

AWARENESS HPTEC

- MÉDICOS

FASE QUANTITATIVA

25-051394 - Relatório Final | V01

Março.2026



SUMÁRIO

1

Amostra e Perfil da
Pesquisa

2

O Paciente na Visão
Médica

3

O Diagnóstico

4

Barreiras,
Encaminhamentos e as
Fissuras do Sistema

5

O Cenário
Terapêutico

6

O Futuro do Cuidado e a
Necessidade de
Diretrizes

7

Conclusões e
Recomendações

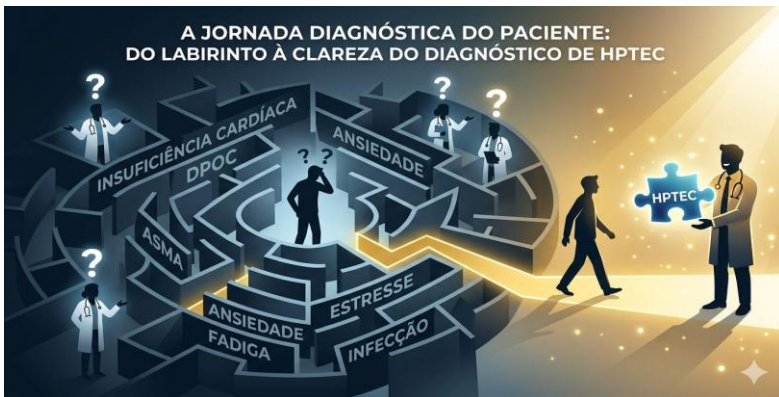
SUMÁRIO EXECUTIVO

OBJETIVO

Mapear a jornada de diagnóstico e tratamento do paciente com Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica (HPTEC) sob a perspectiva médica, a fim de identificar as principais barreiras e alavancas estratégicas para otimizar o cuidado.

O Subdiagnóstico Crônico da HPTEC Representa a Maior Oportunidade de Crescimento do Mercado.

A jornada do paciente é marcada por um diagnóstico tardio, com uma estimativa de 9 meses entre os sintomas e a confirmação, principalmente pela confusão com doenças mais comuns. A oportunidade para a Bayer reside em liderar a educação da linha de frente médica (clínicos e cardiologistas) para destravar um vasto potencial de pacientes ainda não diagnosticados, expandindo significativamente o mercado para terapias específicas como Adempas®.



PRINCIPAIS INSIGHTS

A Odisséia Diagnóstica é a Principal Barreira

A maioria dos pacientes (69%) consulta outros médicos antes do diagnóstico, e 83% chegam ao especialista sem a suspeita correta. O atraso não ocorre por falta de busca por ajuda, mas pelo baixo índice de suspeição na linha de frente, que confunde os sintomas da HPTEC com os de doenças mais prevalentes como insuficiência cardíaca e DPOC.

A Terapia Medicamentosa Domina a Prática, mas a Concorrência Off-Label é Direta

Apesar da cirurgia (TEAP) ser o tratamento mais lembrado, a realidade clínica é que 59% dos pacientes recebem tratamento medicamentoso. Neste cenário, Adempas® (19%) compete diretamente com o uso de drogas vasodilatadoras off-label (20%), indicando uma oportunidade clara para consolidar sua posição através de evidências robustas de valor, incluindo dados de mundo real (RWE).

A Demanda por um PCDT Específico é Unânime e Estratégica

Praticamente todos os especialistas (99%) consideram a criação de um protocolo específico para HPTEC "necessária" ou "muito necessária". A ausência de uma diretriz clara é vista como uma barreira crítica ao tratamento e representa a principal alavanca para padronizar o cuidado, otimizar o diagnóstico e ampliar o acesso no país.

RECOMENDAÇÕES

1. Implementar um Programa de Educação para Aumentar o Índice de Suspeição na Linha de Frente
2. Liderar a Iniciativa para a Criação de um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Específico para HPTEC
3. Reforçar o Valor Clínico do Adempas® com Evidências Locais para Consolidá-lo como Terapia de Escolha

MÉTRICAS DE SUCESSO

IMPACTO COMERCIAL: Aumento do volume de pacientes diagnosticados e tratados, resultando em maior alcance de mercado (market reach) e crescimento direto na receita e no volume de vendas de Adempas®. A criação de um PCDT específico pode acelerar a incorporação e o reembolso, otimizando o acesso.

IMPACTO NA MARCA: Consolidação da Bayer como líder de pensamento e parceira da comunidade médica em HPTEC ao liderar a educação da linha de frente e apoiar a criação do PCDT. Isso resultará em maior advocacia (advocacy) por parte dos especialistas, fortalecimento da confiança na marca e, consequentemente, maior conversão no momento da prescrição.



Nosso maior desafio não é tratar o paciente com HPTEC, mas sim encontrá-lo. Ele já está no sistema de saúde, mas perdido sob o diagnóstico errado.

- Bruna Dimanas, Specialist

1. AMOSTRA & PERFIL DA PESQUISA



OBJETIVO E PERFIL DA PESQUISA

OBJETIVO

Entender e mapear o diagnóstico, as prescrições e a jornada do paciente com HPTEC sob a perspectiva dos médicos



Entrevistas online

Pesquisa com duração aproximada de 30 minutos



Coleta de dados realizada em **Nov/2025 – Mar/2026**

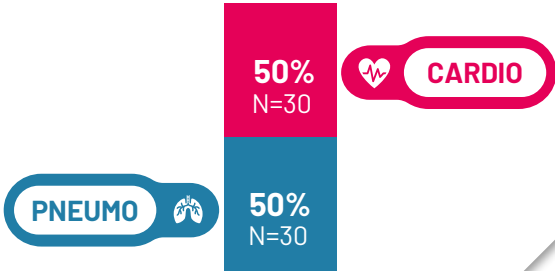


Pesquisa feita com **60 médicos**

Atenção: bases < 30 não são estatisticamente válidas.

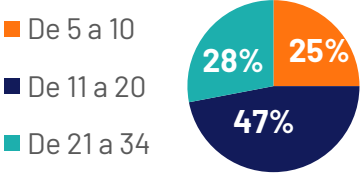
PERFIL DA AMOSTRA

ESPECIALIDADE

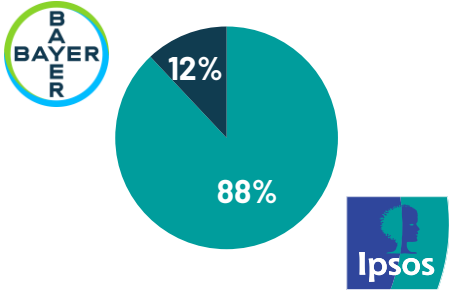


TEMPO DE ATUAÇÃO

Média = 16 anos

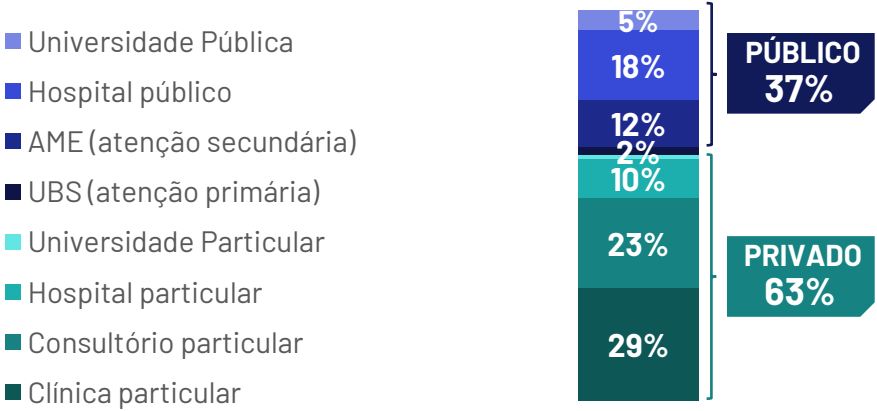


PAINEL

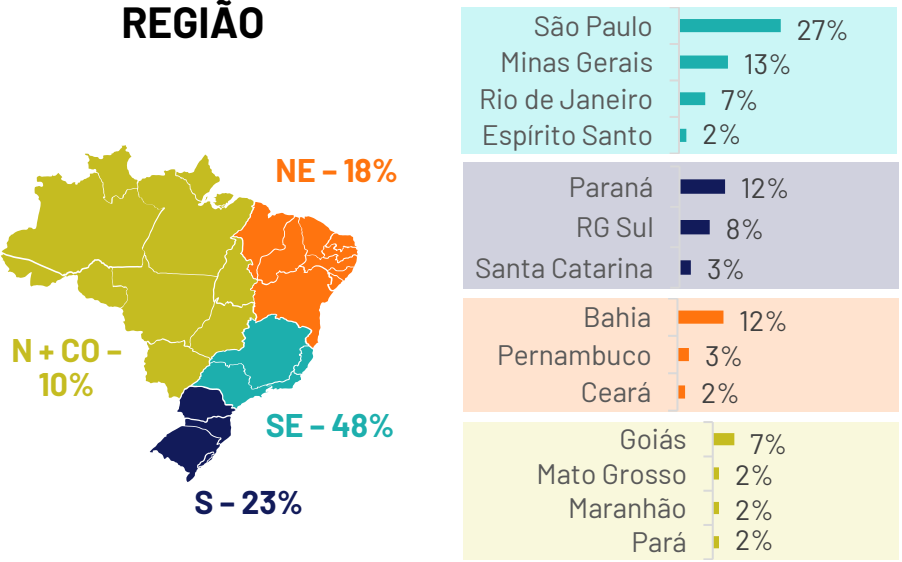


TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO

Minimo de 10% de atendimento no Público



REGIÃO



PERFIL DE ATENDIMENTO

RU | Estimuladas

A maioria dos especialistas (65%) gerencia a jornada completa do paciente com HPTEC, desde a investigação até o tratamento. Isso indica um perfil de médico centralizador e com alta experiência, que representa o principal alvo para engajamento. Um segundo grupo relevante (28%) atua como "diagnosticador", encaminhando o paciente após a confirmação, o que destaca a importância dos centros de referência.

PERFIL 1: DIAGNOSTICA E TRATA

Realiza tanto a investigação diagnóstica quanto o tratamento subsequente da HPTEC para a maioria dos pacientes



PERFIL 2: DIAGNOSTICA E NÃO TRATA

Realiza a investigação diagnóstica para confirmar ou descartar HPTEC, mas, após o diagnóstico, encaminha todos os pacientes para tratamento em outro serviço ou centro de referência



PERFIL 3: APENAS DIAGNOSTICA

Geralmente suspeita da condição com base nos sintomas, mas encaminha o paciente a um centro/especialista para realizar a investigação diagnóstica formal



PERFIL 4: APENAS TRATA

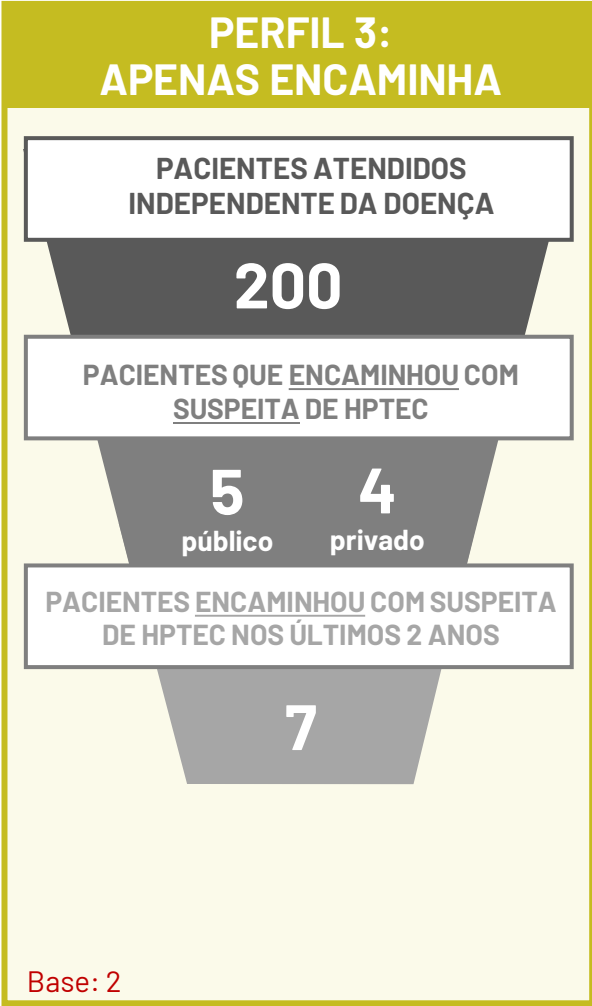
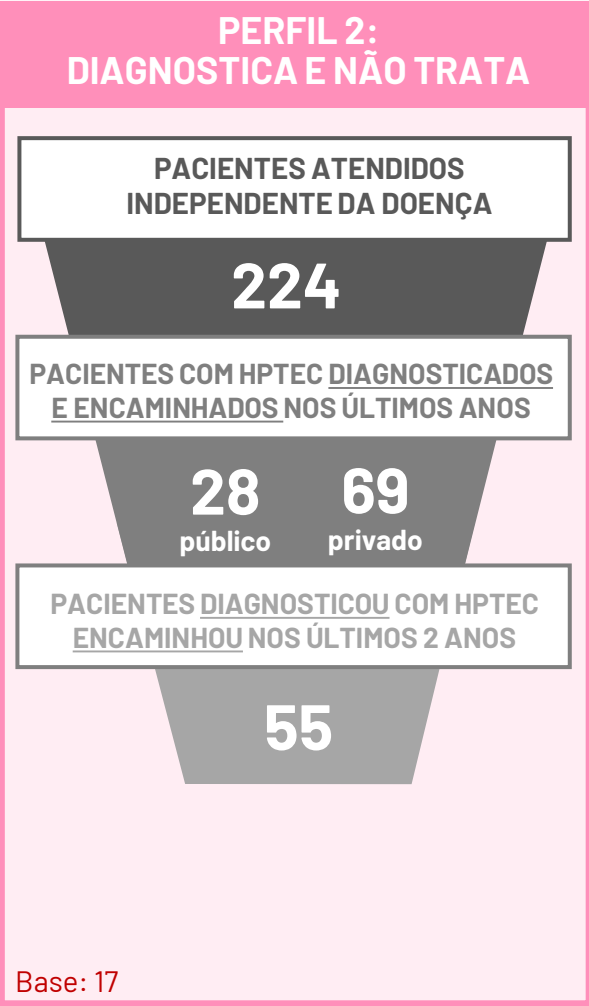
Recebe pacientes já diagnosticados por outros colegas e é o responsável principal pelo tratamento e manejo da HPTEC



PERFIL DE ATENDIMENTO – VOLUME DE PACIENTES

RU | Estimuladas

O "Perfil 1" (que diagnostica e trata) concentra o maior volume de pacientes com HPTEC, validando-o como o grupo de maior experiência prática. Atenção: as análises para os Perfis 2, 3 e 4 não possuem relevância estatística devido à base de respondentes ser inferior a 30.



