recomendamos que seja utilizado o Limite Inferior da Normalidade (LIN) como critério diagnóstico, conforme preconizado pelas diretrizes internacionais (GOLD e ERS/ATS). A adoção de um ponto de corte fixo desconsidera a variação fisiológica com a idade e pode resultar em sub ou superdiagnóstico., 2. Uso de Pico de Fluxo Expiratório (PFE); Somos contrários à inclusão do PFE como alternativa diagnóstica à espirometria. O PFE é dependente de esforço, apresenta ampla variabilidade e não é sensível nem específico para o diagnóstico de obstrução crônica de vias aéreas. Seu uso deve ser restrito a monitoramento em contextos muito específicos, como em exacerbações de asma. Ele não substitui a espirometria para o diagnóstico da DPOC. , 3. Tabela de Equivalência – Gravidade da DPOC; Consideramos pertinente e útil a inclusão de uma tabela que compare a classificação da gravidade da DPOC segundo diferentes critérios: VEF1 (% previsto), mMRC e CAT Score, o que pode favorecer uma abordagem multidimensional e personalizada do paciente., 4. Achados Tomográficos; Sugerimos que se inclua no PCDT a recomendação de que achados de tomografia de tórax de alta resolução, como espessamento brônquico, enfisema e aprisionamento aéreo, sejam considerados indicativos de possível DPOC, especialmente em pacientes com história de exposição a fatores de risco e que estes paciente devem ser acompanhados e monitorados. , 5. Gravidade baseada apenas em VEF1 < 50%;, Discordamos da definição de gravidade com base exclusivamente no VEF1 < 50%. A classificação deve considerar também escalas de sintomas (mMRC e CAT) e frequência de exacerbações, como recomendado pelas diretrizes GOLD.</p>	<p>O fenótipo clínico tem impacto direto na abordagem terapêutica., 6. Tratamento – Comparação entre associações LAMA/LABA; Discordamos da diferenciação terapêutica entre umeclidinol + vilanterol e olodaterol + tiotrópico. Ambas as associações possuem eficácia clínica semelhante, e a escolha deve ser baseada na disponibilidade, preferência do paciente e decidido por concordância mútua entre médico e paciente, não havendo hierarquia entre elas., 7. Grupo A – Indicação de Broncodilatador; Sugerimos que o texto do PCDT seja mais claro em indicar qual broncodilatador (LAMA ou LABA) deve ser preferido nos pacientes classificados como Grupo A, conforme evidências mais atuais., 8. Grupo B – Monoterapia Broncodilatadora; Discordamos da manutenção da monoterapia broncodilatadora em pacientes do Grupo B com sintomas persistentes. Nestes casos, deve-se considerar a associação LAMA + LABA para melhor controle sintomático e qualidade de vida, conforme preconizado pela GOLD 2024. O que o PCDT propõe é um retrocesso no tratamento retornando o paciente para monoterapia broncodilatadora enquanto recomendações atuais dizem respeito a mudança das moléculas e do dispositivo inalatório e se necessário o acréscimo de outras terapias., 9. Eosinofilia e indicação de corticosteróide inalatório (CI);, Discordamos do ponto de corte proposto de > 300 células/μL para indicar o uso de CI associado a LAMA + LABA. Evidências apontam benefício clínico em pacientes com contagem = 100 células/μL, especialmente em casos de exacerbações frequentes., 10. Triple Therapy em dispositivo único (ICS + LABA + LAMA);, Reforçamos que a terapia tripla em dispositivo único demonstra superioridade clínica em relação ao uso isolado ou em múltiplos dispositivos.</p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	<p>Na página 9, no 1º parágrafo, em relação ao critério espirométrico para o diagnóstico de DPOC, é importante que vocês incluam o que determinam as diretrizes da SBPT (2002 e 2024): para a caracterização de distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO), a razão VEF1/CVF deve estar abaixo do limite inferior da normalidade (LIN), conforme os valores de referência da população brasileira. Também é essencial acrescentar ao critério diagnóstico da DPOC a presença de resistência específica das vias aéreas (sRaw) aumentada — acima de 8,5 para homens e 8,0 para mulheres — especialmente nos casos em que a espirometria não demonstrar VEF1/CVF abaixo de 0,7 (pós-BD) ou abaixo do LIN (pré ou pós-BD)., Na mesma página, no 2º parágrafo, é necessário que vocês EXCLUAM o uso do Pico de Fluxo Expiratório (PEF), pois não há respaldo científico que sustente sua utilização no diagnóstico de DPOC. A espirometria e/ou o sRaw devem ser priorizados como parâmetros diagnósticos., Na página 13, é fundamental acrescentar a possibilidade de uso de terapia tripla (LABA+LAMA+ICS) em dispositivo único para pacientes do grupo B com eosinófilos = 300 células/µL no sangue periférico., No grupo E, há pacientes com dissociação clínico-funcional, ou seja, pacientes exacerbadores com VEF1 pós-BD > 50% que também podem se beneficiar da terapia tripla. O tratamento precisa ser individualizado, e o PCDT deve contemplar esses casos. É necessário prever a possibilidade de terapia tripla para GOLD 2, 3 e 4 (VEF1 pós-BD = 80%)., Na página 14, é urgente corrigir a última frase para refletir corretamente que o perfil exacerbador (grupo E) considera eosinófilos = 100 células/µL no sangue periférico (e não 300).,</p>	"Na página 15, o Quadro 5 contém erros que precisam ser corrigidos: Grupo A: removam o LAMA isolado. Devem permanecer apenas SABA ou LABA, conforme disponibilidade no PCDT. Grupo B: eliminem a recomendação ""Se sintomas persistirem, considerar monoterapia com LAMA ou LABA"", pois não tem base técnica. , Acrescentem: a terapia tripla (LABA+LAMA+ICS) deve ser considerada em pacientes com eosinófilos = 300 células/µL, independentemente do VEF1 pós-BD, individualizando o tipo de dispositivo conforme a capacidade do paciente (pó seco ou aerossol). , Grupo E: substituam a combinação tiotrópico + olodaterol por alternativas adequadas para GOLD 2, 3 e 4. Em pacientes com eosinófilos = 100 células/µL ou com asma concomitante, priorizem a terapia tripla fixa, sempre individualizando o tipo de inalador. , A Figura 1 também exige revisão: Excluem o LAMA do Grupo A. Permitam todas as combinações de LAMA+LABA no Grupo B. Permitam a terapia tripla (LAMA+LABA+ICS) no Grupo B com eosinófilos = 300 células/µL. Permitam a terapia tripla no Grupo E com eosinófilos = 100 células/µL. Para pacientes em uso de terapia tripla com exacerbações persistentes, avaliem ajuste do dispositivo inalatório ou associação de azitromicina, roflumilaste ou dupilumabe., , "
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Atualmente temos a terapia tripla em único dispositivo que é recomendado pelo, Documento Gold e promove maior eficácia de tratamento por aumentar a adesão e por ser dispositivo spray , que facilita o uso em pacientes com fluxo inspiratório reduzido .	
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Apesar de apresentar boas mudanças na revisão do PCDT, acredito que pontos de melhoria podem ser atribuídos e se possível, considerados, como por exemplo, a recomendação da terapia tripla em dispositivo único, tornando-a indicada como preferencial, uma vez que a adesão do paciente será melhor (estudos que comprovam), diminuindo o risco de descontinuação do tratamento. Se a terapia tripla única for em spray, ainda terá o benefício de não necessitar de fluxo inspiratório mínimo. Hoje o acesso a espirometria em diversas regiões do País é deficitária e sabemos que cada paciente que exacerbá tem o risco de morte 5x maior do que quem não exacerbá.	Peak flow como parâmetro de avaliação não é o mais recomendado quando se trata de DPOC.
17/06/2025	Paciente	Muito boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	O relatório do PCDT está priorizando a utilização da tripla terapia aberta (LABA/LAMA + CI individual) e caso continue exacerbando recomenda a tripla terapia fixa em único dispositivo. O documento do GOLD recomenda a utilização de tripla terapia fixa prioritariamente para os pacientes GOLD E, em detrimento da tripla aberta. Um estudo de mundo real realizado na Espanha, comparou a tripla terapia aberta vs a tripla terapia fixa (as mesmas que foram incluídas no relatório atual). O grupo com a tripla fixa obteve maior adesão, menos exacerbação e menos custo para o sistema de saúde, quando comparada a aberta. Estudo em anexo.	
17/06/2025	Profissional de saúde	Boa	DPOC é uma doença adquirida, crônica, incurável, onde é fundamental que se tome medidas para melhorar a qualidade de vida deste paciente!. Com esta visão, sugerimos a tripla terapia em dispositivo único que, com certeza, trará melhor adesão ao tratamento, com menor risco de abandono, cujo uso é facilitado não requerendo fluxo inspiratório mínimo e isso ainda associado a um custo mais baixo.	
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Não
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Considero importante não limitar a indicação da terapia tripla baseada no valor estipulado de VEF1 e de eosinófilos, uma vez que pacientes candidatos ao uso dessa medicação, nem sempre apresentarão tais valores, seja por já estarem em tratamento, seja por interferência de outras medicações.	A adesão da terapia tripla é de grande importância para melhorar a adesão de vários pacientes, que na maioria das vezes são idosos, portadores de outras comorbidades, em uso de muitas medicações. Assim, terão maior facilidade em utilizar um único dispositivo com três medicações (broncodilatador e corticoide) além de maior facilidade com uso em spray, podendo inclusive utilizar com ajuda de espaçador.
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
17/06/2025	Interessado no tema	Regular	Pacientes que tem DPOC, são pacientes que são polimedicados e já usam vários outros medicamentos, de uso oral. A tripla terapia aberta, além de possuir uma menor adesão ao tratamento dificulta o uso do paciente ao tratamento. Além de aumenta a poluição do meio ambiente porque terá um aumento de gás liberado pelos dispositivos assim como maio número de descartes de bombinhas.	É importante que os pacientes tem opção de ter um tratamento, mais eficaz, seguro e que está baseado nas últimas recomendações e protocolos de uso/diretrizes, como o Gold. , Além disso acredito que o médico tem o direito de fornecer o melhor tratamento para o seu paciente.
17/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	A escolha da terapia tripla fechada é importante para aumentar a adesão ao tratamento, pois facilita o uso com dispositivo único e consequentemente reduzi o risco do paciente abandonar o tratamento	Sim. A proposta atual indica a terapia tripla convencional ou aberta, isto é, uso de dispositivos separados. Porém, o GOLD 2024 recomenda a terapia tripla fechada em um único dispositivo facilitando o uso diário e continuo, melhorando assim a adesão ao tratamento. A doença é crônica e progressiva. Ocorre mais em pacientes idosos que apresentam muitas comorbidades e fazem uso de muitos medicamentos para tratar , Sim. Na minha experiência o uso de um dispositivo único para a terapia tripla seria o ideal. A doença é crônica e progressiva, ocorre mais nos idosos que já são polimedicados pela comorbidades.,



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/06/2025	Interessado no tema	Regular	As pessoas que sofrem com essa doença, tem uma jornada difícil para ter o acesso ao tratamento, tem muitas limitações de locomoção dependendo da região do país e dificuldades , acesso ao exame de espirometria e muitas vezes não força para puxar a medicação pó do disposto. A tripla terapia em dispositivo único e spray pode facilitar o uso e adesão ao tratamento que é fundamental para melhora dos sintomas, reduzir exacerbões e internações que sobrecarregam o sistema público de saúde, além do custo ser menor.,	A tripla terapia em dispositivos únicos, representou um grande avanço no tratamento da Dpoc, em especial as apresentações em spray especialmente para os pacientes mais graves, falta de coordenação motora, visto que esses pacientes poderão utilizar a medicação em um Espaçador.
17/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Boa	"Sim. Embora a iniciativa de exigir avaliação por pneumologista para confirmação diagnóstica e prescrição terapêutica pareça promover segurança clínica, a ASBAG entende que sua aplicação indiscriminada representaria retrocesso à jornada do paciente no SUS e no sistema privado. Segundo dados do ""Demografia Médica no Brasil 2023"", há apenas 4.021 pneumologistas no país — o que equivale a 1,88 por 100 mil habitantes — e estão desigualmente distribuídos, concentrando 60% nas capitais, com apenas 3% na região Norte. Essa realidade evidencia a impossibilidade prática de encaminhar rotineiramente todos os pacientes com DPOC leve e moderada para avaliação especializada."	Ademais, desde 2022, o SUS conta com linhas de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) que asseguram diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com DPOC leve/moderada sem necessidade de referenciamento automático à atenção especializada, excetuando-se os casos graves, instáveis ou com comorbidades complexas. Esse modelo demonstra eficácia em ampliar o acesso, reduzir atrasos e descongestionar centros especializados — o que não apenas promove maior equidade, mas otimiza o uso dos recursos disponíveis.
