



Características clínicas, nível atual de sintomas e dispneia de pacientes em tratamento de manutenção da DPOC

Bruna V. Dias¹ (IC)*; Lorrany M. da Silva¹ (IC); Rafaela C. de Sousa¹(IC); Viviane A. Guimarães² (PQ); Tayro da S. Vieira³ (IC); Marcelo F. Rabahi³ (PQ); Krislainy de S. Corrêa⁴(PQ).

bruna@aluno.ueg.br

¹ UEG Campus Metropolitan, Unidade Goiânia – Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia do Estado de Goiás- ESEFFEGO – Av. Oeste, 56-250 – St. Aeroporto, Goiânia-GO, 74075-110.

² UEG Campus Metropolitan, Unidade Goiânia – Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia do Estado de Goiás – Av. Oeste, 56-250 – St. Aeroporto, Goiânia-GO, 74075-110; Hospital das Clínicas (HC) da UFG – 1º Avenida, S/N, Quadra 68, Área 1 – St. Leste Universitário, Goiânia-GO, 74605-020.

³ UFG (Campus I) Colemar Natal e Silva (Ca– Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás – R. 235, S/N – St. Leste Universitário – Goiânia-GO, 74605-050.

⁴ Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC -Escola de Ciências Médicas e da Vida da PUC Goiás- R. 235, 15 - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, 74605-050; Hospital das Clínicas (HC) da UFG– 1º Avenida, S/N, Quadra 68, Área 1 – St. Leste Universitário, Goiânia-GO, 74605-020.

Instituições: Centro de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC) da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO) – Rua 16, 97 – St. Central, Goiânia-GO, 74015-020; Hospital das Clínicas (HC) da UFG – 1º Avenida, S/N, Quadra 68, Área 1 – St. Leste Universitário, Goiânia-GO, 74605-020.

Resumo:

Introdução: A DPOC impacta a saúde e a funcionalidade dos indivíduos. **Objetivos:** Determinar o perfil sociodemográfico, clínico e histórico da DPOC e avaliar o nível atual dos sintomas e dispneia em pacientes estáveis e em tratamento. **Metodologia:** Estudo observacional e analítico desenvolvido na Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Foram coletados dados pessoais, história clínica, frequência de exacerbações no ano anterior e nos últimos 3 meses, dados da última espirometria, além de escalas de avaliação dos sintomas. Análise estatística realizada no programa Excel. **Resultados:** Amostra de 36 pacientes, 18 (50%) do sexo masculino e média de idade de 67,44 ($\pm 8,42$) anos. Cada paciente possuiu média de 2,5 comorbidades ($\pm 1,81$). 91,67% dos participantes eram ex-tabagistas. A espirometria apresentou valor médio do VEF1% - Pós-BD de 52,45% do previsto (DP $\pm 16,13$) e do VEF1/CVF% - Pós-BD 64,43% do previsto (DP $\pm 12,04$). Escore total do CAT foi a média de 16,61 ($\pm 17,05$) e a média do mMRC foi de 3. **Conclusão:** Os pacientes ainda tem grande impacto dos sintomas mesmo em tratamento.





Palavras-chave: DPOC; Avaliação de sintomas; CIF

Introdução

O tratamento de manutenção da DPOC visa controlar a evolução dos sintomas e aumento da gravidade, principalmente a redução da dispneia (CAMARGO; PEREIRA, 2010). Porém ainda há lacunas no tratamento e no cuidado adequado ao paciente, sendo importante compreender o perfil dos mesmos (MAKE et al., 2012).

Então os objetivos deste estudo foram determinar o perfil sociodemográfico, clínico e histórico da DPOC e avaliar o nível atual dos sintomas e dispneia de pacientes em tratamento de manutenção da doença.

Material e Métodos

Estudo observacional descritivo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) e do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos “Leide das Neves Ferreira” da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO) (parecer nº 2.708.391) e financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Foram incluídos pacientes com diagnóstico espirométrico de DPOC, ambos os gêneros, idade ≥ 40 anos, do Programa Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para recebimento de medicamentos para o tratamento da DPOC, oferecido pela Central de Medicamentos de Alto Custo (CMAC) Juarez Barbosa (JB) da SES-GO, uso das medicações por pelo menos 3 meses e estabilidade clínica.

Foram excluídos aqueles em reabilitação há mais de uma semana; acamados e/ou sem condições de buscar a medicação; com câncer, em tratamento quimioterápico, radioterápico e/ou outras doenças crônicas terminais; outra doença pulmonar; comprometimento cognitivo conhecido e/ou incapacidade de compreensão e se já incluídos em estudos com intervenção. Pacientes pós exacerbação há menos de 4 semanas ou menos de 6 semanas pós-hospitalização tinham que esperar estabilização para participar.

A coleta de dados foi conduzida na CEMAC JB e nos ambulatórios de pneumologia do HC-UFG em Goiânia. Os candidatos a participar foram escolhidos por sorteio das listas mensais de pacientes cadastrados no Programa, triados por revisão dos





processos administrativos dos pacientes para identificar se eram elegíveis. Outros critérios de elegibilidade foram confirmados no contato telefônico com o paciente. Se elegível e aceitasse participar, a avaliação foi agendada no mesmo dia da retirada dos remédios no JB ou na consulta médica no HC-UFG, se fosse o caso.