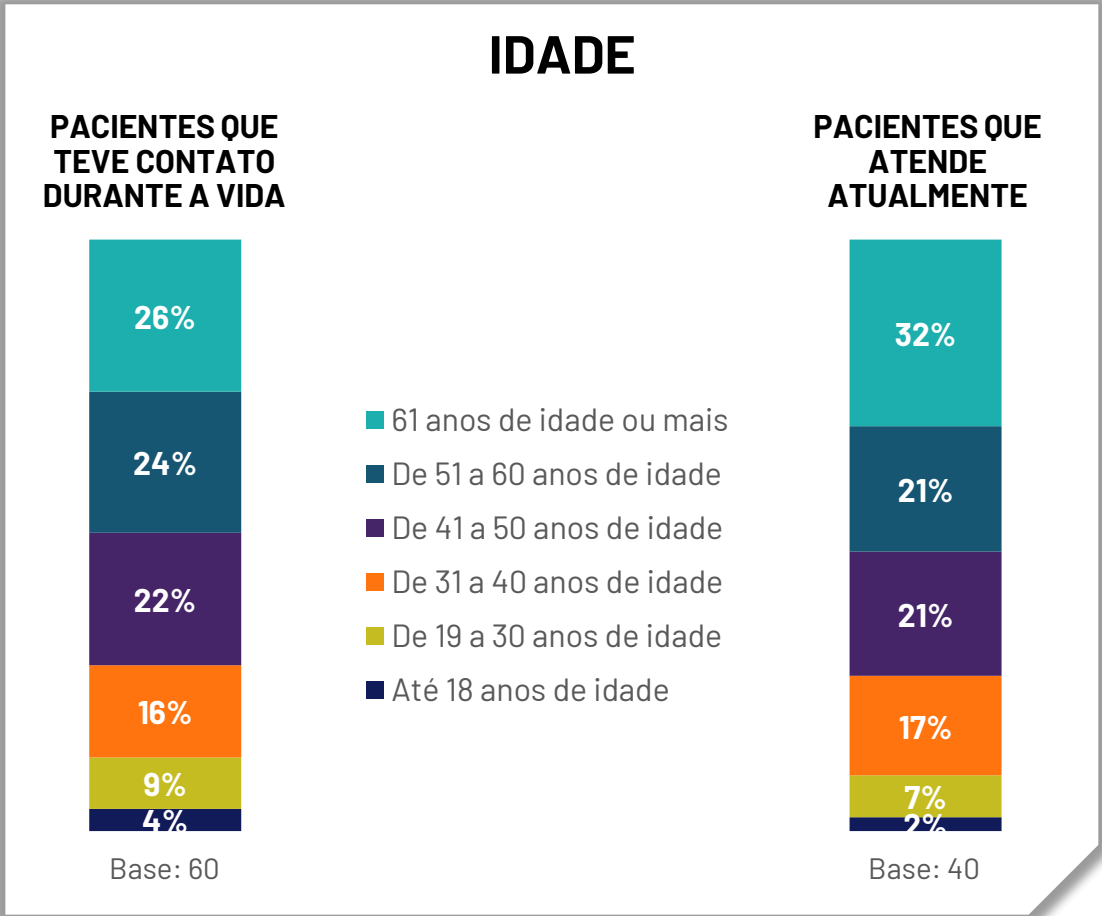
2. O PACIENTE COM HPTEC NA VISÃO MÉDICA



QUEM É O PACIENTE COM HPTEC?

RU | Estimuladas

A HPTEC é uma doença que afeta predominantemente a população acima de **50 anos** (concentrando 53% dos pacientes atuais). A maioria dos pacientes (70%) chega ao especialista **já sintomática**, mas em um estágio **intermediário** de gravidade (Classe Funcional III), sugerindo que há uma **janela de oportunidade para diagnóstico** antes de uma descompensação grave, mas que a detecção em estágios iniciais (Classe I/II, 23%) ainda é minoritária.



O DILEMA DO ESPECIALISTA: TRATAR OU ENCAMINHAR?

RU | Estimuladas

Dois terços dos pacientes são tratados pelo médico que os avalia, mas um terço é encaminhado. Notavelmente, cardiologistas (73%) tendem a reter e tratar mais pacientes do que pneumologistas (60%), o que pode indicar maior estruturação de seus serviços ou uma percepção de maior afinidade com a gestão da hipertensão pulmonar.

 **TOTAL**
Base: 39



67% Realizou o tratamento do paciente
33% Encaminhou para outro médico

 **PNEUMO**
Base: 18



60% Realizou o tratamento do paciente
40% Encaminhou para outro médico

 **CARDIO**
Base: 21



73% Realizou o tratamento do paciente
27% Encaminhou para outro médico

A4. Considerando os pacientes com HPTEC que o(a) Dr.(a) teve contato durante a vida profissional, para qual percentual o(a) Dr.(a): realizou o tratamento da doença e para qual percentual o(a) Dr.(a) encaminhou para outro(a) médico(a)/centro de referência? Lembre-se que a soma deve ser 100%.



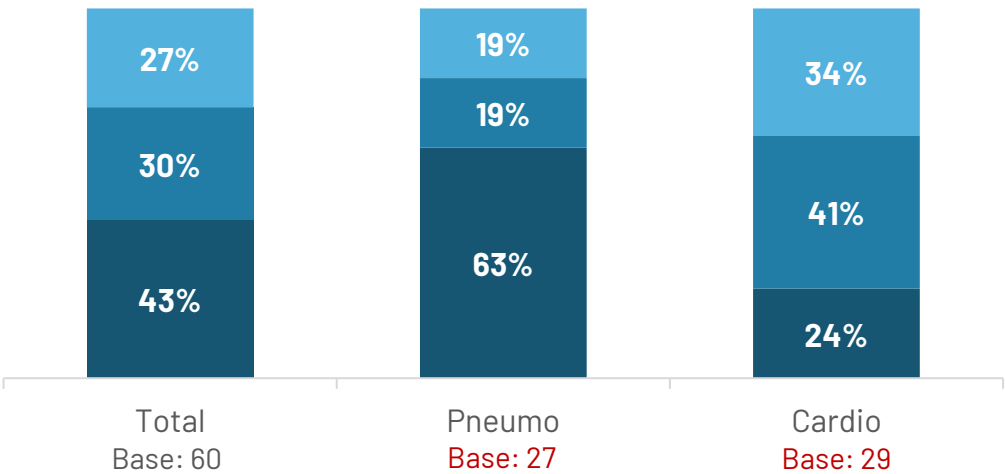
3. O DIAGNÓSTICO



A jornada do paciente até o especialista é **fragmentada**. Embora o **encaminhamento por outro médico** seja a principal via (43%), uma parcela expressiva chega por **demand espontânea** (30%) ou vinda de **internações** (27%). O dado mais crítico é que a vasta maioria (83% somando "diagnóstico de outra doença" e "sem diagnóstico") chega sem a suspeita correta, evidenciando uma **falha massiva no diagnóstico pré-especialista**.

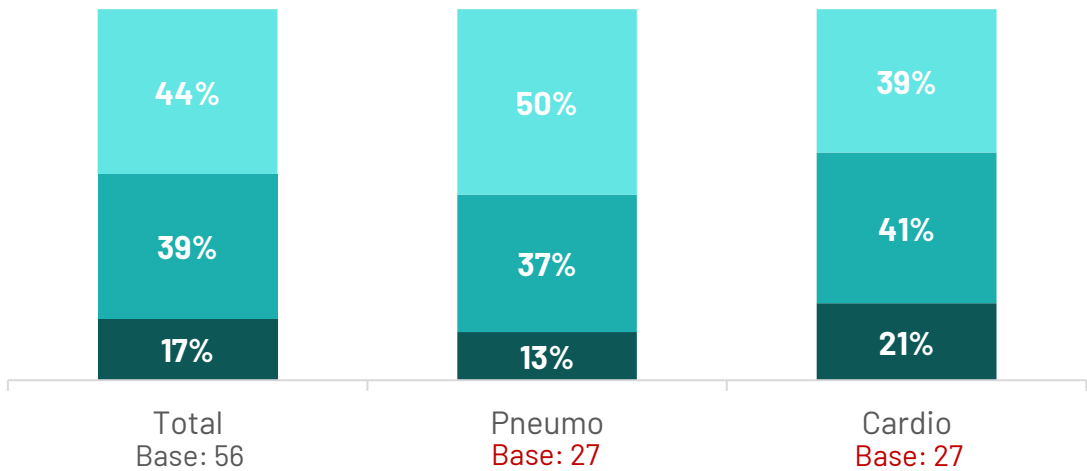
PRINCIPAL FORMA QUE O PACIENTE COM SUSPEITA DE HPTEC CHEGA AO ESPECIALISTA

- Vindo de um pronto-socorro ou internação prévia
- Demand espontânea (paciente procurou diretamente)
- Encaminhado por outro médico



STATUS DE DIAGNÓSTICO QUE O PACIENTE COM SUSPEITA DE HPTEC CHEGA AO ESPECIALISTA

- Chegou SEM diagnóstico, e o diagnosticou com HPTEC
- Encaminhado com o diagnóstico de outra doença, e diagnosticou com HPTEC
- Encaminhado já com o diagnóstico de HPTEC

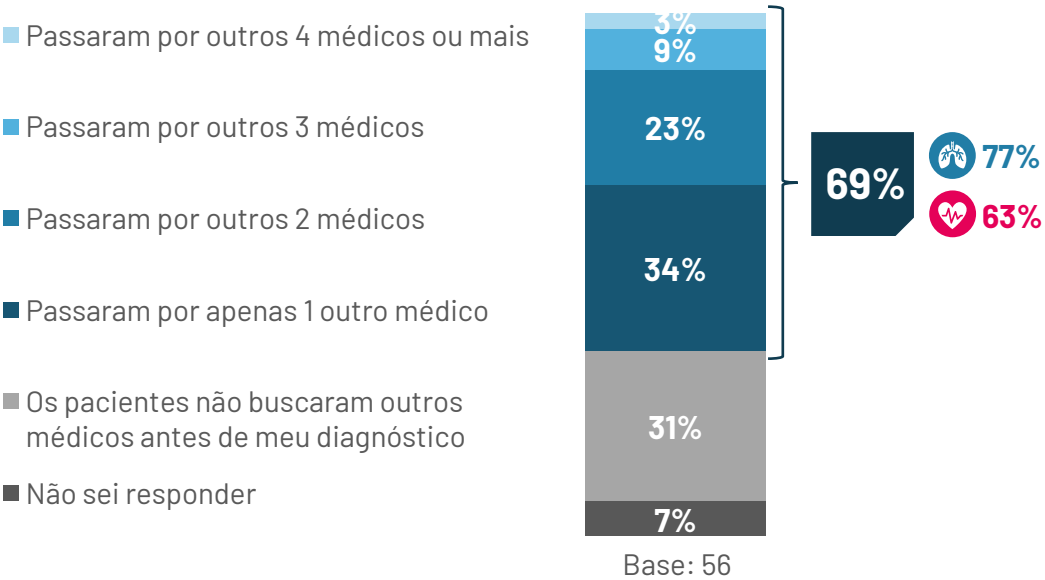


B1. Em geral, qual a principal forma que o paciente com suspeita de HPTEC chega até o(a) Dr.(a)? [RU]
B4. Como distribuiria percentualmente os pacientes com HPTEC que o(a) Dr.(a) já teve contato em sua prática profissional de acordo com o diagnóstico da doença?

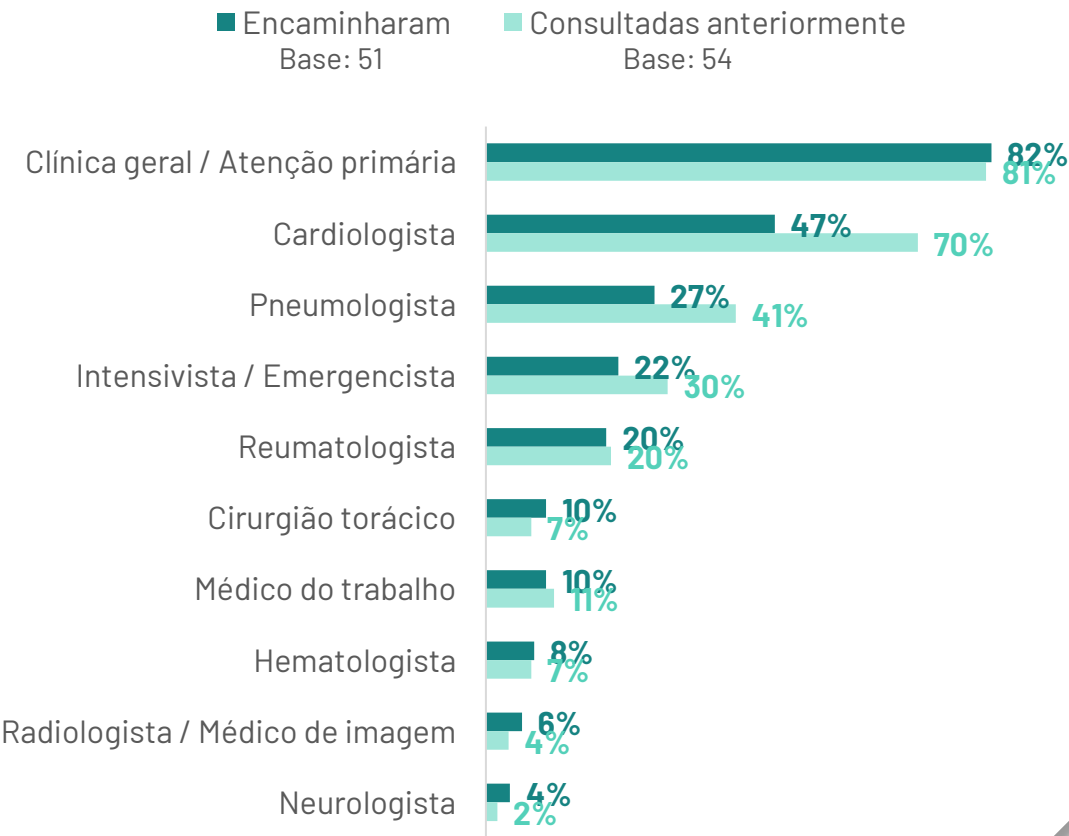
Atenção: bases < 30 não são estatisticamente válidas.

A jornada para o diagnóstico é **longa**: 69% dos pacientes consultaram **pelo menos um outro médico antes do diagnóstico final**. Os **clínicos gerais** (81%) e **cardiologistas** (70%) são as especialidades mais consultadas previamente, apontando-os como os principais pontos de falha ou atraso no reconhecimento da HPTEC.