18/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	Pontos negativos do PCDT para DPOC: , , 1. Os critérios de aprovação para fornecimento de LABA + LAMA para pacientes DPOC NÃO deveria englobar valores de VEF1 < 50%. A diretriz GOLD não orienta o tratamento de acordo com o valor do VEF1, mas sim em relação aos sinais e sintomas (escala mMRC ou CAT) e o número de exacerbões moderadas e/ou graves no último ano, classificando o paciente em ABE e, assim, determinando a medicação inalatoria a ser utilizada. , , 2. Outro ponto crítico da proposta atual é a indicação de início com a tripla terapia convencional ou aberta ou (*DISPOSITIVOS SEPARADOS*). No entanto, acreditamos que a nova diretriz deveria refletir as recomendações do *GOLD* e priorizar o que há de mais eficaz e seguro para os pacientes. Por isso, as triplas terapias fixas (em dispositivos único) são recomendados como tratamento *preferencial* para pacientes que precisam de tripla combinação.	Pontos negativos do PCDT para DPOC: , , 1. Os critérios de aprovação para fornecimento de LABA + LAMA para pacientes DPOC NÃO deveria englobar valores de VEF1 < 50%. A diretriz GOLD não orienta o tratamento de acordo com o valor do VEF1, mas sim em relação aos sinais e sintomas (escala mMRC ou CAT) e o número de exacerbões moderadas e/ou graves no último ano, classificando o paciente em ABE e, assim, determinando a medicação inalatoria a ser utilizada. , , 2. Outro ponto crítico da proposta atual é a indicação de início com a tripla terapia convencional ou aberta ou (*DISPOSITIVOS SEPARADOS*). No entanto, acreditamos que a nova diretriz deveria refletir as recomendações do *GOLD* e priorizar o que há de mais eficaz e seguro para os pacientes. Por isso, as triplas terapias fixas (em dispositivos único) são recomendados como tratamento *preferencial* para pacientes que precisam de tripla combinação.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	<p>item 4.1 – Diagnóstico, Pag 8 - Considerar histórico de Tuberculose com um fator de risco para desenvolvimento da DPOC – já existem inúmeros trabalhos demonstrando a alta prevalência de doença pulmonar crônica post-TB e com quadro clínico semelhante a doença oriunda de exposição ao tabagismo e outras fumaças tóxicas., Pag 9 – o item referente ao uso de PFE deve ser retirado, apesar de descrito na literatura de forma tímida para o diagnóstico da DPOC, na prática é algo que não faz parte de nossa realidade, apesar de simples, não existem equipamentos disponíveis e sua utilização de forma individual é inviável em qualquer cenário em nosso país., Critérios de inclusão – , Pag 12 e 13 , O texto não faz sentido pois após a sentença no início da pag 13 diz que o paciente deve apresentar: em seguida vem a descrição dos medicamentos, isso ficou sem sentido., E, portanto, não ficou definido os critérios de inclusão para o uso das terapias LABA+LAMA e LABA+LAMA+CI, Na definição dos grupos A, B, E – ficaram risco baixo,baixo e alto – vários estudos demonstram que o grupo B representam pacientes sintomáticos com perda de expressiva de função pulmonar e, portanto, deve ser alocado para no mínimo um risco moderado., Em relação à escolha do tratamento, está muito confuso o documento e contraditório em algumas partes, vejamos o seguinte:, Pacientes no grupo estão com indicação de SABA ou SAMA, isso não está correto essas medicações não estão indicadas para o tratamento da DPOC em nenhum dos seus estágios na fase de manutenção, apenas com terapia de alívio em casos de exacerbação da doença, portanto esse é um conceito que não pode constar no PCDT considerando que as diretrizes tem como foco o tratamento de manutenção da doença e não de suas exacerbações.,</p>	<p>O tratamento de escolha no grupo A deve ser LABA ou LAMA e para o grupo B LABA e LAMA , nesse quesito o texto também traz alguma incongruências uma vez que a associação Umeclinedin + Vilanterol e Tiotropio e Oladaterol são equivalentes na sua indicação , pois ambos são associações de LABA e LAMA, diferindo apenas na forma de uso de seus dispositivos , o 1º em pó e segundo e em névoa – merecendo destaque apenas para que possa haver dificuldades na administração dos mesmo de acordo com a capacidade inspiratória dos pacientes. Diante dos comentários, é imperativo que as apresentações SAMA, SABA e corticoides inalatório isolado não constem desse PCDT com medicamento para tratamento da DPOC, pois os mesmos não devem ser utilizados de forma isolada dos pacientes, incorrendo no risco de serem utilizados de maneira equivocada levando ao controle inadequado e progressão da doença. Manter tais medicações inclusive citando que elas estão disponíveis no Programa “Aqui Tem – Farmácia Popular” conforme nota na página 23 é no mínimo uma falha de juízo, pois isso vai acarretar a falsa impressão que para essa que é uma das principais causas de internação em nosso país e responsável por quase 50 mil mortes a cada ano, existem tratamento acessível para a população, o que não é verdade e esse é um momento histórico para que isso possa ser corrigido. Além do equívoco na proposição do uso de SABA, o erro é ainda mais grave quando sugere a utilização de Fenoterol – Beta-2 agognista – substância banida em alguns países do mundo devido a seu alto risco de eventos cardiovasculares e morte. (REF - https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/124464)</p> <p>Não deve constar desse PCDT também a utilização de corticoides sistêmicos, nem oral nem intravenoso , mesmo que sejam sinalizados que são medicamentos para tratamento das exacerbações – essa situação apresentam inúmeras particularidades que englobá-la no mesmo PCDT trará muita confusão.,</p>
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	ndn	<p>Nos pacientes que necessitarão uso de terapia tripla é conveniente e mais adequado utilizar terapia tripla fechada, seja com Trelegy ou Trimbow, tendo em vista que facilita a adesão, eficácia do uso com menos erros críticos e por consequências levando a melhora dos desfechos.</p>
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Do que lê, o único ponto que gera discussão é a separação entre os 2 tipos mais usados de LAMA e que tem avaliação distinta de aplicação. Não conheço trabalhos que embasem esta proposta. No mais um texto muito bem escrito e com boas bases científicas.	As opções por diferentes drogas e formas de inalação (spray, pó e névoa) são importantes em casos mais específicos.
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Tanto quanto quanto spiolto deveriam entrar como opção independentemente da espiro em 50%, sintomas e alterações no Cat são mais importantes. Porém a espirometria é necessária.	
18/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Tenho familiar em tratamento de DPOC , sei o quanto é importante o paciente ter o tratamento e ainda pensar na capacidade respiratória , principalmente quando o estágio é moderado a grave e uma terapia em um único dispositivo fixo em spray e névoa lenta e uniforme garante a eficácia e a qualidade de tratamento , não faz sentido manter uma terapia convencional , na prática não assegura adesão e confunde o paciente .	Terapia em mais dispositivos confundem .
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Tenho prescrito para meus pacientes, com uma resposta clínica extremamente satisfatória, principalmente nos pacientes com cardiopatia grave e doença pulmonar grave. Observo sempre o uso facilitado do dispositivo, sem necessidade de fluxo inspiratório mínimo em spray (o que em idosos é extremamente importante), levando a melhor adesão ao tratamento e menor risco de abandono ao tratamento, custo (os valores da tripla aberta se sobressaem ao valor da tripla fixa em spray) e tendo essa disponibilidade no sistema único de saúde leva a autonomia médica para a escolha do dispositivo de acordo com a necessidade do paciente. Vale ressaltar que o dispositivo inalatório presente hoje, aerolin, pode ser prejudicial para pacientes coronariopatas ou com arritmias.
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	"O GOLD não limita o tratamento da DPOC ao VEF1. É importante avaliar os sintomas e a presença de exacerbações. Portanto, limitar o uso do tiotropio+olodaterol somente aos ""graves"" por essa classificação, limita a terapia a uma parcela da população que também tem indicação desse tratamento a partir dos estudos. As evidências científicas para liberação dessas drogas não incluiam apenas pacientes com esse vef1. "	Não faz sentido liberar vilanterol/umeclidinílio para os casos considerados como leves se não vai liberar tiotropio/olodaterol.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	<p>Boehringer Ingelheim do Brasil Química e Farmacêutica Ltda., vem por meio desta comunicação, primeiramente destacar e reconhecer o elevado rigor técnico e científico empregado pelo Ministério da Saúde, pelas equipes envolvidas na elaboração e atualização do referido protocolo e congratular a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) que, assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITIS), vem realizando um excelente trabalho relativo à incorporação, e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS)., Por meio do documento encaminhado anexo, apresentamos, de forma respeitosa e construtiva, nossas contribuições técnico-científicas no âmbito da Consulta Pública nº 35/20251, referente à proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), publicada pelo Ministério da Saúde. Reconhecemos que o documento atualmente em consulta representa um avanço relevante na padronização do cuidado aos pacientes com DPOC no SUS, incorporando importantes recomendações alinhadas às melhores práticas assistenciais e aos consensos de abrangência internacional vigentes, contribuindo significativamente para a ampliação do acesso a tratamentos e procedimentos adequados à população brasileira.</p>	Não.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	<p>1. O uso do Pico de fluxo expiratório não é adequado para o diagnóstico de DPOC., 2. O critério para uso do tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol deve ser o mesmo para o uso do brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol: DPOC sintomáticos do grupo B ou E, independentemente do grau de obstrução, , 3. A DPOC é uma doença crônica, progressiva e altamente incapacitante, responsável por elevada morbidade, mortalidade e custos para o sistema único de saúde. A evidência científica acumulada nas últimas décadas demonstra que a terapia tripla com broncodilatadores de longa ação (LAMA e LABA) associada a corticosteróide inalatório (CI) proporciona benefícios clínicos significativos para pacientes com DPOC perfil exacerbador eosinofílico, bem como pacientes com pacientes com Sobreposição de Asma + DPOC., Dentre os principais benefícios da terapia tripla, destacam-se a Redução das exacerbações (Estudos, como o IMPACT e ETHOS, demonstraram que a terapia tripla reduz de forma consistente a frequência e gravidade das exacerbações, principal causa de hospitalizações e mortalidade precoce em DPOC), Melhora na função pulmonar e na qualidade de vida, Redução da mortalidade (Metanálises recentes indicam que a terapia tripla pode reduzir o risco de morte em pacientes com DPOC grave e exacerbações frequentes, consolidando seu papel como uma intervenção de alto valor clínico) e melhora da adesão a terapia medicamentosa) A disponibilidade de formulações em dispositivos de dose única diária facilita a adesão ao tratamento e mantém um perfil de segurança., Além disso, a inclusão da terapia tripla no SUS promoverá equidade no acesso a tratamentos modernos e eficazes, reduzindo desigualdades regionais e melhorando os desfechos em saúde para uma população altamente vulnerável. Por esses motivos, considero fundamental a incorporação da terapia tripla no protocolo terapêutico da DPOC no SUS.</p>	
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		O oferecimento de novas fórmulas triplas para o tratamento da DPOC resultará em uma diminuição da necessidade de internações hospitalares e melhor controle do tratamento da doença. A melhora da qualidade de vida será o grande ganho com o aumento da possibilidade de tratamento direcionado para cada fenótipo da doença.