MÉDICOS CONSULTADOS ANTES DO DIAGNÓSTICO

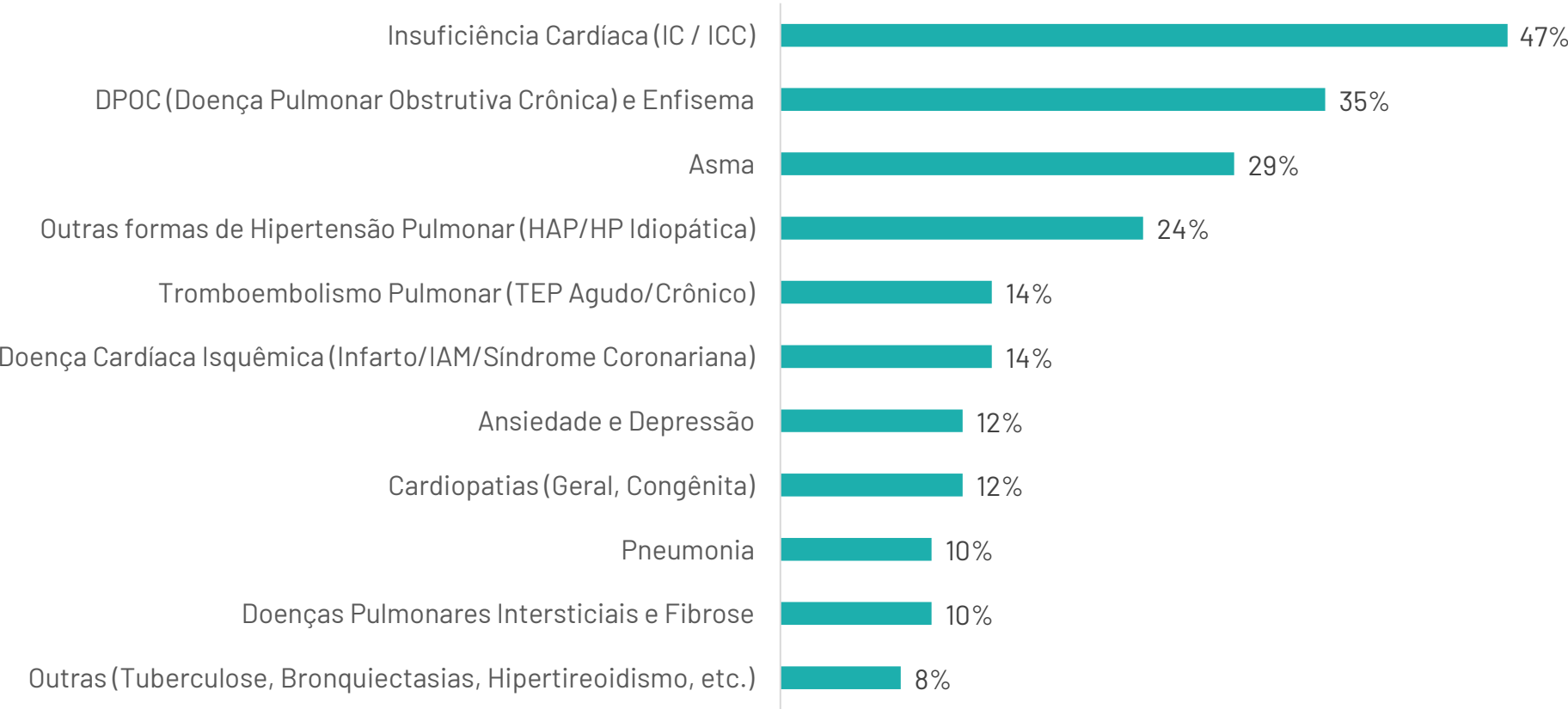


ESPECIALIDADES



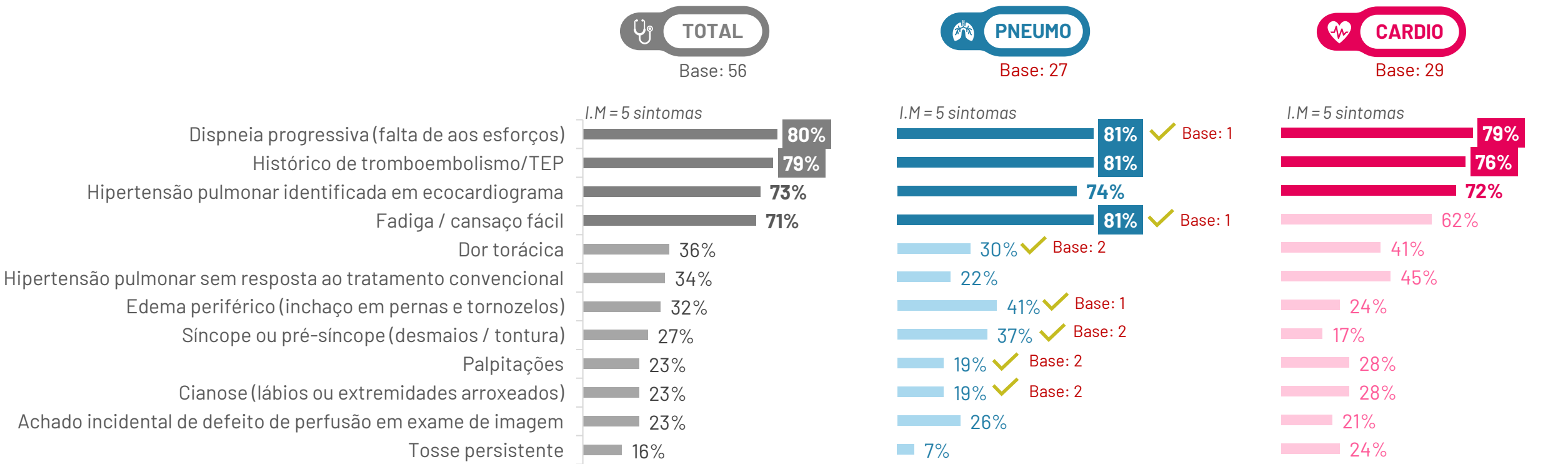
SUSPEITAS DIAGNÓSTICAS DADAS ANTERIORMENTE

As respostas abertas confirmam a razão da demora diagnóstica: **os sintomas da HPTEC são confundidos** com doenças muito mais prevalentes, como **Insuficiência Cardíaca**, **DPOC** e **Asma**. Isso reforça que o problema não é a ausência de busca por ajuda, mas sim o **baixo índice de suspeição da doença correta**.



B7.1. Quais foram as suspeitas diagnósticas dadas anteriormente para os pacientes que chegaram antes do Dr.(a) fechar o diagnóstico de HPTEC?

A suspeita de HPTEC nos especialistas é acionada por uma **triade clássica: dispneia progressiva (80%), histórico de TEP (79%) e hipertensão pulmonar** identificada em **ecocardiograma (73%)**. Esses são os pilares que devem ser reforçados em qualquer comunicação sobre a doença.



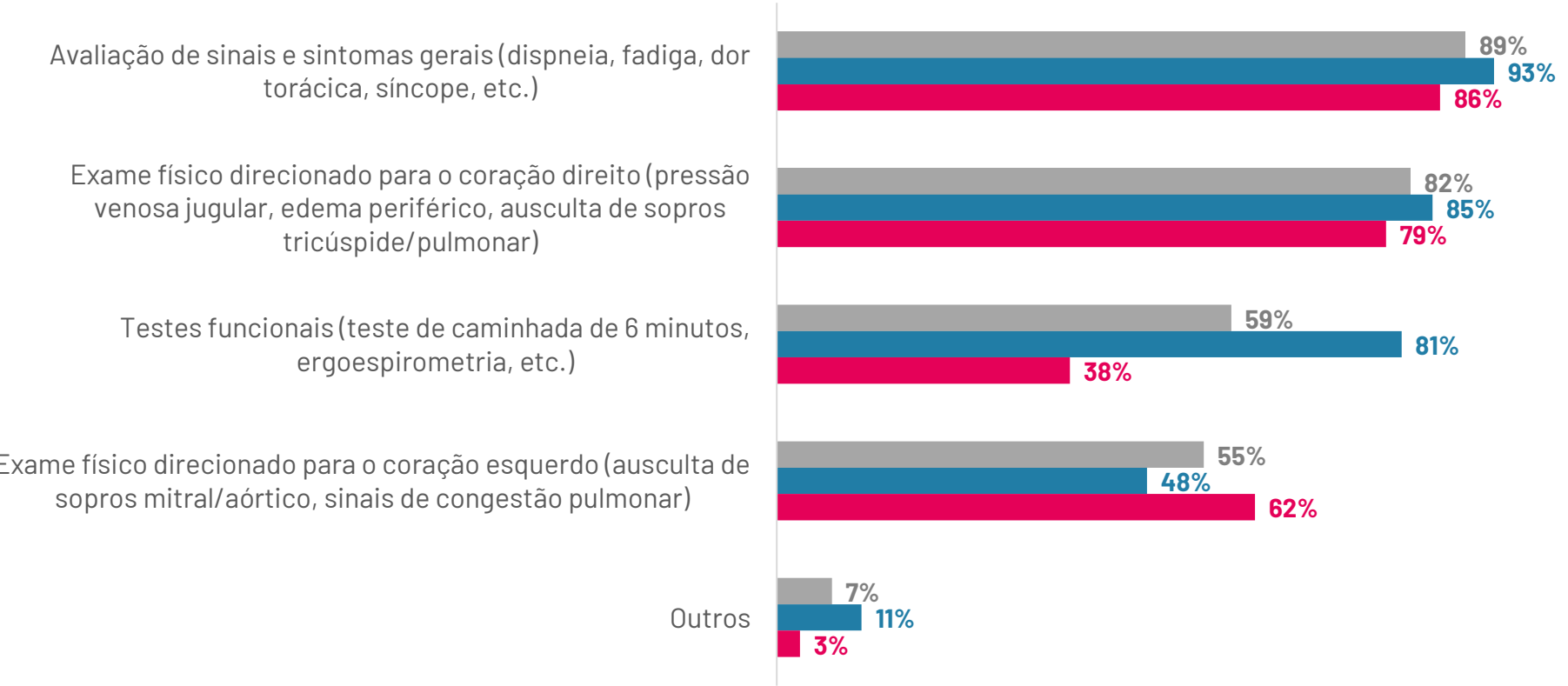
PERFIL 3: APENAS ENCAMINHA Base: 2

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DA DOENÇA

RM | Estimuladas



A avaliação inicial é padronizada em torno de **sinais e sintomas** (89%) e **exame físico** (82%). A maior divergência entre especialidades está no uso de **testes funcionais**, muito mais frequente entre **pneumologistas** (81%) do que cardiologistas (38%).



B9. Como o(a) Dr.(a) realiza avaliação clínica inicial de pacientes com suspeita de HPTEC?



TOTAL
Base: 56



PNEUMO
Base: 27

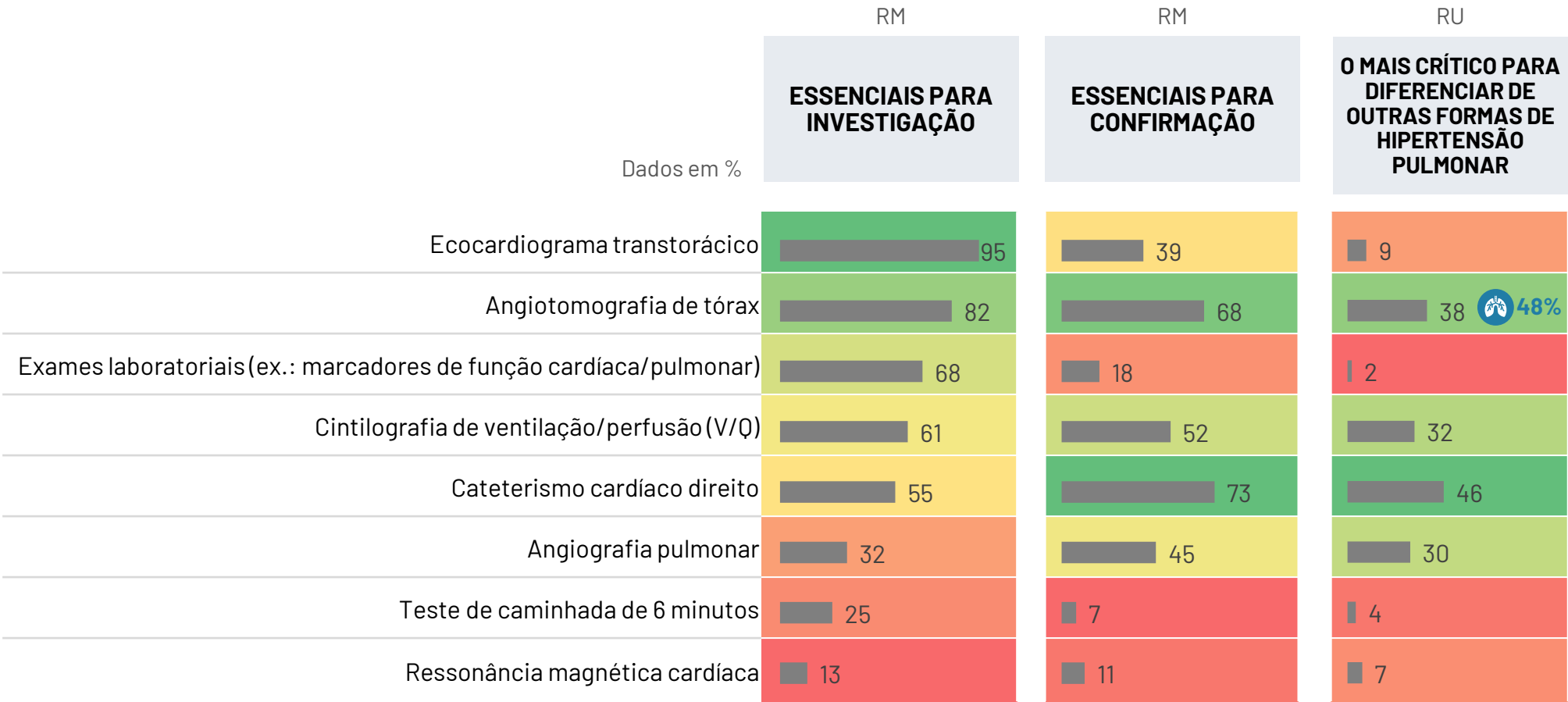


CARDIO
Base: 29

Atenção: bases < 30 não são estatisticamente válidas.