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	não	não
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular		
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Importante considerar que o critério seja prioritariamente clínico, estratificado pela frequência de exacerbações, dispneia, qualidade de vida, abstinência ao trabalho, restrições para atividades comuns da vida e não apenas pelo perfil funcional	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	<p>1. Reconhecimento da DPOC como Doença Prioritária em Saúde Pública- A DPOC é uma doença crônica subdiagnosticada e subtratada, com elevado impacto social, funcional e econômico.O PCDT deve reconhecer a DPOC como prioridade em saúde pública., 2. Diagnóstico e Acesso a Medicamentos, * O uso do pico de fluxo expiratório (PEF) pode ser uma alternativa em locais sem espirometria, mas os parâmetros de corte e sua validade diagnóstica devem ser claramente definidos., * É essencial esclarecer se o PEF poderá ser aceito como critério para acesso a medicamentos no SUS, evitando barreiras terapêuticas e insegurança nos fluxos assistenciais., 3. Avaliação de Gravidade: Revisão do uso exclusivo do VEF1, * O VEF1 < 50% não deve ser usado isoladamente como critério de gravidade, pois não apresenta correlação linear com sintomas e impacto funcional., * A avaliação clínica deve considerar escalas padronizadas: , * mMRC (dispneia), * CAT (impacto multidimensional), * Esses instrumentos devem nortear o tratamento e os encaminhamentos., 4. Abordagem por Traços Tratáveis (Treatable Traits), * O PCDT deve incorporar o modelo de traços tratáveis, individualizando o manejo com base em características clínicas predominantes: , * Dispneia persistente, * Exacerbações frequentes, * Eosinofilia periférica, * Comorbidades como IC, ansiedade, osteoporose, tabagismo ativo, * Essa abordagem permite tratamento mais assertivo e custo-efetivo., 5. Uso Racional dos Corticoides Inalatórios (CI):A decisão deverá ser pautada pelos critérios clínicos e laboratoriais e não apenas pelo número de eosinófilos., * Estabelecer critérios clínicos e laboratoriais claros para a introdução do CI: , * Início da terapia tripla (LAMA + LABA + CI) se: , * = 2 exacerbações/ano ou = 1 hospitalização, * Eosinofilia = 300 células/μL, * Em pacientes já em dupla broncodilatação com exacerbações, considerar CI se eosinófilos = 100 células/μL, * Evitar CI em pacientes: , * Sem histórico de exacerbações, * Com eosinofilia baixa</p> <p>6. Eosinófilos: Consistência nos Critérios, * Há inconsistência entre texto e quadros do PCDT: o texto sugere “considerar” eosinófilos = 300, enquanto o quadro traz “apenas se”, * Dever haver padronização da linguagem e valorização dos parâmetros clínicos objetivos (mMRC, CAT) e número de exacerbações em conjunto com a contagem de eosinófilos, que é um marcador variável., 7. Classificação e Fluxograma GOLD , * Adotar o modelo GOLD 2023 com os grupos A-B-E, que facilita o uso prático e condiz com a abordagem contemporânea: , * Grupo A: Poucos sintomas e sem exacerbações – iniciar com broncodilatador de longa ação (LAMA ou LABA), * Grupo B: Sintomas significativos (mMRC = 2 ou CAT = 10) – iniciar com dupla broncodilatação (LAMA + LABA), * Grupo E: = 2 exacerbações/ano ou = 1 hospitalização – considerar tripla terapia (LAMA + LABA + CI) se critérios de eosinofilia forem atendidos, * O fluxograma atual do PCDT precisa ser revisto, pois apresenta erros conceituais e omissões que dificultam sua aplicabilidade., 8. Estratégias de Escalonamento e Desescalonamento Terapêutico, * Incluir diretrizes claras para: , * Escalonamento: com base em sintomas, exacerbações e resposta terapêutica, * Desescalonamento: considerar retirada de CI se: , * Eosinófilos < 100, * Ausência de exacerbações recorrentes, * Presença de efeitos adversos, * Reforçar que a dupla broncodilatação (LAMA + LABA) é a base para pacientes moderados a graves., * Não deve haver retrocesso para monoterapia em pacientes sintomáticos., * Ressaltar que, no SUS, não há disponibilidade de LAMA isolado, o que deve ser considerado nos fluxos., 9. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), * A APS deve ser capacitada e autorizada a: * Diagnosticar e tratar pacientes com DPOC leve e moderada,*Encaminhar apenas casos graves ou com complicações, 10-Capacitação Contínua da APS-A educação continuada é essencial para a efetividade do protocolo e sustentabilidade do sistema.,</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Boa	<p>O Relatório Preliminar do PCDT de DPOC é um avanço e merece reconhecimento, mas apresenta desafios para a implementação efetiva. Ressaltamos: a) a dificuldade de acesso à espirometria compromete o diagnóstico precoce, correto estadiamento e fornecimento de tratamento, b) a necessidade de capacitação de profissionais de saúde da APS para identificar e manejar casos leves e moderados, evitando encaminhamentos desnecessários à atenção especializada que hoje apresentam filas enormes de pacientes com diversos níveis de gravidade juntos, c) recomenda-se incluir alternativas diagnósticas (sintomas, fatores de risco e sinais clínicos) para contextos sem espirometria a tempo e podendo ser realizada a espirometria posteriormente, d) refazer fluxogramas e quadros para norteamento claro no diagnóstico, disponibilização tratamento na assistência farmacêutica e na referência e contrarreferência, garantindo seguimento adequado, e) a disponibilidade dos medicamentos inalatórios preconizados deve ser priorizada na rede, menos burocratizada, conforme recomendações e exigência do SUS para melhor adesão e controle dos sintomas, além de retirada de medicamentos que não fazem parte da lista de medicamentos disponíveis no SUS (LAMA isolado), f) reforçar a importância do manejo multiprofissional e das estratégias das medidas não farmacológicas e cessação do tabagismo, bem descritas na Linha de Cuidado em DPOC., Reconhecemos a necessidade de adaptação do PCDT à realidade dos serviços no Brasil, priorizando integralidade, equidade e acesso. Tais ações garantirão melhor rastreio, acompanhamento e qualidade de vida aos pacientes, racionalizando recursos na APS e nos níveis especializados. Sugerimos revisão desses pontos e melhorias visando a plena atuação da Rede SUS. Documento em anexo traz sugestões, figuras, quadros e referências para ajudar nessa revisão e documento orientador em consonância com a realidade do dia a dia da jornada desse paciente e seus atores.,,,</p>	<p>Acreditamos que a incorporação dessas sugestões tornará o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da DPOC um documento ainda mais robusto, prático e alinhado com as necessidades e desafios do sistema de saúde brasileiro, promovendo um cuidado de maior qualidade para os pacientes com DPOC., A Fundação PROAR acredita e trabalha com a educação dos pacientes e profissionais de saúde da atenção primária a saúde e realiza projetos de cuidados colaborativos em algumas regiões do Brasil com resultados significativos em relação a redução de hospitalização e reorganização dos encaminhamentos e atendimentos da atenção primária em asma e DPOC. Colocamo-nos sempre à disposição para trabalhos em conjunto., Documento anexo traz sugestões com referências,quadros e figuras.,</p>
18/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Não	Não
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	<p>Deveria ser incluído uso de LABA+LAMA em pacientes do grupo B (que tenham mMRC maior ou igual a 2, até 1 exacerbão sem internação) e que apresentem em espirometria a relação VEF1/CVF < 0,7 (considerado como distúrbio ventilatório obstrutivo). O documento GOLD não leva em consideração o VEF1 < 50% para indicação dessa terapia dupla, e isso dificulta muito o acesso da população mais sintomática para a medicação. Os mesmos acabam utilizando LABA+ICS muitas das vezes, sem a indicação correta do uso do corticóide inalatório. Também, o uso de terapia dupla é superior ao uso de terapia simples (uso apenas de LABA ou LAMA) como broncodilatação nos pacientes que apresentam distúrbio obstrutivo.</p>	<p>Gostaria de propor a inclusão da vacina DTPa para os pacientes com diagnóstico de DPOC. Também já está inserida como recomendação no documento GOLD 2025.</p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	e' necessário a tripla fechada, devido a dificuldade do paciente simples e senil (pacientes especiais: sequela AVC, com limitação do cognitivo etc) o pó não pode ser usado com espaçador e necessita de maior esforço inspiratório.	necessário mais de uma opção de dispositivo
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	"Gostaria de sugerir alguns pontos para ponderar ajuste: 1) No texto, no quadro 4, na descrição de GOLD E poderíamos simplificar deixando apenas a parte que se refere ao número de exacerbações para definir este fenótipo clínico, pois independente da quantidade de sintomas (sugestão para remover as duas primeiras linhas da coluna que se refere ao Perfil de sintomas/exacerbações na descrição de Grupo E), 2) No quadro 5, acredito que possa ficar confusa a redação que se refere na coluna de tratamento medicamentoso para o Grupo E, quando olhamos para Indicações de ICS apenas se: ""- Se exacerbações frequentes e contagem de eosinófilos entre = 300 células/ μ L, considerar ICS individualmente." acrédito que possa gerar um não entendimento e tentaria adaptar para algo como: para eosinófilos = 100 e < 300 com ao menos 1 exacerbação moderada de DPOC no último ano, considerar associar ICS à duplbroncodilatação., Referencias:, 1. The Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (updated 2025). Available on the GOLD website: www.goldcopd.org., 2. Fernandes FLA, Cukier A, Camelier AA, Fritscher CC, Costa CH, et al. Recommendations for the pharmacological treatment of COPD: questions and answers. J Bras Pneumol. 2017, 43(4):290-301."	Parabenizo pela iniciativa de adaptação aos moldes das recomendações mundiais vigentes para normatização da abordagem medicamentosa.
18/06/2025	Empresa	Boa	ver anexo	ver anexo
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa		Considerar além da espirometria, a condição clínica do paciente (grau de dispneia, número de exacerbações) na classificação do paciente para receber terapia dupla ou tripla.
18/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Comentários sobre a Figura 1 - Fluxograma de tratamento para pacientes diagnosticados com doença pulmonar obstrutiva crônica (página 34): , Para os pacientes do grupo B que NÃO tem resposta clínica adequada com uso de LABA + LAMA e presença de nova EXACERBAÇÃO, o fluxograma indica 'ALTERNAR LABA OU LAMA', sendo que nesse caso deve ser considerado pelo GOLD 2025 (página 58) avaliar associação de corticoides inalatórios (uso de LABA +LAMA + ICS) para os pacientes com contagem de eosinófilos = 100 células. , O termo "alternar" não ficou claro, pois indica que o paciente deve sair da dupla broncodilatação para monoterapia. , Sugiro incluir uma figura para orientar a troca de medicação dos casos de pacientes já em uso de LABA + ICS, conforme orientação do GOLD.,	É imprescindível deixar claro que o escalonamento do tratamento de dupla broncodilatação (uso de LABA+LAMA) para tripla terapia inalatória em um único dispositivo (LABA + LAMA + ICS) pode ser uma possibilidade nos casos novos episódios de exacerbação moderada e grave com uso de terapia tripla aberta (uso de dois dispositivos: um com LABA + LAMA e outro com ICS), independente de grau de obstrução pelo VEF1. Pois o uso de dois dispositivos aumenta a chance de erros de uso, principalmente em uma população mais idosa



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Tenho sugestões em relação ao diagnóstico clínico , ao diagnóstico laboratorial, aos critérios de inclusão e em algumas tabelas. Envio anexo com detalhes.	Sou professora universitária com longa experiência no manejo de DPOC. Vejo com satisfação o esforço dispendido na construção desse PCDT para DPOC. Acredito que pode e deve ser melhorado com alguns ajustes necessários, sob o risco de gerar distorções no diagnóstico e no acesso aos tratamentos disponíveis. Envio anexo com sugestões.
18/06/2025	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	"Sugerimos que seja incluída no documento uma menção explícita sobre a conduta a ser adotada para pacientes com DPOC que já utilizam a terapia combinada de um corticoides inalatório (ICS) com um beta-agonista de longa duração (LABA) e que apresentam bom controle da doença., A diretriz GOLD preconiza que, uma vez que o tratamento com LABA/ICS foi iniciado e se mostra eficaz em um paciente com histórico de exacerbações, sua continuidade deve ser a norma. Esta recomendação encontra-se em fluxograma da diretriz, que indica claramente a opção ""Continuar tratamento"" para o paciente estável e com boa resposta prévia."	"A justificativa para esta sugestão reside em pilares fundamentais do tratamento da DPOC, que são corroborados pelas próprias diretrizes e linhas de cuidado do MS: a correta técnica inalatória, a adesão ao tratamento e a preferência do paciente.., A troca de dispositivos inalatórios é um evento com potencial de prejuízo ao controle da doença. Conforme aponta o estudo de Oliveira et al. (2014), o uso incorreto dos inaladores é um contribuinte direto para a falha no controle da DPOC, levando a desfechos desfavoráveis., ""Um dos fatores documentados como importante contribuinte na falha do controle de asma e DPOC, resultando em aumento na procura por atendimentos de emergência e hospitalizações evitáveis, é a técnica incorreta de utilização dos dispositivos inalatórios."" 3, Essa preocupação é o cerne das orientações do próprio Ministério da Saúde, que em suas ""Linhas de Cuidado"". A troca de um dispositivo de pó seco (DPI), como o Aerocaps® para outro de mecanismo diferente exige um novo e completo ciclo de educação do paciente, introduzindo um risco desnecessário para aquele que já está bem adaptado., Como a combinação de formoterol + budesonida em cápsulas através do dispositivo Aerocaps® é amplamente utilizada em nosso país em pacientes com DPOC, o impacto da troca de dispositivo inalatório que não seja estritamente necessária, deve ser evitada., Já pacientes que não estão bem controlados, seja por sintomatologia importante (dispneia, cansaço) ou que tenham tido exacerbações graves no último ano, possuem indicação formal para a migração para terapias de broncodilatação máxima com (terapia tripla) ou sem o corticoides inalatório associado (LABA/LAMA). Nestes casos, o benefício clínico da mudança de tratamento supera o risco associado à troca do dispositivo. Contudo, para o paciente estável e sem exacerbações, a troca não se justifica clinicamente e adiciona riscos, não benefícios."