RM | Estimuladas

Existe um funil claro de exames: o **ecocardiograma é universal para investigação** (95%), mas para a **confirmação**, a **Angiotomografia** (68%) e, principalmente, o **Cateterismo Cardíaco Direito** (73%) são essenciais. Para **diferenciar** a HPTEC de outras formas de HP, o **Cateterismo** (46%) é visto como o exame mais crítico, seguido pela **AngioTC** (38%) e **Cintilografia V/Q** (32%).



B10a. Quais exames o(a) Dr.(a) considera essenciais para a investigação de HPTEC?
B10b. Quais exames o(a) Dr.(a) considera essenciais para a confirmar o diagnóstico de HPTEC?
B10c. Dentre os exames listados, qual o(a) Dr.(a) considera o mais crítico para diferenciar a HPTEC de outras formas de Hipertensão Pulmonar?

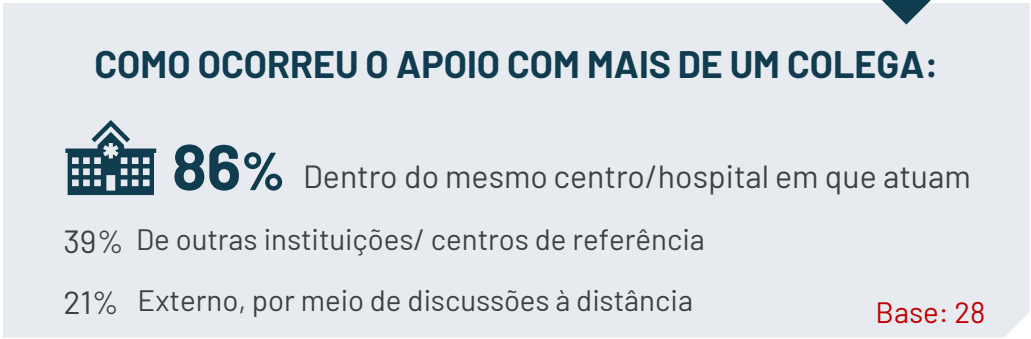
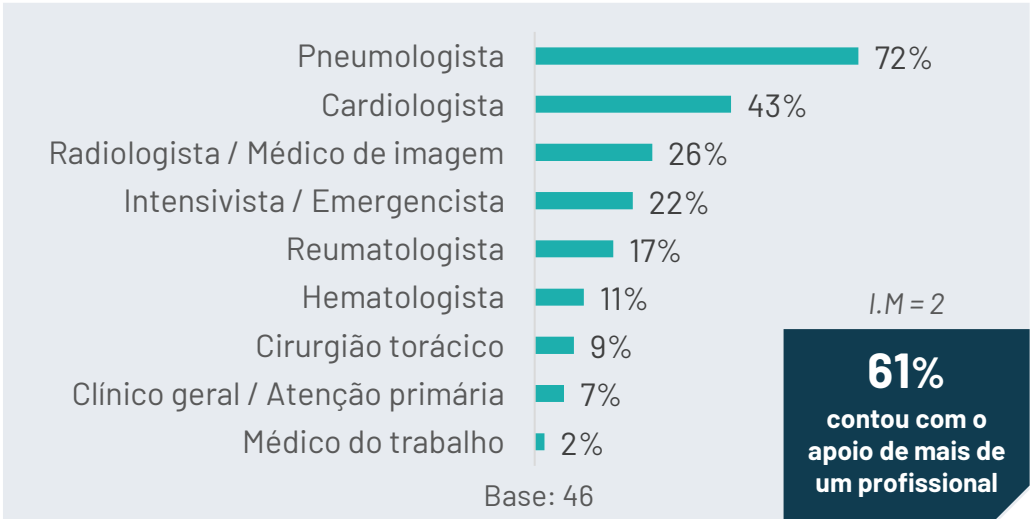
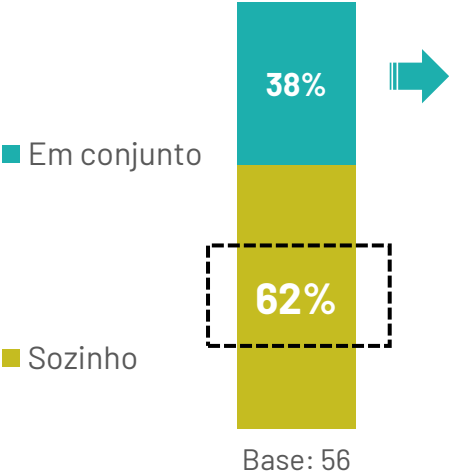




DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINAR: A REDE DE COLABORAÇÃO

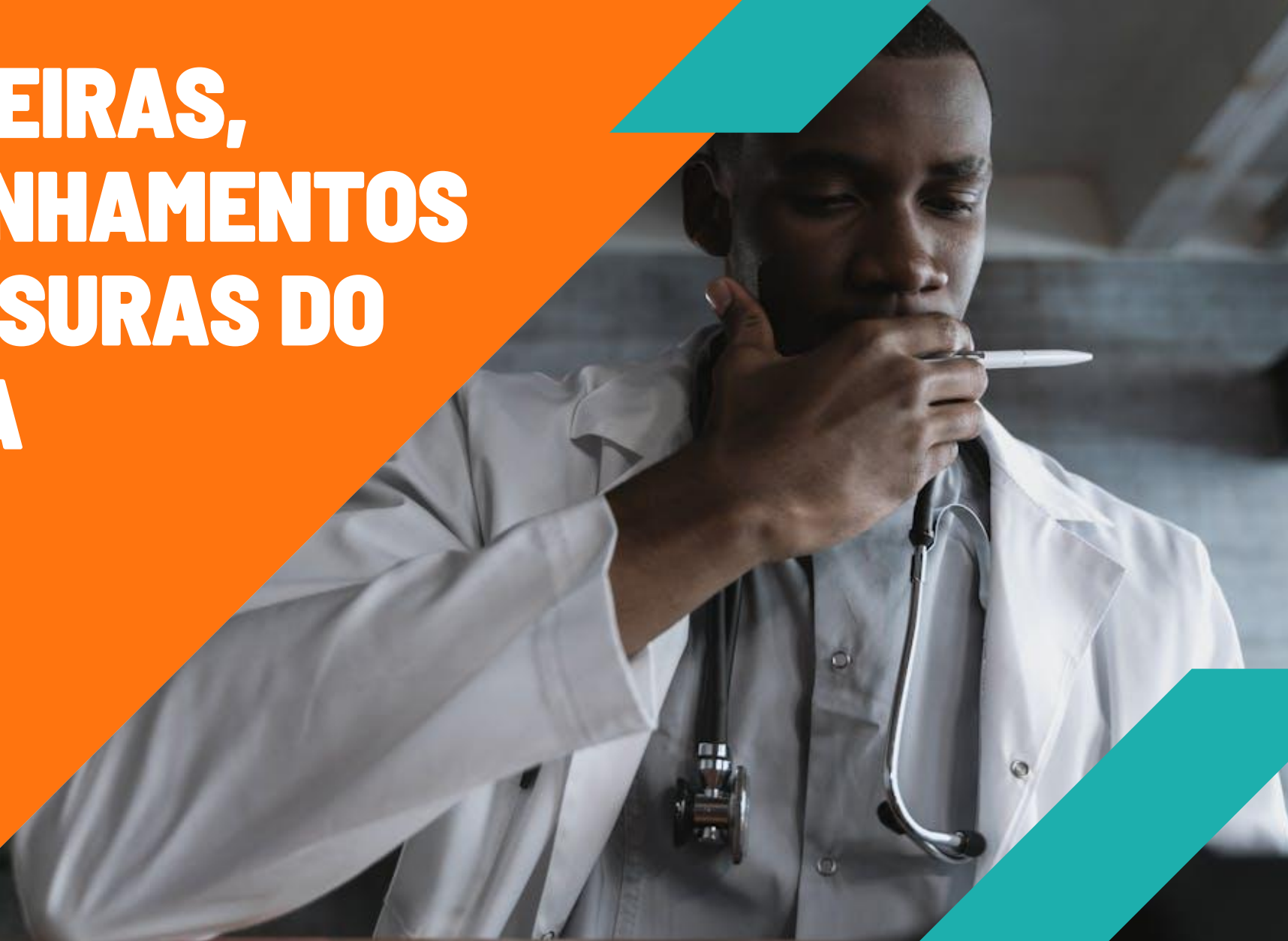
RM | Estimuladas

Embora a maioria (62%) diagnostique sozinha, **a colaboração é comum (38%)**, ocorrendo principalmente entre **pneumologistas e cardiologistas dentro da mesma instituição** (86%). Isso sugere que a complexidade da doença estimula a discussão multidisciplinar em centros mais estruturados.

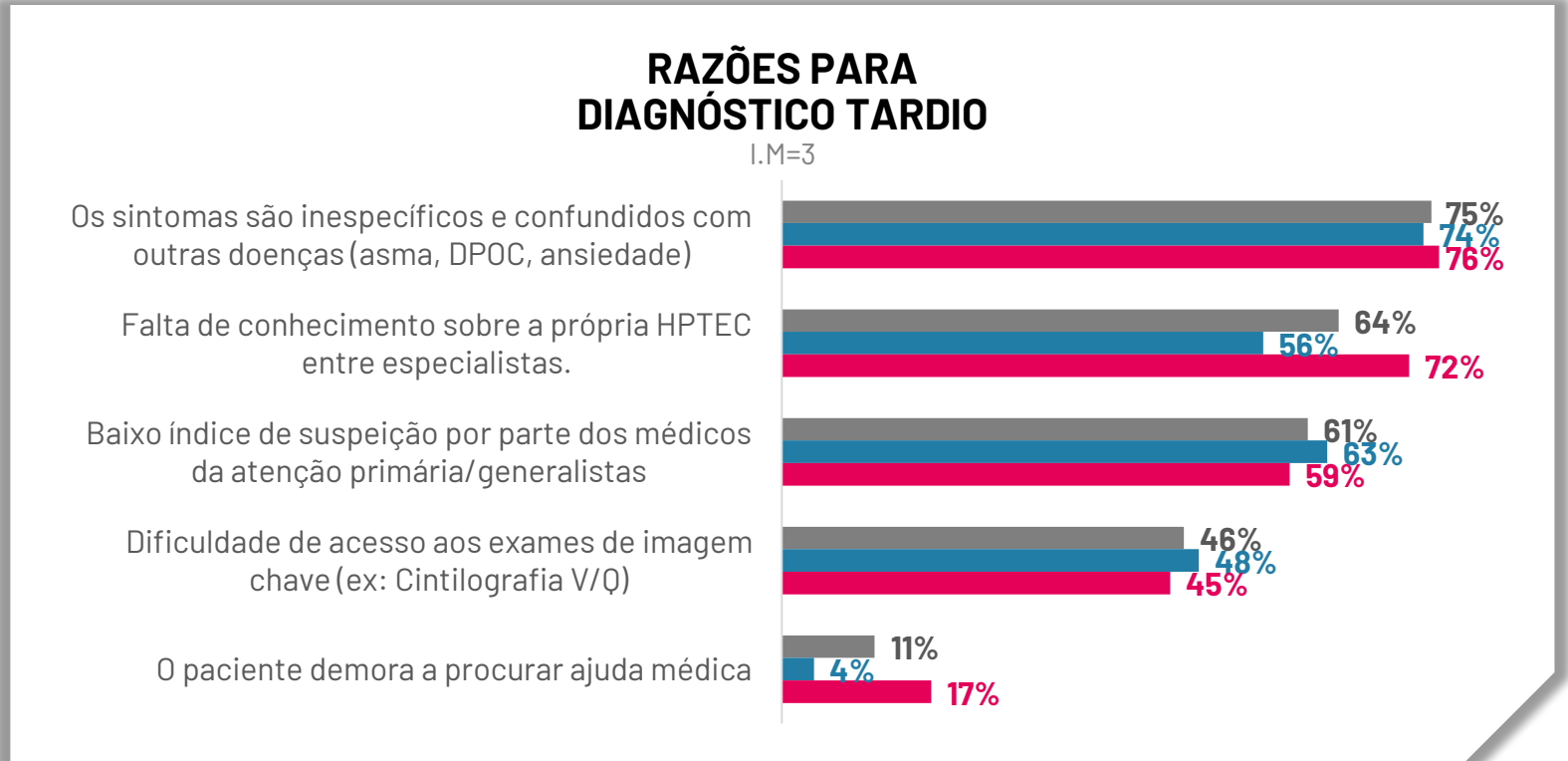
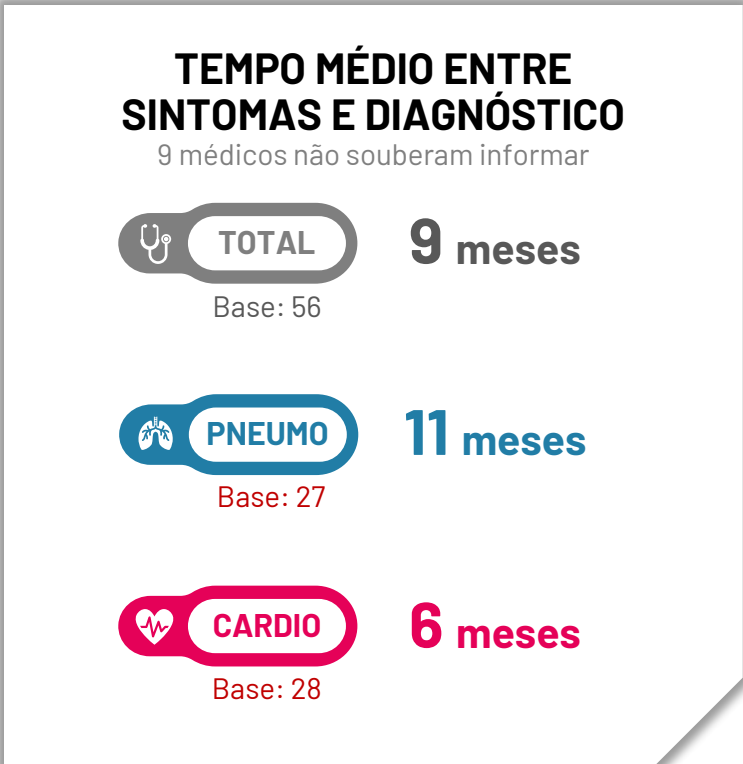


B5. Pensando nos pacientes com HPTEC que o(a) Dr.(a) realizou o diagnóstico, para quantos o fez sozinho e para quantos o fez em conjunto com outros colegas de profissão? | B5.1. Quais especialidades o(a) Dr.(a) já realizou diagnóstico em conjunto de HPTEC? | B5.2. Quando realizou o diagnóstico de HPTEC em conjunto com outros colegas, como ocorreu esse apoio?

4. BARREIRAS, ENCAMINHAMENTOS E AS FISSURAS DO SISTEMA



Os médicos acreditam que mais da metade (52%) dos pacientes com HPTEC no Brasil permanece **sem diagnóstico** e estimam um **atraso médio de 9 meses** entre os sintomas e a confirmação. As causas apontadas são a **natureza inespecífica dos sintomas** (75%) e a **falta de conhecimento sobre a HPTEC**, mesmo entre especialistas (64%).

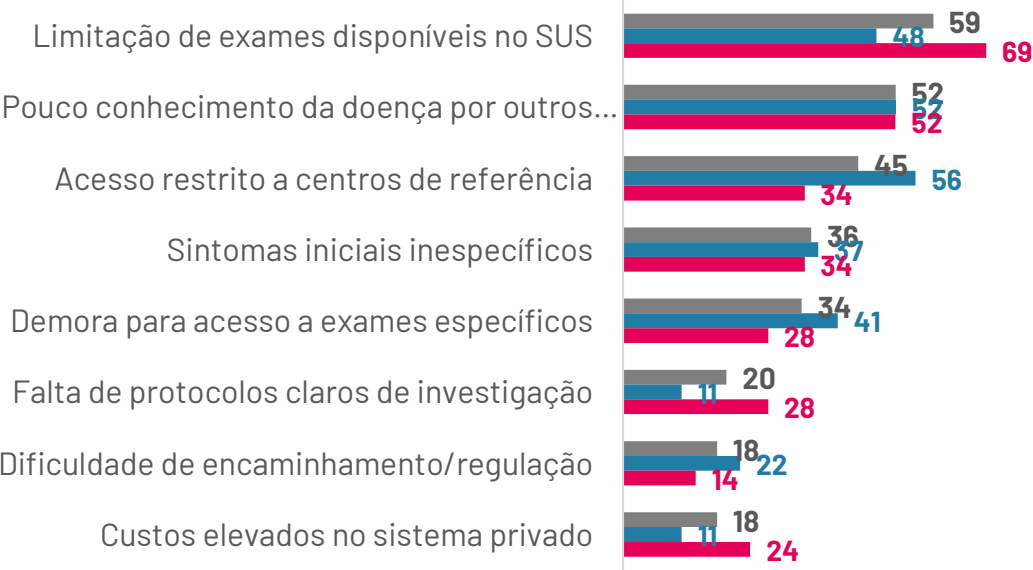


B6. Dr.(a), qual seria o tempo médio, em meses, entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico de HPTEC? Leve em consideração os pacientes que teve contato durante a vida profissional.
B12. Na sua opinião, por que o diagnóstico de HPTEC é frequentemente tardio?
B13. Na sua percepção, aproximadamente qual percentual de pacientes com HPTEC no Brasil, permanece sem diagnóstico?

As barreiras são estruturais: no SUS, a limitação de **acesso a exames** é o principal entrave (59%). De forma geral, o **pouco conhecimento** de outros médicos (52%) e o **acesso restrito a centros de referência** (45%) são os maiores desafios. Uma vez com a suspeita, a principal dificuldade para encaminhar é o **longo tempo de espera por uma consulta** (42%).

PRINCIPAIS BARREIRAS DE DIAGNÓSTICO

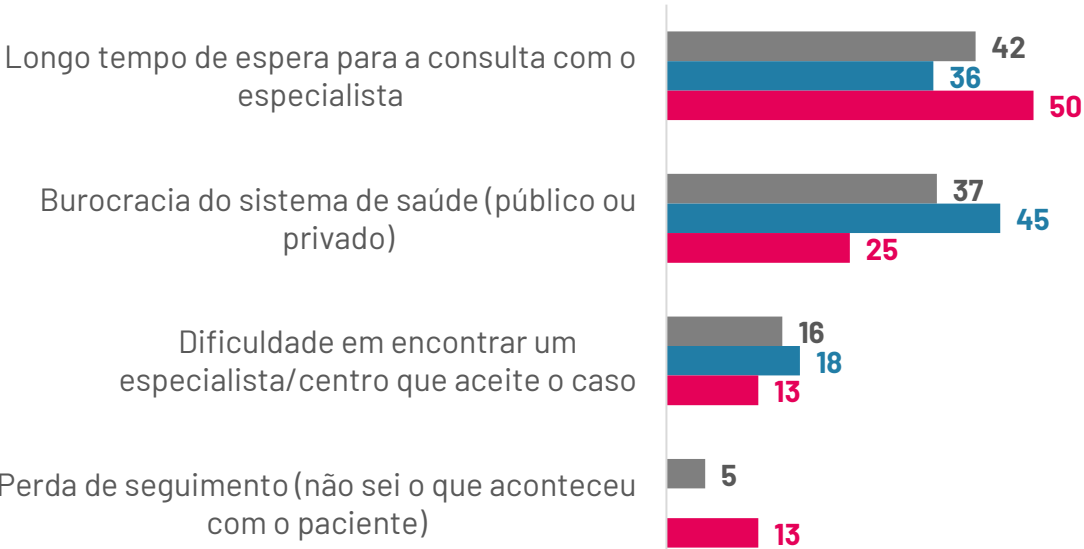
I.M=3



Base: 56; 27 (Pneumo); 28 (Cardio)

PRINCIPAL BARREIRA DE ENCAMINHAMENTO

R.U

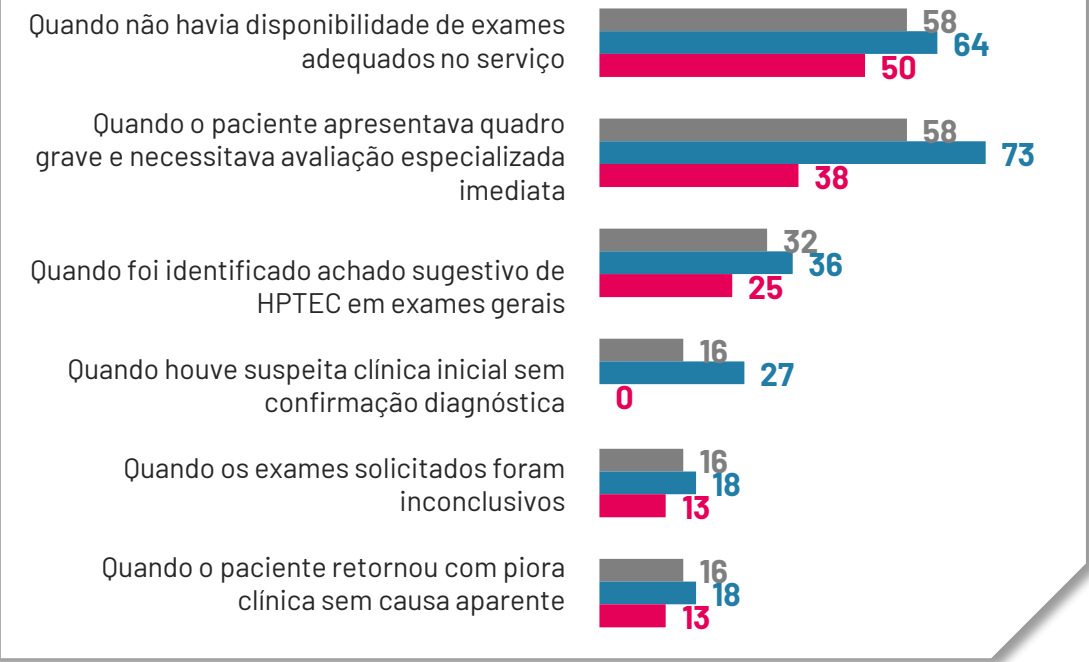


Base: 19; 11 (Pneumo); 8 (Cardio)

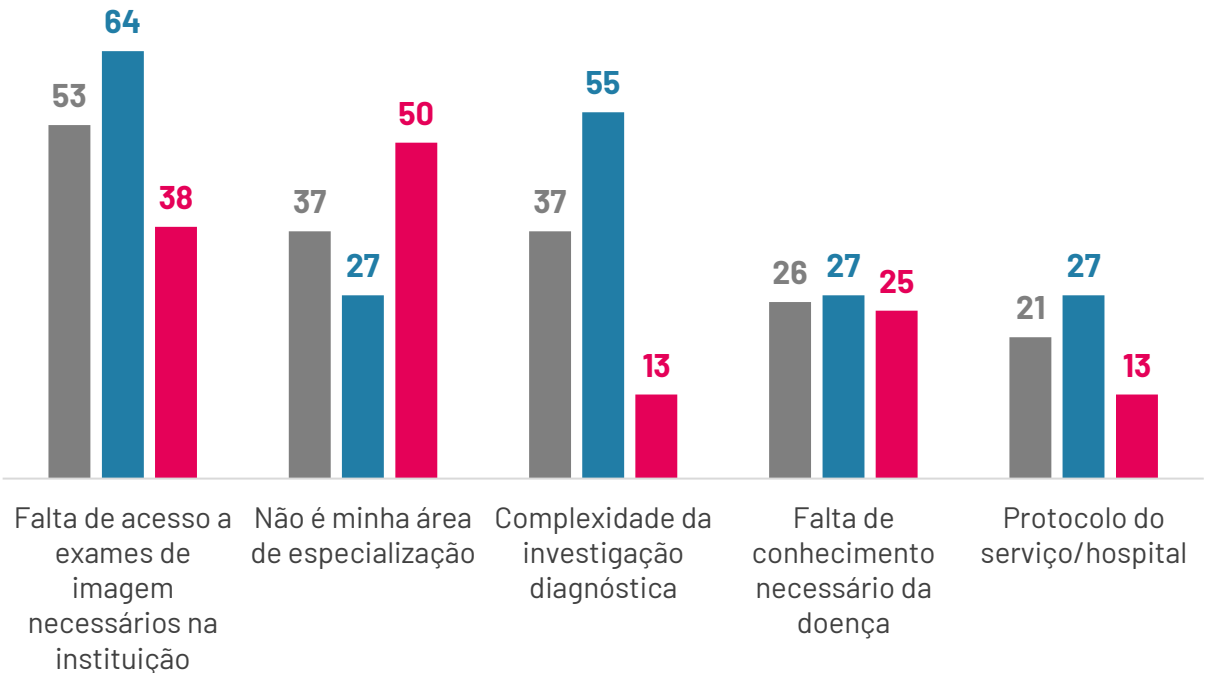
B11. Na sua opinião, quais são as principais barreiras ao diagnóstico precoce de HPTEC no sistema de saúde brasileiro? Por favor, selecione até 3 opções.
C6. Qual a principal barreira que o(a) Dr.(a) enfrenta ao tentar encaminhar um paciente com suspeita de HPTEC?

O encaminhamento para diagnóstico é uma decisão pragmática, motivada pela **falta de exames no serviço** (58%) e pela **gravidade do paciente** (58%). A principal razão para não conduzir a investigação é a **falta de acesso à estrutura necessária** (53%), especialmente para pneumologistas.

SITUAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE
PARA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

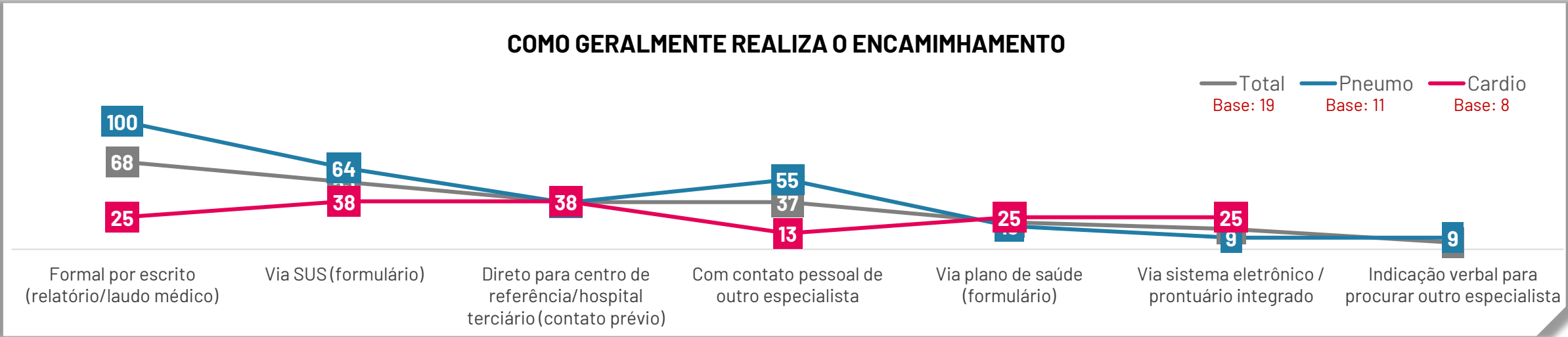
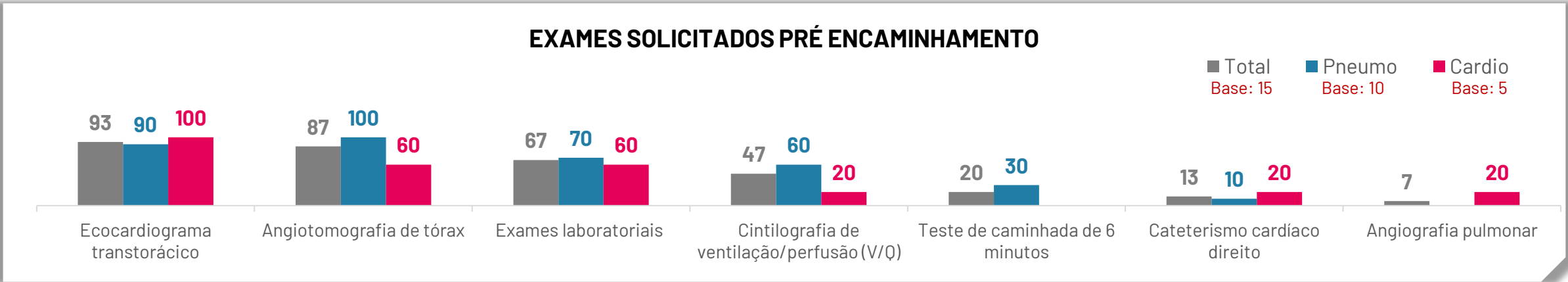


POR QUE OPTAM POR ENCAMINHAR O PACIENTE COM SUSPEITA DE HPTEC PARA A INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA EM VEZ DE CONDUZI-LA?