Dt. contrib.	Contribui como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	acrescentar conforme proposto o parâmetro dos questionários de sintomas oficiais existentes e não apenas valores de espirometria como é atualmente.	Muitos pacientes que necessitam das medicações inalatórias já existentes no programa, não tem acesso devido essa regra. , Os broncodilatadores são a pedra angular no tratamento da DPOC. A adição de um segundo broncodilatador de longa duração com um mecanismo de ação diferente aumenta os benefícios sobre diferentes desfechos, notadamente a dispneia e a frequência e gravidade das E-DPOC. A associação LABA + LAMA está indicada para pacientes com DPOC de moderada a muito grave, sintomáticos e nos exacerbadores.
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Para liberação de medicamentos, principalmente da dupla e da tripla, deveria ser incluída uma variante que contemple gravidade da DPOC (A,B, E), pelo grau de dispneia e pela exacerbação. E também a capacidade do paciente de usar dispositivo inalatório e não só pelo VEF1 inferior a 50%.	"Atualmente, o Xinafoato de Salmeterol em aerossol bucal 50µg, descrito na pág. 21 como um dos LABAs oferecidos, não possui registro válido pela ANVISA — o registro foi cancelado em 2017 e, desde então, permanece sem autorização para comercialização no Brasil. Em abril de 2021, a CONITEC recomendou a exclusão desse produto do SUS (Sistema Único de Saúde), o que foi formalizado pela Portaria nº 16 de 29/04/2021 — ressaltando que a ausência de registro anulava qualquer possibilidade de fornecimento[...]. https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/q/?nomeProduto=salmeterol , Os efeitos colaterais relatados na pag. 21 não são do Xinafoato de Salmeterol e sim do Xinafoato de Salmeterol + Fluticasona., Na pag. 22, 3ª linha, com relação aos ICS, onde está escrito "[...] eosinofilia sanguínea (contagem inferior a 100 células/µL), no caso de DPOC, consideramos eosinofilia acima de 300 células/µL., Na pag. 23, em relação Furoato de Fluticasona + Brometo de Umeclidínio + Trifénatato de Vilaterol dá a entender que são dois dispositivos, um com Fluticasona e outro com Umeclidínio + Vilaterol, mas é uma medicação só., , , , , é Resumo por forma e situação, , Produto Registro ANVISA? Registro cancelado? Disponível no SUS? Observações, Salmeterol 50µg aerossol Não Sim (2017) Não Exclusão recomendada pela CONITEC em 2021 é, Salmeterol + fluticasona (combinação) Sim Não Registro ativo, mas não incorporado ao SUS desde dez/2021, , , Atualmente, o Xinafoato de Salmeterol em aerossol bucal 50µg, descrito na pág. 21 como um dos LABAs oferecidos, não possui registro válido pela ANVISA — o registro foi cancelado em 2017 e, desde então, permanece sem autorização para comercialização no Brasil. Em abril de 2021, a CONITEC recomendou a exclusão desse produto do SUS (Sistema Único de Saúde), o que foi formalizado pela Portaria nº 16 de 29/04/2021 — ressaltando que a ausência de registro anulava qualquer possibilidade de fornecimento[...]. https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/q/?nomeProduto=xinafoato-de-salmeterol , "



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	<p>Sim, existe muita coisa que merece alteração, porém, primeiramente denotarei os pontos positivos relacionados ao Relatório preliminar:; - Atualização da classificação para o modelo ABE, alinhado com o GOLD., - Integração da contagem de eosinófilos na decisão sobre uso de corticosteroides inalados (ICS)., - Ênfase correta em medidas não farmacológicas (reabilitação pulmonar, cessação do tabagismo, educação em saúde)., , Pontos de Melhoria e Propostas de Alteração:; 1. Inclusão da avaliação multidimensional, - Proposta: Incorporar no início do fluxograma para diagnóstico um bloco de avaliação multidimensional estruturada, considerando além do grau de obstrução espirométrica, carga sintomática, exacerbações, tomografia de tórax e comorbidades., O que ocorre muitas vezes é que pacientes graves não conseguem realizar diagnóstico de DPOC mesmo em vigência de extrema gravidade, como em uma internação hospitalar por indisponibilidade de espirometria, portanto, não conseguindo acesso as medicações que são necessárias para o seu tratamento., , 2. Abordagem estruturada sobre fenótipos:, Proposta: Incluir etapa de definição fenotípica (Overlap Asma-DPOC, fenótipo enfisematoso, exacerbadores frequentes)., , 3. Indicação do ICS precisa ser mais refinada, Proposta: Adicionar no fluxograma uma caixa de contraindicações relativas ao uso de ICS, como pneumonia de repetição, bronquiectasias e história de tuberculose., , 4. Definição clara de descalonamento, Proposta: Inserir etapa clara no fluxograma para descalonamento do ICS, com critérios objetivos (eosinófilos <100, ausência de exacerbações, efeitos adversos)., , 5. Melhoria no seguimento e monitoramento, Proposta: Incluir uma caixa de reavaliação periódica, com checagem de adesão, técnica inalatória e avaliação de eventos adversos., , Conclusão, O PCDT carece de ajustes para se alinhar com os conceitos contemporâneos especialmente na integração da avaliação funcional e clínica, manejo mais iso de ICS e critérios claros para escalonamento.</p>	<p>Sugestão de Modificação Visual do Fluxograma:,, O fluxograma pode ser reorganizado em cinco blocos principais: 1. Avaliação Multidimensional Inicial, devendo incluir além do diagnóstico espirométrico, a presença de sinais evidentes de DPOC em tomografia computadorizada de tórax, por exemplo, como parte para diagnóstico da condição, conforme retratado em artigo publicado em 2025 no JAMA., , 2. Classificação ABE, como retratado atualmente no relatório preliminar proposto., , 3. Escolha do Tratamento Inicial baseado na classificação ABE, além de considerar fenótipos do paciente e baseado na contagem de eosinófilos., , 4. Avaliação de Resposta com análise de eventos adversos e focando na checagem de técnica inalatória adequada para definição dos próximos passos de tratamento., , 5. Ajuste Terapêutico não havendo possibilidade de descalonamento de terapias caso paciente já esteja com dupla broncodilatação (modelo atual envolve a retirada de terapia broncodilatadora).</p>
18/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	<p>Minha prima, tem DPOC. Iniciou o tratamento com o que estava no SUS, Anoro, mas não controlava as crises. A médica fez a inclusão de Clenil HFA., Ela não conseguia fazer uso certo dos remédios e continuava piorando. Então a médica dela passou Trimbow, explicou que ela teria que comprar mas que seria o remédio ideal para ela e de fato após começar a tomar esse medicamento, sua vida mudou positivamente. , A cada dela fica numa ladeira e tem escadas, antes de trimbow ela quase não conseguia subir a ladeira e se precisasse subir as escadas da casa, precisa esperar um tempo, hoje ela consegue subir a ladeira de uma forma bem diferente. Então acredito que precisam pensar nos pacientes, simplificar seus tratamentos.</p>	
18/06/2025	Paciente	Muito boa	<p>Os medicamentos para quem tem DPOC são o diferencial entre viver ou morrer. Simples assim!</p>	



—



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Paciente	Muito boa		"A oferta gratuita de fisioterapias para melhoramento da função pulmonar no paciente de , Dproc Crônica, e profissional de educadores físicos,é uma necessidade urgente,e porque não , dizer Crônica para os pacientes de doenças pulmonares., Exsite um descaso,desrespeito com esse ""público"" , quer seja, nos consultórios , médico-hospitalar, previdenciário...Estamos vivos! Mecessitamos de um olhar mais compassivo!, A DPOC não tem cura,mas tem tratamento! Deveria ser um tratamento mais humanizado., , "
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Acho fundamental alguns pontos de crítica:, - manter exclusivamente a espirometria como critério diagnóstico, entendendo que o pico de fluxo expiratório representa viés de análise importante para tal emprego, - possibilidade de classificar o paciente grave e muito grave por outra ferramenta de graduação que não seja espirométrica, podendo utilizar escalas de avaliação sintomática de fácil emprego (mMRC ou CATE), - que houvesse as mesmas indicações de introdução de terapias dupla ou tripla inalatoria, ficando a cargo do médico assistente escolher o tratamento mais pertinente , - naquele paciente que mantivesse dispneia a despeito do uso de dupla broncodilatação avaliasse adesão, capacidade técnica no uso do dispositivo, tratamento e manejo de comorbidades e não a sugestão de retirada de um dos broncodilatadores	
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	A Associação Crônicos do Dia a Dia (ACDD) manifesta seu apoio à Consulta Pública Conitec/SECTICS nº 35/2025, reconhecendo os avanços do novo PCDT de DPOC, que traz abordagens mais precoces e eficazes para o cuidado. No entanto, destacamos ajustes fundamentais para garantir clareza, equidade e efetividade na prática clínica., É essencial esclarecer o uso do Pico de Fluxo Expiratório (PEF) como alternativa diagnóstica. O texto não define parâmetros nem indica se o exame garantirá acesso ao tratamento. Isso pode criar barreiras injustas. Sugerimos explicitar valores de referência e o papel do PEF como ferramenta orientadora, especialmente em regiões sem espirometria disponível., Em relação ao corticóide inalatório, há inconsistências entre texto e quadros: o primeiro sugere “considerar” eosinófilos >300 cél/µL, enquanto os quadros usam “apenas se”. Essa rigidez desconsidera a variabilidade do marcador. Recomendamos incluir também critérios clínicos objetivos, como os escores mMRC e CAT, para orientar a decisão terapêutica., O fluxograma terapêutico precisa ser revisado, alinhando-se às diretrizes internacionais. Defendemos ainda a autonomia da Atenção Primária para diagnosticar e tratar casos leves e moderados, com referência apenas para situações graves — como já ocorre com hipertensão e diabetes. Para isso, é essencial garantir capacitação contínua dos profissionais da APS., A ACDD reforça que um protocolo claro, atualizado e executável é um instrumento de justiça social. Respirar é um direito de todos — e não pode depender da sorte, da burocracia ou do endereço. Por isso, esperamos que esta revisão torne o SUS ainda mais eficiente, humano e próximo de quem mais precisa.,	Não
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Tudo certo	Medicação necessário para melhor controle

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Empresa	Muito boa	<p>1. Critérios objetivos para indicação de corticosteroide inalatório (ICS), , Observa-se no novo PCDT uma incongruência entre os critérios apresentados na tabela — que estabelece eosinófilos =300 células/μL como indicativo para uso de ICS — e o texto descriptivo dos critérios de inclusão, que não faz menção a esse biomarcador. Considerando a robusta evidência presente nas diretrizes GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), nas quais a contagem de eosinófilos sanguíneos é preditiva de resposta ao ICS na DPOC, é fundamental que o PCDT apresente de forma explícita esse parâmetro, assegurando maior acurácia na estratificação dos pacientes e na decisão terapêutica., , 2. Diretrizes para desprescrição de LABA+ICS e transição para LAMA+LABA, , Diante do fato de que, até 2021, a combinação LABA+ICS era a única disponível no PCDT federal, torna-se imprescindível que o novo protocolo inclua recomendações técnicas claras sobre o processo de transição terapêutica para LAMA+LABA, conforme preconizado pela diretriz GOLD. A manutenção da terapia LABA+ICS em pacientes sem indicação clara (ex.: ausência de histórico de exacerbações associadas a eosinofilia) pode perpetuar quadros de subtratamento, aumento de risco de pneumonia e exacerbações. Ademais, recomenda-se que o PCDT conte com a possibilidade de o prescritor selecionar o dispositivo mais adequado às características clínicas, funcionais e cognitivas do paciente, promovendo a personalização do manejo farmacológico.</p>	<p>3. Revisão da exigência de espirometria para continuidade do tratamento, , Reconhece-se que a espirometria é o padrão ouro para confirmação diagnóstica da DPOC. No entanto, a exigência de sua realização periódica (a cada 6 meses) como condição para renovação terapêutica se mostra desalinhada às práticas clínicas e às diretrizes internacionais, além de pouco factível frente às barreiras de acesso observadas no SUS. Sugerimos que a espirometria seja mantida como critério diagnóstico inicial e que sua repetição periódica ocorra apenas diante de necessidade clínica específica (progressão dos sintomas, reavaliação diagnóstica ou mudança de conduta)., , 4. Critérios para indicação de dispositivos com névoa suave (SMI), , O texto atual do PCDT propõe restrição do uso de dispositivos com névoa suave (Soft Mist Inhaler — SMI) apenas para pacientes com VEF1 <50%. No entanto, à luz das diretrizes internacionais e de consensos técnicos, sugerimos a inclusão de parâmetros funcionais e clínicos adicionais, como a escala de dispneia mMRC =2, limitação funcional importante, dificuldade de coordenação motora ou incapacidade de gerar fluxo inspiratório suficiente para dispositivos de pó seco (DPI). Tal abordagem está em consonância com o princípio de individualização do tratamento e visa assegurar a efetividade terapêutica.</p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Como fundador e coordenador geral do FórumCCNTs, iniciativa cujo objetivo é favorecer parcerias entre os setores público, empresas privadas e entidades do terceiro setor (Objetivo de Desenvolvimento Sustentável - ODS 17) para o desenvolvimento e a implementação de soluções efetivas, sustentáveis e escaláveis para as Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNTs), conta atualmente com a participação de mais de 250 instituições engajadas para que o país atinja a meta 3.4 do ODS 3— reduzir em um terço a mortalidade prematura por CCNTs até 2030, cumprimento a CONITEC por esta atualização de PCDT e trago recomendações de nossa rede., A proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma demanda proveniente da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos (SECTICS), conforme Portaria SECTICS/MS nº 44, de 07 de outubro de 2024, que incorporou o dipropionato de beclometasona 100 µg, fumarato de formoterol di-hidratado 6 µg e brometo de glicopirrônio 12,5 µg no gerenciamento da DPOC grave e muito grave com perfil exacerbador, e Portaria SECTICS/MS nº 46, também de 07 de outubro de 2024, que incorporou o furoato de fluticasona, brometo de umeclidiníno e trifénatato de vilanterol para o gerenciamento de DPOC grave a muito grave com perfil exacerbador, conforme estabelecido no PCDT, no âmbito do SUS. , Além disso, a atualização se fez necessária para adequação dos critérios de diagnóstico da DPOC, em conformidade com as recomendações do Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) de 2024, que introduzem refinamentos na avaliação clínica e funcional da condição, enfatizando a importância da espirometria para confirmação diagnóstica e a classificação baseada na gravidade dos sintomas e no risco de exacerbações.	Em anexo nossas contribuições completas.