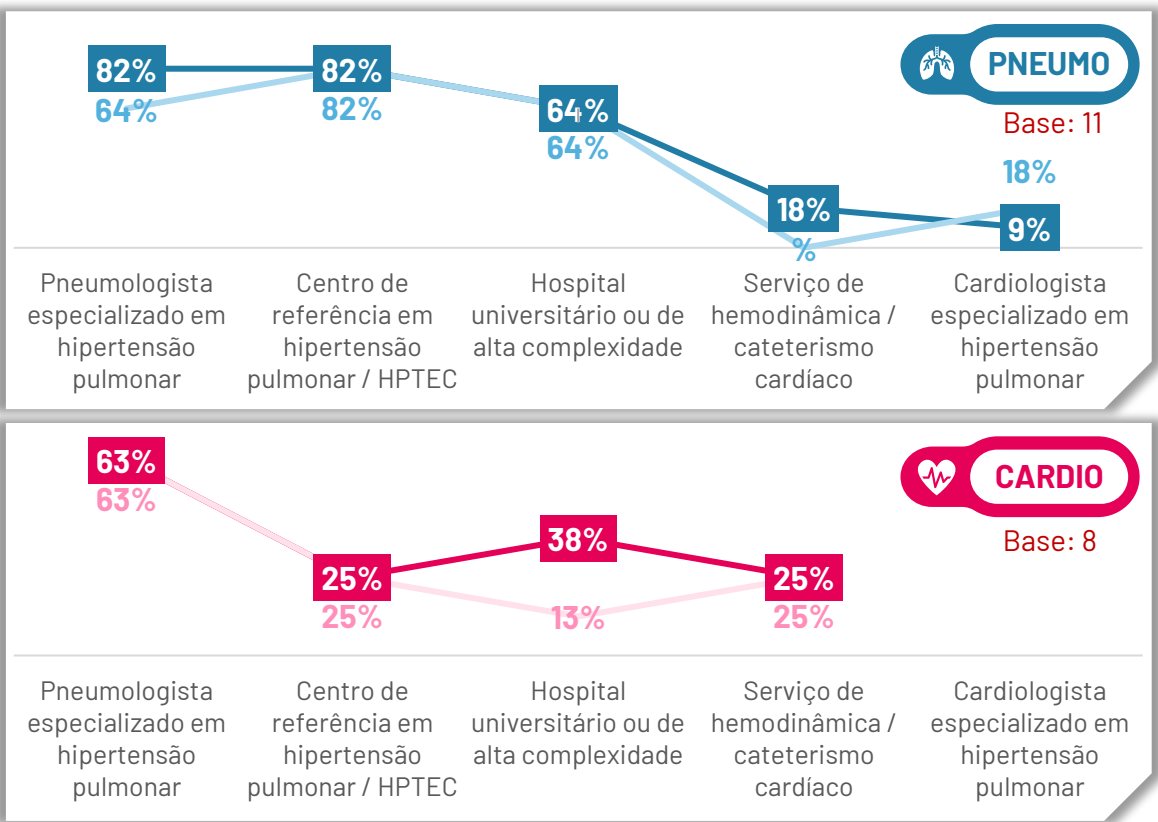
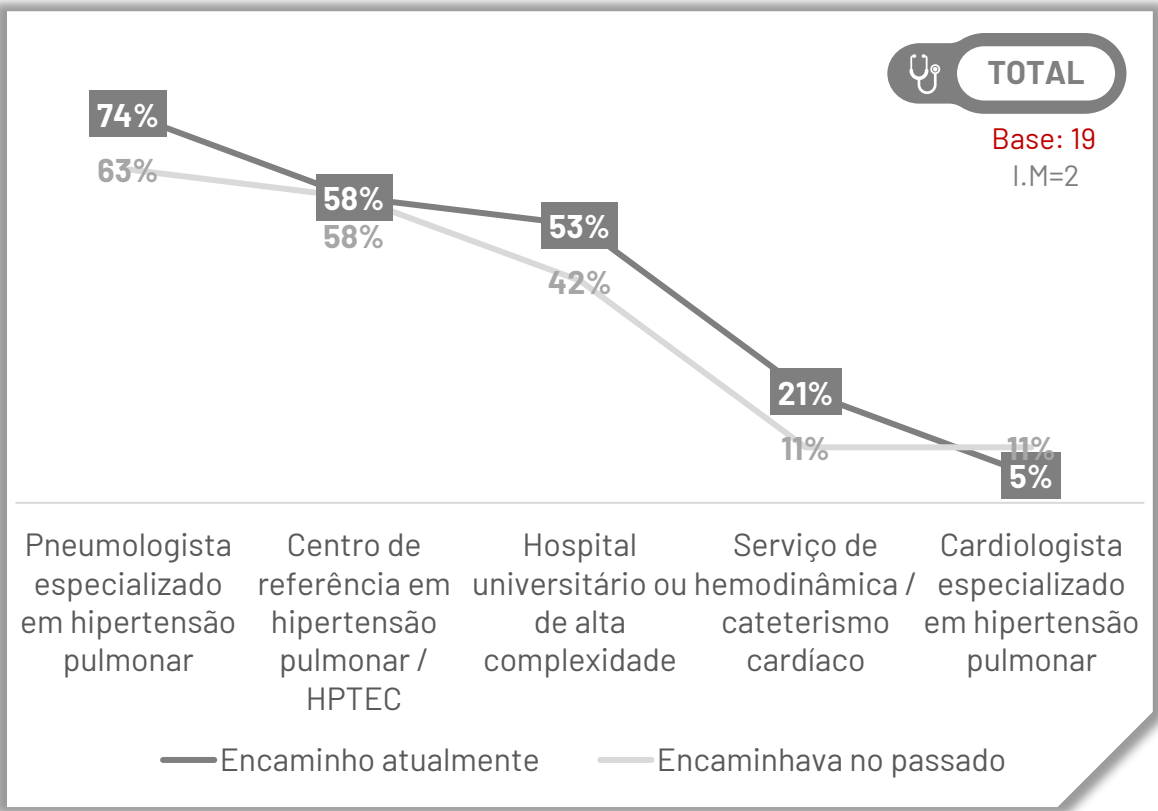


C2. Em quais situações o(a) Dr.(a) encaminhou o paciente com suspeita HPTEC para outra especialidade ou centro de referência realizar o diagnóstico?
C3. Por que o(a) Dr.(a) opta por encaminhar o paciente com suspeita de HPTEC para a investigação diagnóstica em vez de conduzi-la?

Antes de encaminhar, quase todos os médicos solicitam um **Ecocardiograma** (93%) e uma **Angiotomografia** (87%). O processo é majoritariamente **formal, por escrito** (68%), mostrando um fluxo profissionalizado.



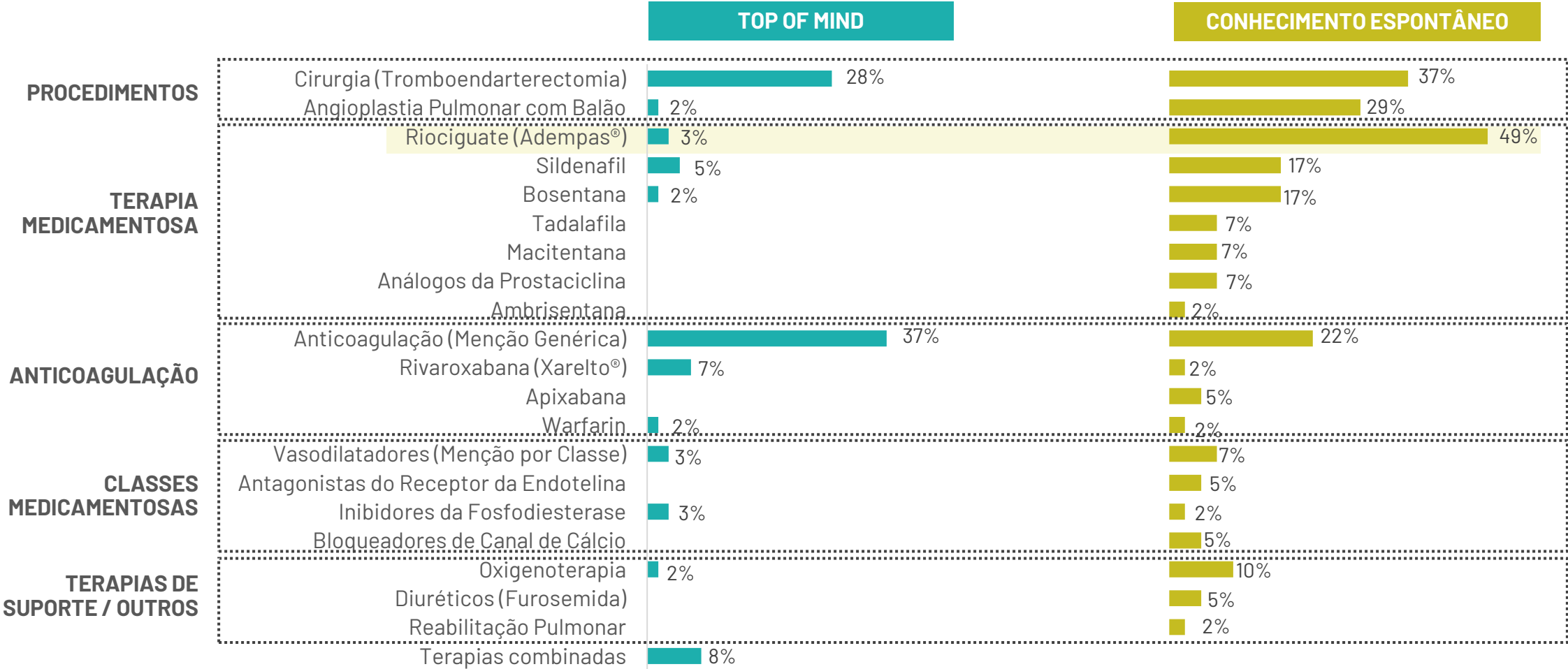
O fluxo de encaminhamento está se consolidando: o **pneumologista** especializado em hipertensão pulmonar é, cada vez mais, o **destino preferencial** (74% atualmente vs. 63% no passado), em detrimento de outras especialidades.



5. O CENÁRIO TERAPÊUTICO



O **tratamento cirúrgico** (Tromboendarterectomia) é o primeiro que vem à mente (*Top Of Mind*), indicando sua posição como "padrão-ouro" curativo. **Riociguate (Adempas®)** é lembrado como uma das principais alternativas.

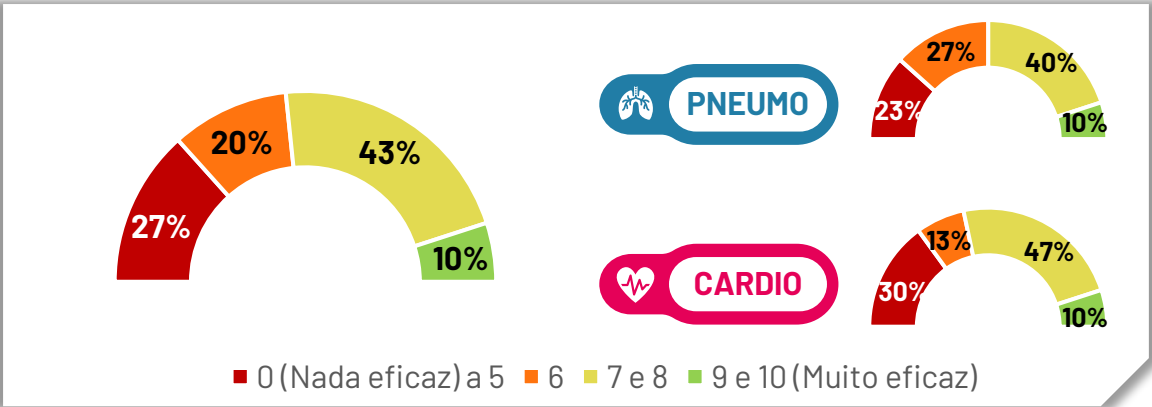


PERCEPÇÃO SOBRE OS TRATAMENTOS

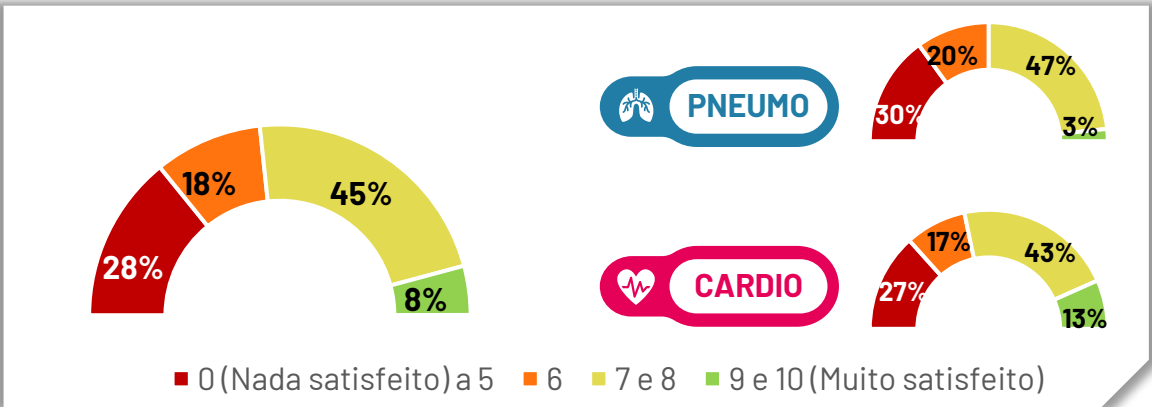


Avaliação geral da eficácia e a satisfação com os tratamentos disponíveis são apenas **moderadas**, com a maioria das notas abaixo de 8 em 10, sinalizando **espaço para melhorias**.

AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA TRATAMENTOS ATUAIS



AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO TRATAMENTOS ATUAIS

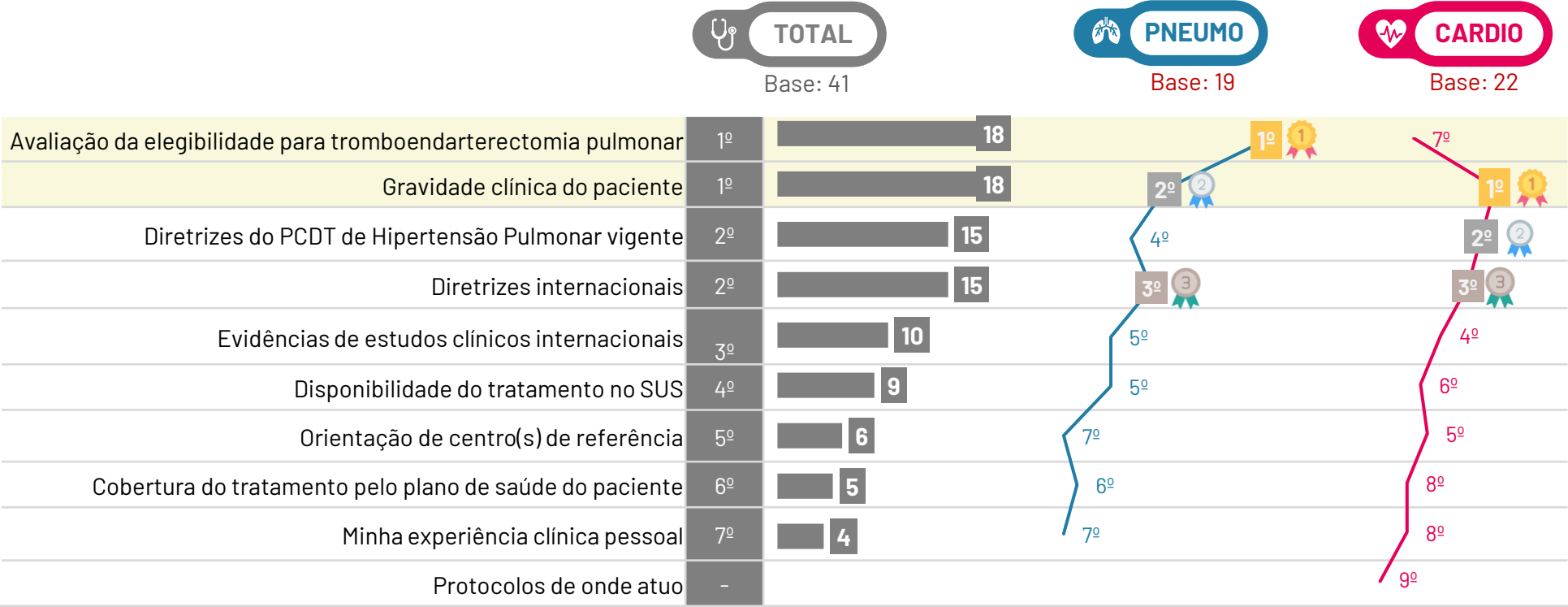


D1D3. Como o(a) Dr.(a) avalia a eficácia dos tratamentos utilizados hoje em dia para HPTEC no Brasil? Considere uma escala de 1 a 10, em que 1 significa "Nada eficaz" e 10 significa "Muito eficazes".
D4. Qual o seu nível de satisfação com relação aos tratamentos utilizados hoje em dia para pacientes com HPTEC no Brasil? Considere uma escala de 1 a 10, onde 1 significa "Nada satisfeito" e 10 significa "Muito satisfeito".

O RACIONAL DO TRATAMENTO: FATORES DE DECISÃO (RANKING)

RM | Estimuladas | Ordenado pelo total amostra

A decisão de tratamento é altamente **técnica** e baseada em evidências. A elegibilidade para **cirurgia** (18%), a **gravidade clínica** (18%) e as **diretrizes** (nacionais e internacionais, somando 30%) são os fatores mais importantes, superando a experiência pessoal ou custos.



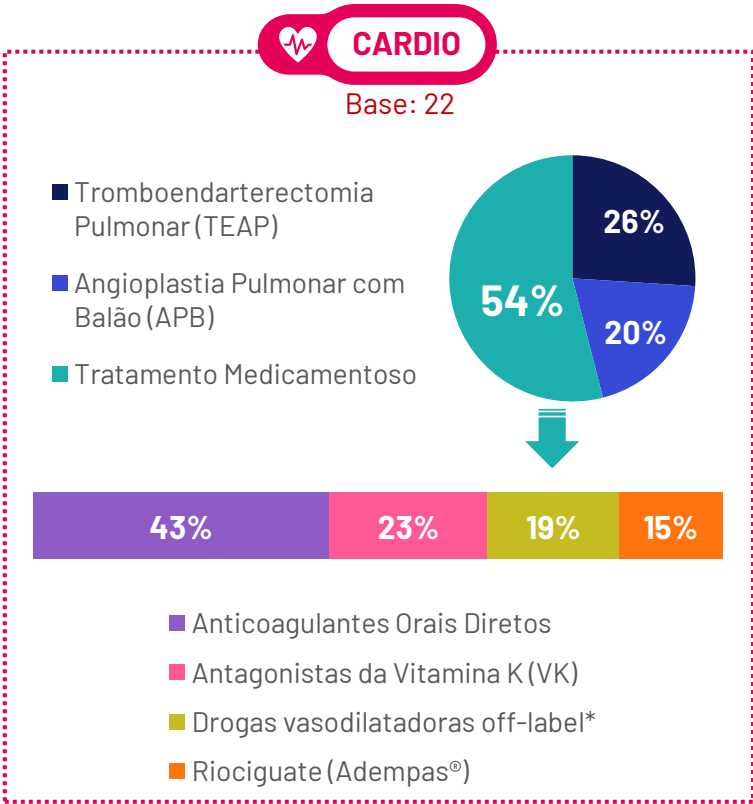
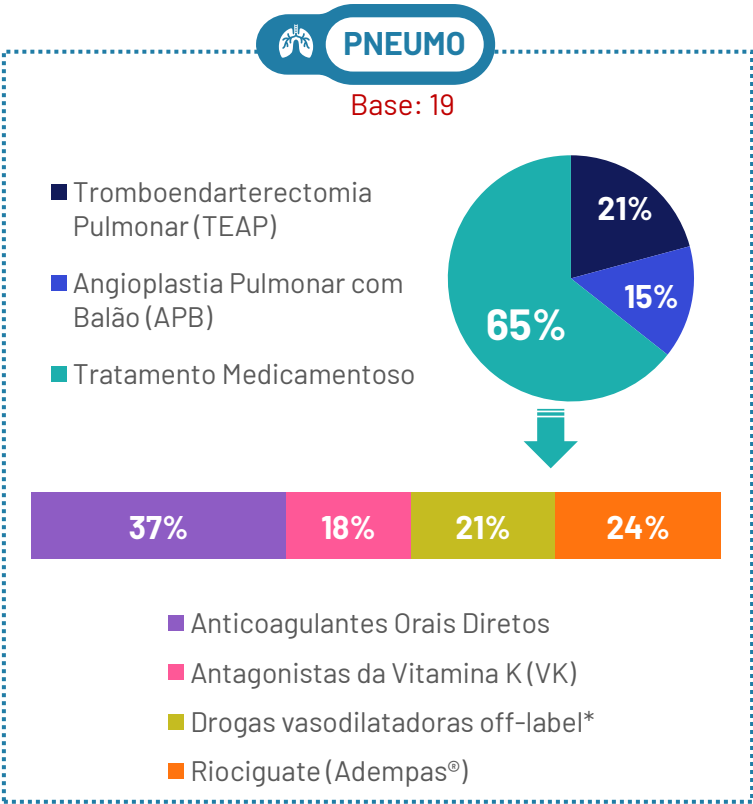
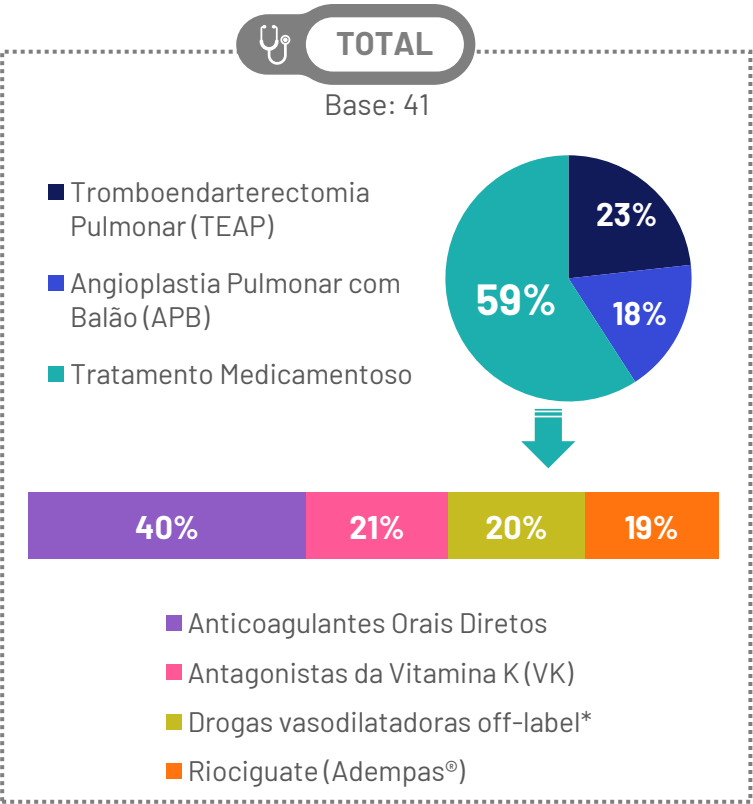
Dos 2 médicos que apenas tratam pacientes com de HPTEC (e não diagnosticam): ambos declararam ocasionalmente refazer algum exame para confirmar o diagnóstico se a documentação não for clara

E1. Ao receber um paciente já diagnosticado com HPTEC, o(a) Dr.(a) costuma refazer algum exame para confirmar o diagnóstico?
E2. Entre os fatores abaixo, quais pesam mais na sua decisão terapêutica para pacientes com HPTEC? Por favor, selecione até 3 fatores e ranqueie-os em ordem de importância

O MIX DE TRATAMENTO NA PRÁTICA CLÍNICA

RU | Estimuladas | Ordenado pelo total amostra

Apesar da cirurgia ser o tratamento mais lembrado, na prática, a **terapia medicamentosa é a modalidade mais utilizada**, abrangendo 59% dos pacientes. Dentro do arsenal medicamentoso, o **Riociguate (Adempas®)** (19%) compete diretamente com **drogas vasodilatadoras usadas off-label** (20%) e é menos utilizado que os anticoagulantes diretos (40%).



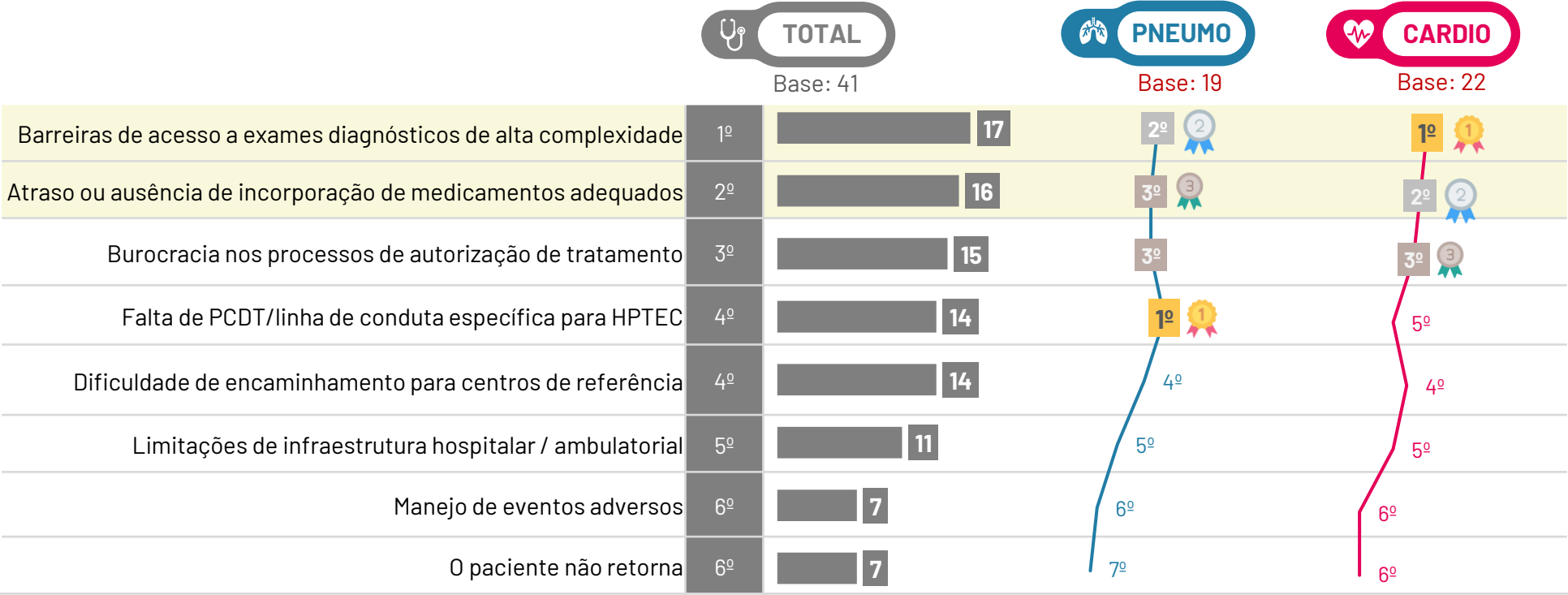
E3. Do total de pacientes diagnosticados com HPTEC que o Dr.(a) já tratou ao longo de sua profissão, como os dividiria percentualmente entre os tratamentos disponíveis abaixo?
E3.1. Do total de pacientes diagnosticados com HPTEC que o Dr.(a) já tratou ao longo de sua profissão, como os dividiria percentualmente entre os tratamentos medicamentosos disponíveis abaixo?

*sildenafil, bosentana, ambrisentana

AS DIFICULDADES NO TRATAMENTO PÚBLICO

RM | Estimuladas | Ordenado pelo total amostra

As principais dificuldades para tratar no sistema público são barreiras de **acesso**: a **exames complexos** (17%), a **medicamentos adequados** (16%) e a **burocracia para autorização** (15%). A falta de um protocolo clínico (PCDT) específico para HPTEC é apontada como uma dificuldade de primeira ordem (14%).

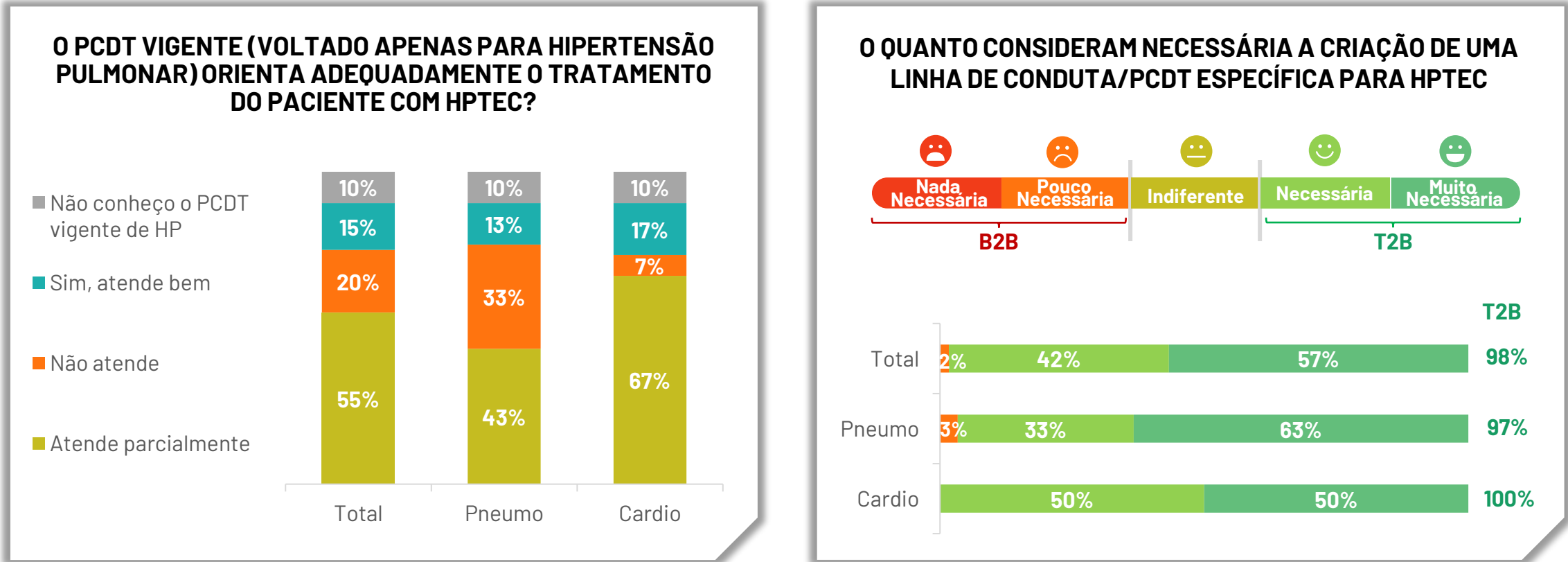


E4a. Quais são as principais dificuldades que o(a) Dr.(a) enfrenta hoje para tratar pacientes com HPTEC no SUS? Por favor, classifique as alternativas abaixo em ordem dificuldade (1 = maior dificuldade, 2 = segunda maior dificuldade, e assim por diante).