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		A inclusão dessas medicações ampliará o acesso, melhores cuidados e mais qualidade de vida aos pacientes com DPOC



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	"Sim, a CEFT sugere ajustes visando o alinhamento do texto da proposta quanto aos fluxos de autorização e dispensação na SES e a disponibilidade de medicamentos ofertados: 1) Recomendamos a exclusão medicamentos contemplados, mas que não estão disponíveis por via ambulatorial no SUS, a saber: Xinafoato de salmeterol (portaria SCTIE-MS nº 16/2021) e Bromidrato de fenoterol, 2) A proposta cita a possibilidade de "monoterapia com LAMA", no entanto, não há oferta de medicamento LAMA isolado no SUS. Desta forma, sugerimos a incorporação de uma alternativa terapêutica, ou, se não for possível, excluir essa possibilidade de uso no texto, evitando interpretações que induzam à solicitação de tratamento não padronizados. 3) No texto prevê o acesso medicamentoso à pacientes do Grupo A e B, independentemente do grau de obstrução, ou seja, sem necessidade de apresentar espirometria. Neste sentido, afim de possibilitar a avaliação documental das solicitações e considerando que o diagnóstico pode ser baseado em estratégias alternativas, sugerimos especificar o que será necessário apresentar para documentar o diagnóstico. 4) Rever fluxograma de tratamento para alinhar com o texto e as opções disponíveis no SUS, especialmente nos seguintes pontos: a. Excluir a possibilidade terapêutica "Alternar LAMA", pois não existe essa opção medicamentosa, b. No fluxograma o uso da terapia tripla LABA + LAMA + ICS está restrito eosinofilia = > 300 células/ μ L, todavia no texto possibilita também seu uso quando há exacerbões frequentes, 5) No item 8.2 tratamento medicamento – tópico Terapia tripla: afim de não ter dupla interpretação, sugerimos acrescentar que está indicado à pacientes Gold 3 ou 4 e não apenas a "pacientes do Grupo E, especialmente na presença de eosinofilia sanguínea = 300 células/ μ L ou quando há exacerbões frequentes, mesmo com uso de terapia dupla (LABA+LAMA)", "	"Sim. Visando uma maior equidade no acesso e melhor adesão ao tratamento, solicitamos a possibilidade de avalarem: 1. A associação umeclidínio + vilanterol é indicada para pacientes com DPOC sintomáticos pertencentes aos grupos B, todavia frequentemente temos relato de paciente com dificuldade técnica inalatória em pó. Solicitamos a possibilidade de considerar o uso do dispositivo em névoa, associação tiotrópico + olodaterol, à esta população (ex.: idosos ou pacientes déficit cognitivo/motor), delimitando bem os critérios para sua utilização., 2. O texto reconhece o uso de espaçadores como estratégia para melhorar a efetividade do tratamento. Contudo, este item não é padronizado, sendo seu fornecimento restrito a iniciativas isoladas de alguns municípios. Diante disso, sugerimos que seja avaliada a possibilidade de incorporação dos espaçadores à nível nacional no SUS e posterior pactuação em CIT quanto ao seu fornecimento., "



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Boa	<p>Sim. Recomendamos que o PCDT explice de forma mais clara o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado à pessoa com DPOC, detalhando os critérios clínicos que justifiquem o encaminhamento à atenção especializada. Embora o documento reconheça a importância da APS, ainda sugere de maneira genérica o encaminhamento ao pneumologista, o que pode não ser factível diante da escassez desses especialistas, especialmente fora dos grandes centros urbanos. Sugerimos também que o PCDT explice a recomendação de preferência por terapia tripla em dispositivo único quando disponível no SUS, pois o uso de múltiplos inaladores compromete a adesão. A indicação da terapia tripla também não deve se restringir apenas aos casos GOLD 3 e 4, mas incluir pacientes com histórico de exacerbações frequentes, como os pertencentes ao grupo E da classificação GOLD 2024, independentemente da espirometria. Outro ponto importante é a revisão da recomendação de espirometria anual para todos os pacientes. Diante da natureza crônica e não regenerativa da DPOC, sugerimos que a periodicidade seja individualizada, conforme evolução clínica. Por fim, o PCDT poderia ser aperfeiçoado com a inclusão de todos os códigos CID relacionados à DPOC (como J41.0, J41.1, J42, J43.1, J43.2 etc.) e uma melhor descrição dos tipos de inflamação (tipo 1, 2 e 3), fundamentais para uma abordagem terapêutica mais personalizada. A falta de medicamentos LAMA isolados no SUS e a ausência de mecanismos para fornecimento de espaçadores também devem ser abordadas como barreiras práticas à implementação das diretrizes. Mais detalhes no documento anexo., ,</p>	<p>Sim. É importante destacar a necessidade de maior alinhamento entre o PCDT da DPOC e a Linha de Cuidado publicada pelo Ministério da Saúde em 2022. Os dois documentos devem dialogar de forma sinérgica, especialmente nos critérios de classificação, fluxos assistenciais e protocolos de acesso a medicamentos. O fluxograma de manejo clínico do PCDT, por exemplo, poderia ser revisado para torná-lo mais claro e objetivo, facilitando a aplicação prática na atenção primária. Além disso, consideramos preocupante a possibilidade de o protocolo condicionar o acesso a determinadas terapias à contagem de eosinófilos de forma rígida. Embora esse seja um marcador relevante, ele não deve se sobrepor ao julgamento clínico e à avaliação de histórico de exacerbações, resposta ao tratamento e outros indicadores. Protocolos excessivamente engessados podem limitar a autonomia do profissional e prejudicar o acesso de pacientes que, mesmo sem exames laboratoriais disponíveis, se beneficiariam clinicamente da intensificação do tratamento. Também sugerimos que o protocolo inclua a previsão de uso de terapias-alvo em casos de exacerbações persistentes, mesmo com tratamento otimizado, e contagem elevada de eosinófilos. Há evidências crescentes que respaldam esse tipo de intervenção para um subgrupo específico de pacientes com DPOC. Mais detalhes no documento anexo., ,</p>
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Critérios para inclusão devem ser clínicos e de responsabilidade do especialista, sem necessidade de exames adicionais além da espirometria.	Pacientes já em uso de LABA/LAMA que necessitam aderir à terapia tripla não devem ser obrigados a apresentar exames adicionais
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa		Reforçar que a terapia tripla com dispositivo única disponibilizada pelo SUS seria um grande avanço no tratamento da DPOC, tanto pela efetividade quanto pela maior adesão dos pacientes. É o tratamento de escolha pela diretriz internacional GOLD, o principal documento que baliza as condutas na doença.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Ruim	<p>Sim, gostaríamos de incluir informações que consideramos fundamentais para aprimorar o texto da proposta do PCDT para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), garantindo maior efetividade clínica, acessibilidade e equidade no tratamento oferecido pelo SUS. Sugerimos que o texto passe a priorizar expressamente a tripla terapia em dispositivo único como a primeira escolha terapêutica para os pacientes elegíveis, visto que essa forma de apresentação favorece significativamente a adesão, reduz o risco de descontinuidade do tratamento e facilita o uso por pacientes com limitações funcionais, motoras ou cognitivas. A disponibilização do tratamento em um único dispositivo também minimiza os impactos da fragmentação entre farmácias básicas e especializadas, ampliando o acesso e a integralidade do cuidado. Outra proposta de alteração importante é a revisão da obrigatoriedade da espirometria anual como critério de manutenção do tratamento. Entendemos que essa exigência, além de gerar custos desnecessários ao sistema de saúde, representa um entrave para muitos pacientes com obstrução pulmonar severa ($VEF1 < 50\%$), que apresentam limitações importantes para a realização frequente do exame. Defendemos que a periodicidade da espirometria seja definida pelo profissional de saúde responsável, respeitando a autonomia médica e as particularidades clínicas de cada caso. Além disso, sugerimos que o texto reforce a importância de garantir dispositivos que não exijam fluxo inspiratório mínimo, como os sprays dosimetrados, assegurando que todos os pacientes, independentemente do grau de limitação respiratória, tenham acesso efetivo ao tratamento indicado. Essas alterações contribuirão para um protocolo mais inclusivo, sustentável e centrado nas reais necessidades da pessoa com DPOC.</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Interessado no tema	Muito boa	A Ventilação Não Invasiva (VNI) configura-se como modalidade terapêutica crucial na atenção domiciliar, fornecendo suporte ventilatório mecânico sem necessidade de via aérea artificial. Sua aplicação estende-se para além das afecções neuromusculares, sendo particularmente relevante em doenças pulmonares crônicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) hipercápnica, onde é eficaz no manejo da retenção crônica de CO ₂ , um benefício não alcançado apenas com oxigenoterapia., , No âmbito da atenção domiciliar especializada, como no Programa Melhor em Casa (PMc), a VNI é indicada para pacientes de alta complexidade e/ou cuidados paliativos que necessitam de desospitalização ou prevenção de reinternações por condições sensíveis à Atenção Primária (UPAs). Incluem-se usuários pós-desmame de ventilação mecânica invasiva (VMI), com necessidade de desmame prolongado em AD, bem como aqueles com doenças neuromusculares, distúrbios respiratórios do sono e DPOC, que requerem suporte ventilatório sistemático ou em exacerbações agudas., , Em pacientes com DPOC hipercápnica crônica, a VNI de longa duração (LTNIV), conforme diretrizes GOLD, possui recomendação Classe A para prevenção de traqueostomia e redução de complicações, atestando sua eficácia clínica. De forma geral, o uso criterioso da VNI diminui as taxas de intubação orotraqueal, mortalidade, custos assistenciais e frequência de hospitalizações., , No Brasil, a atuação profissional na VNI domiciliar é multiprofissional e regulamentada: fisioterapeutas (COFFITO Res. 402/2011, CREFITO-4 Parecer 001/2023, Caderno Boas Práticas AD 2024) possuem autonomia na indicação e manejo, enfermeiros (COFEN Res. 639/2020) são habilitados para montagem, monitoramento e ajustes sob coordenação médica, podendo instalar interfaces conforme protocolos (COREN-DF Parecer 16/2011). Esta regulamentação otimiza a gestão clínica e a acessibilidade da VNI no domicílio.	A Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, reforça a relevância estratégica da Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no cuidado a pacientes com necessidade de suporte ventilatório, seja invasivo ou não invasivo. Por meio do Programa Melhor em Casa, a assistência é estruturada para garantir a continuidade do cuidado a pacientes crônicos ou em situação de alta complexidade clínica, como os usuários das modalidades AD2 e AD3. Esses grupos incluem, entre outros, indivíduos em uso de ventilação mecânica, que demandam manejo clínico especializado, monitoramento contínuo e suporte terapêutico intensivo, adaptado ao ambiente domiciliar., , O modelo adotado pelo Melhor em Casa se fundamenta em acompanhamento multiprofissional e visitas sistemáticas, articulando saberes de diferentes áreas da saúde, como medicina, enfermagem, fisioterapia, dentre outros. Essa abordagem integrada permite não apenas a manutenção da estabilidade clínica e prevenção de complicações, mas também a humanização do cuidado, a redução de internações evitáveis e a desospitalização segura. A atenção domiciliar, conforme previsto na portaria, fortalece a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ampliando o acesso e promovendo a efetividade das ações em saúde a partir da atuação coordenada e contínua das equipes multiprofissionais junto aos pacientes e suas famílias., , Ao considerar sua aplicação na atenção domiciliar especializada, por meio do Programa Melhor em Casa (PMc) é necessário ressaltar que pacientes elegíveis ao programa são os que necessitam de assistência multiprofissional e visitas sistemáticas caracterizadas por mais de uma vez semanal, principalmente relacionados à desospitalização e prevenção de internações sensíveis à Atenção Primária à Saúde (encaminhadas para Unidades de Pronto Atendimento – UPA). Desse modo, é de suma importância para a sustentabilidade do SUS e assistência humanizada.,