6. O FUTURO DO CUIDADO E A NECESSIDADE DE DIRETRIZES

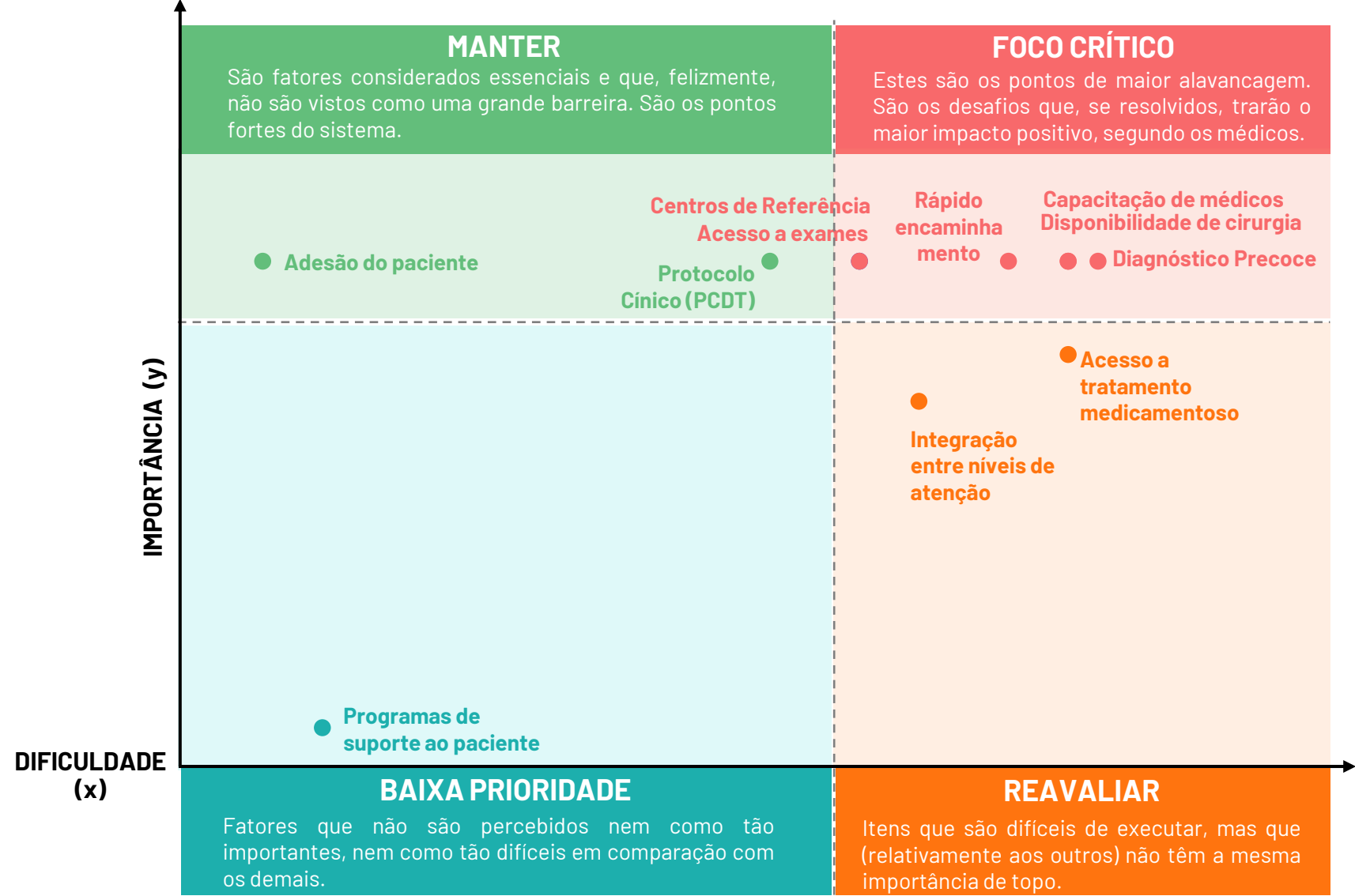


Há um consenso de que o PCDT atual de Hipertensão Pulmonar é **inadequado** para a HPTEC (75% o consideram parcial ou não atendido). Como resultado, **a criação de um PCDT específico para HPTEC** é vista como "muito necessária" ou "necessária" por 99% dos médicos, representando uma **demanda unânime da classe**.



MAPEANDO O GAP: IMPORTÂNCIA VS. DIFICULDADE NA JORNADA DO PACIENTE

RU | Estimuladas | %T2B



FOCO CRÍTICO: A grande maioria dos fatores está neste quadrante. Isso indica que, na percepção dos médicos, os elementos mais cruciais da jornada do paciente com HPTEC são também os mais difíceis de serem garantidos. O diagnóstico (precoce, exames) e o acesso (encaminhamento, centros, cirurgia) são os temas dominantes.

REAVALIAR: Embora "Acesso a tratamento" tenha uma dificuldade altíssima (92), sua importância (98) ficou ligeiramente abaixo da média de 98.6, colocando-o aqui. Isso não significa que não seja importante, mas que, em um ranking, outros itens foram ainda mais priorizados. A "Integração" também é vista como um desafio significativo, mas com uma importância um pouco menor que os itens do quadrante crítico.

MANTER: São fatores considerados essenciais e que, felizmente, não são vistos como uma grande barreira. São os pontos fortes do sistema. É muito interessante notar que a "Adesão do paciente" é vista como 100% importante, mas tem a menor nota de dificuldade (65). Isso pode significar que, uma vez que o paciente está no sistema e tem acesso, ele adere bem. O PCDT também é visto como importante e com dificuldade abaixo da média.

BAIXA PRIORIDADE: Este item se destaca por ter a menor percepção de importância (90) e uma dificuldade relativamente baixa (67). Em um cenário de recursos limitados, este seria o último item da lista a receber foco.

F3. Pensando em uma jornada de cuidado ideal para o paciente com HPTEC: qual a importância de cada um dos seguintes fatores abaixo? Considere uma escala de 1 a 5, onde 1 significa "Nada importante" e 5 significa "Muito importante". | F4. O quanto o(a) Dr.(a) acredita que cada uma das opções abaixo representa uma DIFICULDADE para garantir um tratamento adequado a pacientes com HPTEC no Brasil? Considere uma escala de 1 a 5, onde 1 significa "Nenhuma dificuldade" e 5 significa "Muita dificuldade".



7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES



A pesquisa revela um cenário de **significativo subdiagnóstico e atraso na identificação da HPTEC**. Os médicos especialistas entrevistados estimam que mais da metade (52%) dos pacientes no Brasil permanece sem diagnóstico, com um tempo médio de 9 meses entre o início dos sintomas e a confirmação da doença.

A principal causa para este atraso é a **natureza inespecífica dos sintomas**, como dispneia progressiva (80%) e fadiga (71%), que são frequentemente confundidos com condições mais prevalentes como insuficiência cardíaca, DPOC e asma. Como resultado, a jornada do paciente é longa e fragmentada: **69% dos pacientes consultam pelo menos um outro médico antes do diagnóstico definitivo**, e a grande maioria (83%) chega ao especialista sem o diagnóstico correto ou com a suspeita de outra doença.

O diagnóstico é um funil que se inicia com o **Ecocardiograma (95%)** para investigação e se aprofunda com a **Angiotomografia de tórax (68%)** e o **Cateterismo Cardíaco Direito (73%)** para confirmação. As principais barreiras diagnósticas apontadas são sistêmicas, incluindo a **limitação de acesso a exames no SUS (59%)** e o baixo índice de suspeição por parte de médicos não especialistas (61%).

No que tange ao tratamento, embora a **Tromboendarterectomia Pulmonar (TEAP)** seja o procedimento mais lembrado, a **terapia medicamentosa é a abordagem mais utilizada na prática, abrangendo 59% dos pacientes**. Dentro do arsenal farmacológico, o Riociguate (Adempas®) (19%) compete diretamente com o uso de vasodilatadores off-label (20%). A satisfação geral dos médicos com as terapias disponíveis é apenas moderada.

Finalmente, há uma demanda unânime da classe médica pela criação de uma diretriz específica para a doença. O protocolo atual de Hipertensão Pulmonar é considerado inadequado por 75% dos entrevistados, e **99% veem como "necessária" ou "muito necessária" a criação de um PCDT exclusivo para a HPTEC**, a fim de padronizar a linha de cuidado, otimizar o diagnóstico e ampliar o acesso ao tratamento.

RECOMENDAÇÕES

01

Implementar um Programa de Educação para Aumentar o Índice de Suspeição na Linha de Frente

O INSIGHT: A pesquisa demonstra que o maior gargalo é o diagnóstico tardio, com 52% dos pacientes permanecendo não diagnosticados e 69% passando por outros médicos antes da confirmação. A falha ocorre na linha de frente, onde os sintomas são confundidos com doenças prevalentes (Insuficiência Cardíaca, DPOC, Asma). Clínicos gerais e cardiologistas foram as especialidades mais consultadas previamente (81% e 70%, respectivamente).

A RECOMENDAÇÃO: Desenvolver e direcionar uma campanha de educação médica robusta para clínicos gerais, cardiologistas não especialistas e emergencistas. O foco deve ser em aumentar o "índice de suspeição", ensinando-os a reconhecer os sinais de alerta (a tríade de dispneia, histórico de TEP e achados no ecocardiograma) e a estabelecer um gatilho claro para o encaminhamento a um centro especializado, em vez de persistir em tratamentos para outras condições.

02

Liderar a Iniciativa para a Criação de um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Específico para HPTEC.

O INSIGHT: Existe uma demanda unânime (99% dos médicos consideram "necessário" ou "muito necessário") por uma diretriz de tratamento exclusiva para HPTEC, dado que o protocolo atual de Hipertensão Pulmonar é visto como inadequado por 75% dos especialistas. A ausência de um PCDT específico foi apontada como uma das principais dificuldades no tratamento via SUS (14% a classificaram como dificuldade de primeira ordem).

A RECOMENDAÇÃO: Assumir um papel de liderança e parceria junto às sociedades médicas (Pneumologia e Cardiologia) e órgãos governamentais para acelerar a criação de um PCDT para HPTEC. A Bayer pode fornecer o suporte científico, dados de estudos clínicos e análises de saúde necessárias para embasar o protocolo. Um PCDT oficial não apenas padronizaria a jornada de cuidado, mas também removeria barreiras de acesso a exames e tratamentos no sistema público, solidificando o papel de terapias específicas como o Adempas® no algoritmo de tratamento.

03

Reforçar o Valor Clínico do Adempas® com Evidências Locais para Consolidá-lo como Terapia de Escolha.

O INSIGHT: Embora a terapia medicamentosa seja a mais utilizada (59%), o Adempas® (19%) compete diretamente com drogas off-label (20%). A decisão terapêutica é fortemente guiada por evidências, e a satisfação com os tratamentos atuais é apenas moderada.

A RECOMENDAÇÃO: Conduzir uma pesquisa de evidências de mundo real (RWE - Real-World Evidence) no Brasil para gerar dados robustos sobre a eficácia, segurança e perfil de uso do Adempas® na população de pacientes brasileiros, refletindo a prática clínica diária. Em seguida, alavancar esses dados locais, em conjunto com as evidências dos estudos clínicos pivotais, em uma estratégia de comunicação direcionada aos especialistas. O objetivo é diferenciar claramente o Adempas® das alternativas off-label, demonstrando seu valor em um contexto que espelha a realidade dos médicos e posicionando-o como o padrão-ouro medicamentoso para os pacientes elegíveis.

THANK YOU!



Adriana Ghobril

Head of Healthcare

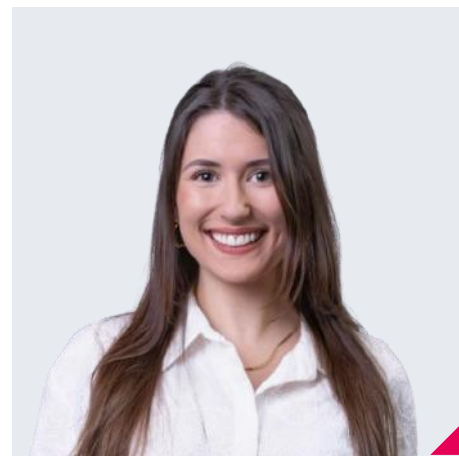
✉ adriana.ghobril@ipsos.com



Ana Luiza Pesce

Healthcare Director

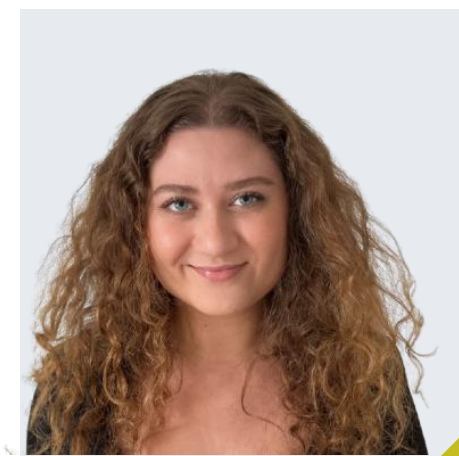
✉ ana.pesce@ipsos.com



Bruna Dimanas

Healthcare Specialist

✉ bruna.dimanas@ipsos.com



Lísia Bragado

Healthcare Sr Analyst

✉ lisia.bragado@ipsos.com

**BE SURE
MOVE
FASTER**