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		Concordo com a proposta
18/06/2025	Empresa	Boa	Sim! Está especificado no anexo a ser enviado!	Reforçar a necessidade de clareza no texto em relação aos critérios a serem adotados para autorização de processos administrativos de solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Insistir na realização de espirometrias como diagnóstico funcional fundamental, entendendo que a monitoração de pico de fluxo é sujeita a muitos erros no caso da DPOC	
18/06/2025	Paciente	Muito boa		
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	ão
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular		
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Pacientes com prova de função pulmonar de VeF1 igual ou menor que 50, % , 02 quadros de mais por ano de exacerbações infecciosas	
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	"Apreciação: o protocolo apresentado está bom, mas carece de algumas correções para que possa refletir melhor a realidade do diagnóstico e tratamento adequado da DPOC, levando em consideração prática clínica e diretrizes de tratamento internacionais., Espirometria e PEF: recomenda-se remover as menções ao PEF como diagnóstico alternativo de DPOC nas páginas 9 e 12., Além disso, sugere-se retirar a obrigatoriedade de espirometria anual (página 30). A exigência pode prejudicar a continuidade do tratamento devido à dificuldade de acesso ao exame., Gravidade da DPOC: Inclusão de tabela comparativa de classificação da gravidade da DPOC* (VEF1, mMRC e CAT Score) baseado no que já foi proposto pela SBPT no estudo de Fernandes et al., 2017. O Objetivo é apoiar avaliação multidimensional e personalizada, especialmente em populações com dificuldade de acesso à espirometria., Corticoide Inalatório: revisar as recomendações das páginas 14, 15, 16 e 33, alinhando com as recomendações internacionais de tratamento (recomendar o uso de associação do ICS ao LABA/LAMA para pacientes exacerbadores com eosinófilos >100 células/ μ l., Terapia Tripla em Dispositivo Único: ajustar recomendações conforme GOLD 2025, priorizando terapias em dispositivo único. No Quadro 5 da página 28, reposicionar a terapia tripla fixa como primeira escolha e remover o termo ""Terapia tripla convencional""", que induz uso de múltiplos dispositivos., Demais contribuições em anexo., "	Precisamos garantir ao médico e maior possibilidade de escolha da terapia adequada ao paciente.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Empresa	Boa	A Pneumologia do IAMSPE atende semanalmente cerca de 60 pacientes com diagnóstico de DPOC., Observamos que há uma grande variabilidade de fenótipos entre esses pacientes, sendo que alguns são exacerbadores e apresentam VEF1 > 50%. A evolução desses pacientes muitas vezes é desfavorável se eles não forem tratados adequadamente, com exacerbações, idas ao pronto-socorro e internações em enfermaria e UTI, o que tem impacto na qualidade de vida e na sobrevida dos pacientes com DPOC, além de aumentar o custo do tratamento dos mesmos., Dessa forma, consideramos que o VEF1 pós-BD não deve ser um parâmetro único para planejamento terapêutico., Ainda sobre fenótipos, sabemos que esses pacientes tem idade avançada e comorbidades que tornam difícil o uso de determinados dispositivos inalatórios., Na nossa opinião, é importante que tenhamos disponível todos as opções de broncodilatadores e corticoides inalatórios em diferentes dispositivos, incluindo a terapia tripla em dispositivo único que irá garantir maior adesão ao tratamento., É necessário RETIRAR Pico de fluxo expiratório pois não há estudos de que esse seja um parâmetro diagnóstico para DPOC., Solicitamos que sejam modificadas na Figura 1 - fluxograma de tratamento, conforme sugerido abaixo:, * Retirar LAMA de Grupo A, * Qualquer associação de LAMA+LABA para o Grupo B, * Qualquer associado de LAMA+LABA+ICS para o Grupo E desde que haja Eosinófilos no sangue periférico = 300, * Qualquer associado de LAMA+LABA+ICS para o Grupo E desde que haja Eosinófilos no sangue periférico = 100, * Nos casos de = 2 exacerbões, já em uso de LAMA+LABA+ICS, deve ser avaliada a troca do dispositivo inalatório, e associação de Azitromicina, e/ou Roflumilaste, e/ou Dupilumabe.,	Consideramos que o PCDT para tratamento de DPOC é fundamental no contexto de saúde pública., A abertura dessa Consulta Pública foi imprescindível e, com certeza, irá melhorar aspectos que envolvem cerca de 14 milhões de pacientes., Acreditamos que a otimização do tratamento com esse novo PCDT associado a políticas públicas de cessação de tabagismo irão diminuir o impacto socioeconômico da DPOC no Brasil.
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	1 - O pico de fluxo expiratório (PFE) não deve ser usado, mesmo em conjunto com questionários clínicos, para o diagnóstico de DPOC. A espirometria é um exame de baixo custo e fundamental no diagnóstico. Além disso, em regiões de difícil acesso deve-se considerar como seria higienizado o PFE, , 2 - Sou médico pneumologista e trabalho no SUS com ambulatório de DPOC e temos pacientes que usam a combinação olodaterol + tiotrópico, acho que essa combinação também deveria ser alternativa para pacientes do grupo B, , 3 - Para pacientes do grupo E (exacerbadores) não deve-se restringir o acesso ao corticóide inalado em terapia tripla baseado no grau de obstrução, já que há muitos pacientes exacerbadores que são Gold 1 e 2, , 4 - não ficou claro pra mim se o uso da terapia tripla fechada (LABA + LAMA + ICS) será restrita a pacientes com eosinófilos acima de 300, pois não concordo com essa indicação visto que pacientes que exacerbam muito podem ter eosinófilo baixos devido ao uso frequente de corticóide sistêmico	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Interessado no tema	Boa	Gostaria de ressaltar a importância não somente da análise do VEF1 como também dos sintomas MMRC e CAT para critério de inclusão de pacientes . Além disso sugiro que as triplas terapias fixas sejam inseridas como tratamento preferencial pois melhoraram a adesão ao tratamento, reduz risco de abandono e facilita o uso dos pacientes com apenas 1 dispositivo ao invés de 2 ou mais. O médico precisa ter a sua autonomia na escolha do dispositivo mais adequado para cada paciente. Ressalto ainda que isso reduz custo para as secretarias de saúde com apenas 1 dispositivo para o paciente.	
18/06/2025	Paciente	Muito boa		
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Em minhas experiências como Pneumologista do IAMSPE e de Hospital Nipo-Brasileiro, acredito que esse PCDT seja de fundamental importância para abrangência de maior número de pacientes com DPOC. Sobre o diagnóstico espirométrico de DPOC, é importante destacar o que as recomendações da SBPT (tanto de 2002 quanto de 2024) orientam que para identificar o distúrbio ventilatório obstrutivo, a relação entre o VEF1 e a CVF deve estar abaixo do limite inferior da normalidade (LIN), de acordo com os parâmetros brasileiros de função pulmonar. Além disso, o uso do Pico de Fluxo Expiratório (PEF) deve ser retirado, pois não há estudos que comprovem sua eficácia na avaliação de pacientes com DPOC. No quadro 5, no Grupo B, não existe a possibilidade de usar monoterapia portanto deve ser retirada essa possibilidade. Deve ser acrescentado o uso da dupla terapia LAMA+LABA em dispositivo névoa pois há pacientes nesse grupo que não conseguem inalar o pó seco. No quadro 5, no Grupo E, deve ser incluída a possibilidade de utilizar LAMA+LABA+ICS em qualquer dispositivo, se Eosinófilos periféricos = 100, segundo está descrito no GOLD 2025. O tratamento da DPOC deve ser individualizado, e o PCDT deveria contemplar esses casos acima supracitados. Deve ser retirado LAMA isolado no Grupo A.	A importância de um tratamento adequado para a DPOC reside na necessidade de o médico conhecer e compreender os diversos dispositivos inalatórios disponíveis no mercado, pois essa variedade permite que ele possa selecionar a opção mais adequada às características específicas de cada paciente, levando em consideração fatores como a capacidade de uso, preferências, adesão ao tratamento e gravidade da doença, de modo a individualizar a terapia e otimizar os resultados clínicos, melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de exacerbações e complicações associadas à doença., , ,
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	No que tange ao tratamento não medicamentoso para além de reabilitação pulmonar, oxigenoterapia, cirurgia, cessação do tabagismo e fisioterapia respiratória, não incluiram a ventilação não invasiva como terapia para os casos de insuficiência crônica hipercapnica. Ja existe evidências bem robustas inclusiva descrita no GOLD que o DPOC graves para além de oxigenar também é necessário ventilar. (REF GOLD 2025, pag 68, 69 e 70)	Pensando na lógica de linha de cuidado para o DPOC Grave a importância de recomendar e disponibilizar a terapia ventilatória, vai orientar melhor os profissionais de saúde a indicar e estimular os gestores a permitir o acesso a esse tipo de terapia, pois o não uso da VNI em exacerbação aguda e na manutenção da insuficiência crônica pode favorecer a exacerbação, internações prolongadas em UTI, Intubação , traqueostomia =, aumentando a mortalidade e as comorbidades e para alguns a dependência da ventilação domiciliar invasiva ou não invasiva. Então a importância de ventilar de forma não invasiva os casos mais graves antes das exacerbações podem reduzir a demanda por internações e dependências de tecnologias.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	É de se atentar que para pacientes graves e muito graves a terapia tripla fixa em dispositivo único deverá ser a preferência ao tratamento. O texto não é claro, e gera interpretação dúbia quanto a menção da possibilidade atual ics + laba/lama esta a chamada tripla aberta deverá ser apenas utilizada caso a tripla fixa em dispositivo único não esteja disponível.	A espirometria ainda é um exame de difícil acesso em alguns estados e localidades da região, e não poderá ser limitador de acesso.
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	"Sim, sugiro que o exame de espirometria não seja obrigatório anualmente para dispensação dos medicamentos. Deve-se deixar claro no PCDT que o exame pode ser realizado na manutenção do tratamento ""a critério médico"", se necessário, pois caso contrário será uma barreira de acesso à continuidade dos tratamentos, pois na prática cotidiana os pacientes não conseguem acesso fácil e em tempo oportuno ao exame espirométrico. Sugiro que no quadro de opções terapêuticas a terapia tripla fixa em um único dispositivo, seja priorizada em detrimento da terapia tripla aberta, conforme preconizado no GOLD. Pois, a incorporação da terapia tripla fixa em um único dispositivo no SUS se deu para melhor adesão ao tratamento dos pacientes com DPOC grave, logo a priorização do dispositivo único deve ficar explícita neste no texto do PCDT. "	O algoritmo de tratamento descrito no PCDT não reflete as diretrizes do GOLD, inclusive consta indicação de medicamentos não padronizados/incorporados no SUS (LAMA isolado, por exemplo), sugiro revisar.
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Não devemos avaliar uma terapia para pacientes com DPOC somente pelos critérios espirométricos e sim conjuntamente com critérios clínicos. Segundo todos os estudos sobre DPOC e também a nossa prática clínica, um paciente se beneficiar de terapia com olodaterol+tiotrópico quando for muito sintomático, mesmo com VEF1 acima de 50% e não conseguir ter um fluxo inspiratório grande, não conseguindo que a medicação atinja todas as vias aéreas. Também pacientes com eosinofilia acima de 300 têm indicação das terapias tríplice como vilanterol+ furoato de fluticasona +umeclidímio ou beclometasona + glucopirrônio+ formoterol com benefício imenso do prognóstico e qualidade de vida com estes medicamentos, mesmo com VEF1 acima de 50%. Estes pacientes em uso destes esquemas vão menos aos serviços de emergência e também internam menos. Então o que fica é que a liberação de uma medicação para tratamento de DPOC não deve ser atrelada somente pelos critérios espirométricos e sim por critérios clínicos também associados.	O texto em sua fase inicial até coloca a importância espirométrica mas não isolada, referindo também a importância clínica, mas para a liberação da medicação só coloca a importância espirométrica.
18/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Para casos mais graves. deixar à escolha do médico as opções de uma bombinha unica. Pois meu pai usava 2 bombinhas e não sabia fazer direito e quando usar uma ou outra. Sei o quanto usar uma bombinha somente melhorou o tratamento do meu pai. Vi que isso não está claro e me parece que a primeira opção é 2 bombinhas. Tirar a exigência de exame de sangue com mais de 300 eosinófilo também é importante para usar 3 produtos num único medicamento fará muita diferença.	Existe casos onde o paciente não tem aquele protocolo para receber o medicamento. abrir possibilidade do médico relatar o caso de cada paciente e assim o paciente poder pegar a medicação é fundamental para o tratamento, mesmo não se enquadrando no perfil inicial. SUS deveria disponibilizar também espaçadores para casos mais graves onde o paciente não conseguir fazer uso da medicação sem o auxílio deste espaçador. beneficiaria muitos pacientes
18/06/2025	Interessado no tema	Regular	Exclusão de Pik Flow e aumentar o tempo de exigência da espirometria. Ao invés de a cada 6 meses, uma vez por ano ou mais.	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Sim. Anexarei um documento com minhas sugestões.	
18/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Para os pacientes que não conseguem controle da DPOC e permanecem com sintomas, deveriam migrar diretamente para a Tripla terapia Spray em dispositivo único.	Tive oportunidade de acompanhar um amigo com a doença, ele passou a usar um só dispositivo com a Tripla Spray, com o aval do médico e com espaçador, a melhora foi muito importante para sua vida, reduzindo as crises anuais.
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Sim. Em pacientes com DPOC, o uso de eosinófilos acima de 300 não condiz com as diretrizes mais utilizadas para tratamento da doença, que é o GOLD. O ponto de corte de eosinófilos para a decisão de uso de corticoide inalatório em pacientes com DPOC é acima de 100, conforme o quadro de cada paciente. Nesse caso, sugiro que o PCDT seja modificado para eosinófilos acima de 100 ou 150. Da mesma forma, não utilizamos pico de fluxo para diagnóstico nesses pacientes, o que dificulta se for necessário para conseguir a medicação. Outro ponto importante é o fato de que o VEF1 do paciente não está associado aos sintomas do mesmo. Um paciente pode ser muito sintomático e ter limitações nas atividades diárias e apresentar VEF1 >50%. Nesse caso, se o PCDT mantiver esse ponto de corte para acesso à medicação, estaremos deixando de tratar e prevenir exacerbações em pacientes que precisam do tratamento mas ainda não apresentam perda de função pulmonar com VEF1<50%. Sugiro reduzir esse ponto de corte para obtenção das medicações.	Acredito ter feito todos os comentários no campo acima.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	<p>Na página 9, em relação ao diagnóstico espirométrico da DPOC, deveria-se usar as diretrizes da SBPT (edições de 2002 e 2024), que orientam que, para caracterizar um distúrbio ventilatório obstrutivo, a relação VEF1/CVF deve estar abaixo do limite inferior da normalidade conforme os valores de referência da população brasileira. Sugiro acrescentar ao diagnóstico da DPOC a avaliação da resistência específica das vias aéreas (elevada quando superior a 8,5 em homens e 8,0 em mulheres), nos casos em que a espirometria não evidencie VEF1/CVF abaixo de 0,7 (pós-broncodilatador) ou abaixo do LIN (pré ou pós-BD). Ainda na página 9, no segundo parágrafo, recomendaria remover a utilização do Pico de Fluxo Expiratório (PEF), uma vez que não existem evidências na literatura que respaldem seu uso no diagnóstico da DPOC., , No terceiro parágrafo da mesma página, é necessário corrigir a definição da relação VEF1/CVF para = 0,7 no pós-broncodilatador. Para pacientes classificados como PRISm, pode-se também considerar o diagnóstico de DVO por meio da sRaw., , O Quadro 1 precisa ser ajustado de acordo com todas essas recomendações., , Na página 13, deve-se incluir que pacientes do Grupo B também podem fazer uso de terapia tripla em dispositivo único (LABA + LAMA + ICS), desde que apresentem contagem de eosinófilos no sangue periférico = 300 células/μL, logo acrescentar essa opção terapêutica., , Em relação ao Grupo E, reconhecer que existem casos com dissociação clínico-funcional: pacientes que apresentam exacerbações frequentes, mas que não possuem VEF1 pós-BD < 50%, o que faz com que se beneficiem de terapia tripla desde que tenham eosinofilia > 100. Sugiro incluir a possibilidade de terapia tripla nesse Grupo E, para pacientes classificados como GOLD 2, 3 e 4, ou seja, aqueles com VEF1 pós-broncodilatador = 80%. Na página 14, corrigir a última frase, que faz referência ao perfil exacerbador, pois foi citado incorretamente o valor de 300 células/μL, deveria ser 100 células/μL.</p>	<p>Na página 15, o Quadro 5 apresenta diversos equívocos que precisam ser corrigidos:, , Para o Grupo A, na primeira linha, não se recomenda o uso isolado de LAMA, até porque esse medicamento não está disponível em nenhum PCDT. As opções devem ser restritas ao SABA ou LABA., , No Grupo B, na segunda linha, deve ser removida a frase: "Se sintomas persistirem, considerar monoterapia com LAMA ou LABA", pois ela não tem respaldo e não faz sentido., , Deve ser adicionada a possibilidade de terapia tripla (LAMA + LABA + ICS) nos casos em que a contagem de eosinófilos no sangue periférico seja = 300 células/μL, independentemente do valor de VEF1 pós-BD, sempre considerando a escolha do dispositivo (pó seco ou aerossol) de acordo com as condições clínicas do paciente., , Para o Grupo E, na terceira linha, é necessário ajustar a indicação do uso de tiotrópio + olodaterol para pacientes GOLD 2, 3 e 4., , Nos pacientes do Grupo E que apresentem eosinófilos no sangue periférico = 100 células/μL ou diagnóstico concomitante de asma, a preferência deve ser pela terapia tripla fixa (LAMA + LABA + ICS), sempre adaptando à melhor via de administração (pó seco ou aerossol), para os casos classificados como GOLD 2, 3 e 4 (VEF1 pós-broncodilatador = 80%). Além disso, é fundamental EXCLUIR do Grupo E, no Quadro 1, as seguintes expressões, pois estão incorretas:, , "Contagem de eosinófilos = 300 células/μL ou asma concomitante", , , "Se exacerbações frequentes e contagem de eosinófilos entre = 300 células/μL, considerar ICS individualmente", , , "Se exacerbações persistirem, considerar LAMA + LABA + ICS", , , A Figura 1 também requer revisão, conforme as seguintes orientações:, , Remover a opção de LAMA isolado no Grupo A, , , Permitir qualquer combinação de LAMA + LABA no Grupo B, , , Autorizar o uso de LAMA + LABA + ICS no Grupo B, desde que a contagem de eosinófilos no sangue periférico seja = 300 células/μL, , , Permitir LAMA + LABA + ICS no Grupo E quando a contagem de eosinófilos for = 100 células/μL,</p>
18/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Boa		
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Reforço a necessidade de adequar o tratamento para os pacientes com VEF1 acima de 50% mas que são muito sintomáticos.	Reforço a necessidade de adequar o tratamento para os pacientes com VEF1 acima de 50% mas que são muito sintomáticos.
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Esse medicamento é indispensável para o tratamento de pacientes portadores de DPOC grave
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	não	não



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Sim. Na página 9, no 2º parágrafo: deveria retirar o uso de PFE pois esse parâmetro não se aplica a DPOC. Na página 13, os pacientes do grupo B também podem utilizar tripla terapia em um único dispositivo, caso apresentem eosinófilos no sangue > 300. No grupo E, existe o grupo dos pacientes que exacerbam e tem VEF1 pós BD > 50% que podem se beneficiar da terapia tripla. Na página 14, sugiro corrigir a frase que define o perfil exacerbador pois a contagem de eosinófilos foi atualizada para 100. Na página 15, sugiro corrigir as terapias, no grupo A : a opção terapêutica certa é LABA ou SABÁ, sugiro retirar o LAMA. Para o grupo B : acrescentar a possibilidade de tripla terapia (LABA + LAMA + ICS) em caso de > ou = 300 no sangue periférico. No grupo E sugiro modificar o uso de tiotropio e olodaterol para o GOLD a partir de 2.	
18/06/2025	Organização da Sociedade Civil	Boa	No texto em anexo detalhamos os pontos críticos e as sugestões pertinentes.	
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Gostaria que os pacientes muito sintomáticos também tivessem disponibilidade de receber a terapia tripla, não estando essa liberação apenas vinculada ao VEF1. O gold já indica terapia tripla para pacientes com VEF1 acima de 50%, quando eles têm exacerbações e são muito sintomáticos. Não considero que a necessidade de prova de função pulmonar anual deva ser uma exigência.	A terapia tripla melhora a sobrevida, qualidade de vida e diminui as exacerbações, além de causar impacto no custo social.
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Sim., Para o diagnóstico da doença: Não deve limitar o padrão obstrutivo como sendo relação VEF1/CVF abaixo de 0,7 e sim abaixo do limite inferior de normalidade. Se no laudo não houver limite inferior de normalidade que se consideraria abaixo de 0,7., , Não limitar a definição do uso do dispositivo com a associação LABA/LAMA apenas pelo grau de obstrução. O melhor uso da medicação depende de vários fatores como coordenação, pico de fluxo inspiratório, idade do paciente, dentre outros. De forma que a limitação pelo grau de obstrução prejudica a decisão para determinados tipos de paciente. A associação é para qualquer paciente de perfil exacerbado ou que permanece sintomático com a monoterapia.	Não



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	", Não limitar o tratamento da DPOC ao VEF1 isoladamente. Este, não é bom preditor de sintomas e exacerbações., A recomendação brasileira propõe que a classificação da gravidade da DPOC; •grave: estágio 3 da escala mMRC ou VEF1 (pós-BD) entre 30% a 50%, •muito grave: estágio 4 da escala mMRC ou VEF1 (pós-BD) < 30%, •utilize o critério de pior resultado entre a escala mMRC e VEF1 (pós-BD) ou CAT"	-Os achados tomográficos também são importantes para diagnóstico e avaliação da gravidade , podendo ser levado em consideração também., , -Para pacientes com VEF1 menor que 50% e dificuldade no uso de inalador de pó seco, avaliar isoladamente cada caso e não deixar restrito a uma combinação específica como proposto , pois tem casos graves que indicação seria terapia tripla fechada e não dupla. Pois a terapia tripla fechada em dispositivo único mostra melhor adesão e praticidade por parte do paciente.Cada paciente tem sua individualidade e o fenótipo do paciente aliado a facilidade do uso pode variar e o médico especialista na área de pneumologia avaliando cada paciente vai conseguir ver qual melhor dispositivo para o paciente., , -A indicação de associação do uso de corticóide inalatório não basear apenas na eosinofilia acima de 300 pois pacientes graves podem estar em uso de corticóide oral e não atingir este valor, Avaliar também se história de hiperreatividade bronquica prévia , se teve 1 internação no último ano ou se 2 ou mais exacerbações .Que seria o grupo E., , - Os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses demedicamento(s) prescritas e dispensadas , principalmente na abertura do processo precisa ser feita por médicos Pneumologistas, que tem um melhor conhecimento dos critérios de estadiamento e tratamento , para que possa ser feita a indicação e seleção dos pacientes dentro dos critérios estabelecidos., ,
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Como especialista, docente e médico assistente do sistema público de saúde, sou favorável à redação do PCDT e faço algumas ressalvas importantes. Lembro que um paciente com diagnóstico de DPOC pode ter VEF maior do que 50% e mesmo assim ser um exacerbador, com risco de hospitalização e morte e diante disso, reforço a importância do mMRC como critério de gravidade. Outro ponto importante é a imposição da espirometria para renovação da LME, o que no sistema público é muitas vezes inviável e poderá, de alguma forma, descontinuar um importante tratamento. Lembrar também que o benefício da terapia tripla com corticoide está nos casos de DPOC eosinofílico, com isso a necessidade de confirmar esta condição.	PCDT bem redigido, abrangente, atenção para alguns pontos descritos acima.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Considero muito significativa a inclusão da associação LABA/LAMA (Umeclidínilo/Vilanterol) para pacientes classificados como grupo B independente do critério funcional, no entanto, o que teremos de opção para pacientes do grupo B, que não tenham um VEF1 menor que 50% mas que não sejam capazes de inalar medicamento com dispositivo de pó seco, como por exemplo aqueles com déficit cognitivo ou motor?? Entendi que o Tiotrópico/Olodaterol com dispositivo em névoa só poderá ser fornecido para pacientes com VEF1 menor que 50% e pertencentes ao grupo E, mas existem pacientes grupo B que não são capazes de inalar pó seco e seria interessante que essa situação especial (pacientes com déficits cognitivo ou motor comprovado) fosse descrita como uma condição para pacientes grupo B também terem acesso a terapia dupla com dispositivo em névoa, independente do critério funcional.	
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Deve-se pensar em diagnóstico e tratamento para todos perfis de paciente. E inserindo espirometria como critério para identificação do paciente, pode deixar de fora por exemplo pacientes que conseguem realizar o exame. Prejudicando-os no acesso às medicações por falta de diagnósticos levantados no protocolo. Existe para esses perfis de pacientes outros parâmetros que podem ser considerados alternativos na identificação da dpc, como por exemplo: imagem radiológica, sintomas, questionários que podem ser aplicados e utilizados. E utilizar pico de fluxo expiratório não seria eficaz pois é um método pouco sensível (ele poderia estar apenas como sugestão e ficar como coadjuvante) ., Com relação ao tratamento independente de grau de obstrução deve haver uma opção de dispositivo inalatório em spray e pó. O spray serve para todos perfis de paciente pois necessita de baixo fluxo inspiratório e pode ser utilizado com espaçador. Além disso o Gold recomenda a utilização de um único dispositivo, que ajuda na adesão à terapia e na facilitar o tratamento para o paciente. As terapias em dispositivo único devem estar como preferências nas recomendações. Grupo E para tratamento com dispositivo em pó não existe restrição de obstrução porém para outras terapias, também poderia ser flexibilizado. Como exemplo paciente que tem eosinófilos acima de 300 e tem um valor de Vf1 53%, ele não poderá uma tripla terapia? , Reitero que paciente devem ter a opção de terapias em spray em todas etapas de tratamento. No trecho que menciona tripla terapia convencional, onde indica tripla terapia em múltiplos dispositivos deveria estar como alternativo, primeiro a recomendação de tripla terapia em dispositivo único para maior adesão do paciente ao tratamento. , Os testes de espirometria ainda é uma dificuldade para boa parte da população, existe uma fila de exames para serem realizados pelo SUS, e como a dpc é uma doença crônica de manejo permanente não necessitando de espirometria anual.,	Gostaria de destacar que a mortalidade por dpc no Brasil é alta. Sendo ela a quinta causa de morte. É uma doença incapacitante e que traz um prejuízo na qualidade de vida do paciente. O acesso simplificado as medicações que estarão disponíveis é um dever do estado.
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Interessado no tema	Regular	"Sim! Dada a robustez deste PCDT, restrinjo minha contribuição apenas à parte que me chamou a atenção, devido à ausência de algo que já a literatura recomenda, a CONITEC já incorporou e já foi pactuado pela CIT, com portaria publicada. , Acredito que, possivelmente pela robustez do texto, esta etapa possa eventualmente ter passado desapercebida do grupo de autores e autoras. , Neste sentido, compartilho minha sugestão de inclusão ao texto final. É imprescindível que seja incluído como Tratamento Não Medicamentoso a Ventilação Mecânica Invasiva. , Seja no bloco de Oxigenoterapia, ou em um específico, é fundamental a inclusão para orientação e direcionamento ao SAD/PMeC os pacientes com insuficiência respiratória crônica, em decorrência da DPOC. , Faço uso das referências utilizadas para composição do documento. , 1. A conforme revisão sistemática apresentada no relatório final, no Quadro D. Matriz de Recomendações das Diretrizes Clínicas sobre DPOC, a ventilação mecânica invasiva é recomendada como tratamento não medicamentoso em casos específicos, de acordo com o quadro D em Espanha, 2021, França, 2021, Taiwan, 2021. , , 2. A Ventilação Mecânica Invasiva Domiciliar teve recomendação de incorporação (inclusão) no SUS para tratamento da insuficiência respiratória crônica no dia 01 de fevereiro de 2018 pelos membros do plenário da CONITEC, presentes na 63ª reunião ordinária., , 3. A Ventilação Mecânica Invasiva também já teve o detalhamento da sua definição de responsabilidade definido através da PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024, que atualizou as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Programa Melhor em Casa (PMeC), , 4. A 2ª referência deste PCDT é o GOLD, 2024 que recomenda, na página 60, junto a orientação"	Por fim, reforço que esta contribuição não solicita a incorporação de uma nova tecnologia. Esta contribuição solicita que seja incluído no texto do PCDT a orientação adequada para que as equipes e profissionais de saúde de todo o Brasil saibam como proceder no momento que o paciente de DPOC apresentar insuficiência respiratória e saibam que o suporte ventilatório é uma alternativa terapêutica, não medicamentosa, já disponível no SUS para os pacientes com insuficiência respiratória crônica, neste caso, decorrente do DPOC. , Sem mais para o momento, novamente declaro minha estima por esta agência pelo papel fundamental que exerce no desenvolvimento de políticas públicas de qualidade enquanto zela pela população e sustentabilidade do SUS. , Respeitosamente,, Douglas Graciano da Silva, Especialista em Gestão e Economia da Saúde,
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Excelente iniciativa ao incluir 2 opções de terapia tripla e 2 opções de terapia dupla em um mesmo dispositivo inalatório para pacientes do SUS. Todavia, não há evidência inequívoca na literatura que a associação tiotrópio + olodaterol só funcione em pacientes que tenham VEF1 < 50% do predito, não devendo ser nichado para este subgrupo com VEF1< 50%. A escolha do tipo de dispositivo inalatório deve ficar a cargo do médico assistente do paciente em corcodância com as preferências do paciente, independentemente dos valores de VEF1 basais.	Não evidência inequívoca na literatura que o PFE (pico de fluxo expiratório) possa substituir a espirometria em qualquer cenário, por não permitir diferenciar entre distúrbios ventilatórios obstrutivos e restritivos. De maneira substitutiva à espirometria deveria ser preconizado para poucos pacientes achados clínicos associados a achados imagéticos., Acrescentar vacina anti=COVID-19 às recomendações de imunização,
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	O uso de olodaterol e tiotrópio poderia ser disponibilizado também para pacientes não exacerbadores e com VEF1 > 50%, visto que alguns pacientes possuem dificuldade para inalar a medicação	"As terapias triplas ""fechadas"" em um mesmo dispositivo tem eficácia superior as terapias triplas ""abertas""", sugeriria ser indicadas as triplas ""fechadas"" em pacientes com histórico de pelo menos 2 exacerbações e que já estejam em tripla terapia aberta quando das exacerbações"
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	O acesso a medicação não dependesse apenas do Vef1	Pacientes com algum tipo de demência e ou perda da cognição não conseguem realizar a espirometria., Nessa situação, espirometria não deveria ser obrigatória



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa		A terapia tripla em dispositivo único é a recomendação da diretriz internacional GOLD para pacientes em estágios avançados, no entanto, a nova redação do PCDT abre brecha para o uso da terapia tripla aberta, o que pode impactar não só a adesão ao tratamento, como aumentar os custos com crises e internações pela falta de controle adequado da DPOC.
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
18/06/2025	Paciente	Muito boa		
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	Para pacientes com perfil para LABA+LAMA+ICS, importante priorizar a tripla terapia fixa em um único dispositivo. Pois existem estudos que comprovam uma melhor adesão, melhora dos sintomas e diminuição do erro de administração do medicamento. Inclusive a própria diretriz de tratamento, o Gold, recomenda a tripla terapia fixa em único dispositivo. , Considerar eosinofilos acima de 300, pode excluir do tratamento adequado aqueles pacientes sintomáticos e exacerbadores que se beneficiariam da terapia tripla fixa em único dispositivo. , A posologia correta para budesonida é duas vezes ao dia.	
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	A gravidade da doença poderia ser baseada em sintomas e frequência de exacerbações., Usar cat e mmrc.	Muitos pacientes idosos tem dificuldade em usar dispositivos com pó seco e nem sempre tem VEF1 abaixo de 50% e neste caso a opção seria névoa suave com uso de espaçador. Levar em consideração avaliação do médico assistente.
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	A terapia tripla fechada (corticoide inalatório+LAMA+LABA) deveria ser oferecido a todos os pacientes portadores de DPOC com perfil exacerbador (GOLD E) mesmo sem obstrução grave de vias aéreas e não somente quem tiver VEF1 < 50%, pois a terapia tripla fechada reduz as exacerbações com maior eficácia, reduzindo a mortalidade e muitos pacientes com GOLD 2 são exacerbadores.	Não
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Nao	Seria interessante a opção de terapia tripla fechado no dispositivo spray para paciente mais idosos e com dificuldade no entendimento de utilizar o dispositivo/medicação em pó e que na maioria das vezes necessita a utilização de espaçador
18/06/2025	Profissional de saúde	Regular	sim. O grupo de pacientes denominado de pré-DPOC inclui um grande número de pacientes sintomáticos que ficam excluídos dos critérios de inclusão do PCDT. Existem muitos pacientes sintomáticos e exacerbadores que tem VEF1/CVF >0,7 pós-broncodilatação e, portanto sem acesso gratuito pelo PCDT das medicações adequadas.	Há que se considerar que o custo das internações nos períodos de exacerbação é muito maior do que o fornecimento das medicações de manutenção.



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/06/2025	Profissional de saúde	Ruim	Que o texto seja reescrito, existem no decorrer do texto diversas inconsistências como classificar a gravidade do DPOC pela função pulmonar, pacientes com VEF1>50 frequentemente são exacerbadores e não são contemplados pela tripla terapia. , Colocar o peak flow como exame para diagnóstico de dpcoc é um retrocesso, pois o texto traz no seu bojo a importancia de avaliar os sintomas e do diagnóstico via espirometria e traz a tona a idéia de usar o peak flow para o diagnóstico. Por outro lado coloca a necessidade de repetir e acompanhar o paciente anualmente com espirometria. O sistema de saúde colapsará e os paciente é que sofrerão.	Dupla terapia associada ao Corticoide inaltório ou mesmo na tripla terapia, deveria seguir a orientação do próprio GOLD, onde se contempla esinófilos acima de 100, o texto deveria acrescentar que se acaso não responda bem ao dupla terapia, tentar utilizar a associação com corticoide inalatório, caso não evolua bem ou pior com infecções de repetição, suspender. , A escolha do dispositivo se em pó, névoa ou MDI, deve seguir uma indicação personalizada, caso haja uma evidencia robusta de que um determinado LABA+LAMA é superior a outra, deve constar no texto, ou pelo justificar a recomendação, pois ao meu ver, cada uma delas tem indicação para determinados paciente com bons resultado. A de se levar em conta que nem todos os paciente aderem a um determinado tipo de dispositivo, cabe ao médico observar qual se adequa melhor.
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa		
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Não	Não considero adequado uso de medida de peack flow para diagnóstico de DPOC
18/06/2025	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Nao
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	Gostaria de sugerir mudança no quadro 5 (pag 15) onde se lê sobre o uso de corticoide inalatorio apenas se eosinofilos maior que 300. O próprio GOLD 2025 orienta uso de corticoide inalatorio se eosinofilos maior que 100 e exacerbões a critério médico. , Na pág 14 o documento condiciona o uso de medicação névoa apenas se VEF1 <50% e na mesma frase fica dos paciente com dificuldade em uso de dispositivo em pó como candidatos a dispositivo em névoa, como ficam os paciente com VEF1 maior ou ligeiramente maior que 50% mas sem condições clínicas ou cognitivas do uso de dispositivo em pó? Sugiro retirar o texto a liberação de medicação em névoa baseada em VEF1 seguindo o GOLD que desde 2022 não usa mais VEF1 nos parâmetros para tratamento.	
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa	A associação LABA+LAMA+ICS, designada terapia tripla inalatória, apresenta benefício para pacientes com eosinófilos acima de 100 cels/mL. Assim, sugiro que no PCDT seja adotado este corte para critério ao invés de 300 cels/ml.	O ajuste deste pcdt é uma oportunidade idade ímpar de adequar as práticas nos SUS as evidências científicas mais atualizadas. Instituir o criterio de 100 eosinolios ao invés de 300 garantirá a terapêutico adequada a maior parte dos pacientes.
18/06/2025	Profissional de saúde	Boa		