Na avaliação, os integrantes da equipe da UFG confirmaram a elegibilidade, informaram os objetivos da pesquisa e, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o paciente foi incluído na pesquisa e era iniciada a avaliação.

Ficha própria pré-intervenção foi aplicada para a coleta de informações pessoais, sociodemográficas e clínicas dos pacientes. Foram avaliados fatores de risco para DPOC, histórico de tabagismo e dados espirométricos, além da frequência de exacerbações no ano anterior e nos últimos 3 meses e comorbidades. As escalas CAT (*COPD Assessment Test*) e mMRC (*Modified Medical Research Council*) foram utilizadas para avaliar os sintomas atuais e dispneia, respectivamente.

Todos os dados foram tabulados em planilha Excel, com análise descritiva das características dos participantes. Os dados foram expressos em forma de média, desvio-padrão, intervalo interquartil (25-75%) e porcentagem.

Resultados e Discussão

A concomitância de Asma e DPOC (N=61; %=15,02) foi um dos maiores motivos de exclusão (406 pacientes). Netto et al., (2016) avaliaram a prevalência de síndrome de sobreposição de asma e DPOC em idosos de 8,9%, confirmando alta prevalência nessa população. Foram coletados 36 pacientes com DPOC entre fevereiro e junho de 2021. Não houve predominância de sexo, 44,44% eram casados, 44,44% etnia branca, 50% possuíam o ensino fundamental incompleto e 58,33% recebem apenas 1 salário-mínimo.

Cada paciente possuiu em média 2,5 comorbidades ($\pm 1,81$), sendo a mais frequente a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esses resultados corroboram o estudo de Caram et al., (2016) que compararam a prevalência de comorbidades e de fatores de risco de doença cardiovascular em pacientes com DPOC de acordo com a gravidade da doença. Sendo assim, 38 pacientes (76%) apresentaram pelo menos uma comorbidade e 20 (40%) apresentavam HAS.





Além disso, 91,67% dos participantes eram ex-tabagistas, 75% moraram com fumantes e a carga tabágica média foi de 41,96 anos/maço (DP \pm 24,73). Segundo Barbosa et al., (2017), o tabagismo é fator intimamente associado à DPOC sendo que, em seu estudo, houve maior prevalência desse fator de risco. Além disso, 86% de sua amostra usou ou morou em casa que outros cozinhavam fogão a lenha.

O VEF₁% Pós-BD (Tabela 1) indicou grau moderado da limitação ao fluxo aéreo (GOLD II tem 50% \leq VEF₁ < 80% do previsto). Além disso, o VEF₁/CVF% Pós-BD foi < 70%, indicando limitação persistente ao fluxo aéreo (GOLD, 2011).

Tabela 1 - Dados clínicos da amostra.

	N (%)	P0,25%	P0,75%	M (DP)
Exacerbações no ano anterior	3 (8,33)			
Nº de pacientes que foram ao posto de saúde devido a DPOC	2 (5,56)			
Nº de internações	0			
Diagnóstico DPOC (anos)		5,25	15	10,60 (6,53)
Diagn clínico-espirométrico	36 (100)			
Espirometria				
VEF ₁ % - Pós-BD (% prev)		39	62	52,45 (16,13)
VEF ₁ /CVF% - Pós-BD (%prev)		50	71	64,43 (12,04)

Legenda: diagn: diagnóstico; VEF₁/CVF: volume expiratório forçado no primeiro segundo/capacidade vital forçada; BD: broncodilatador; VEF₁: volume expiratório forçado no primeiro segundo.

Além disso, a média do escore total do CAT foi 16,61 (\pm 17,05) pontos, sendo que um escore acima de 10 indica pior nível dos sintomas. A média do mMRC foi 3 e acima de 2 indica pior nível de dispneia, constatando-se que os pacientes apresentam alto nível de sintomas e dispneia. No estudo de Pereira (2010), mMRC também apontou relação entre sintomas de dispneia e descondicionamento e inatividade física, associado a pior desempenho nas atividades, com redução na qualidade de vida (QV). Segundo Silva et al (2013), a avaliação da CAT é eficaz e significativa em captar as queixas respiratórias. Logo, nossa amostra apresentou queixas respiratórias significativas, mesmo em tratamento de manutenção.

Considerações Finais

O presente estudo possibilitou identificar o perfil sociodemográfico, clínico e do nível atual de sintomas dos pacientes com DPOC das assistências pública/ privada,





atendidos nos programas do JB. Isso pode permitir a elaboração de estratégias para melhorar o controle da doença dos pacientes com DPOC do Estado de Goiás.

Estudos futuros com amostra maior e acompanhamento longitudinal precisam ser desenvolvidos para acompanhar a evolução da doença e adaptações no tratamento e, assim, buscar relação causa-efeito entre características do paciente, da doença e condição dos sintomas com o tratamento.

Agradecimentos

Agradeço aos meus colegas de pesquisa e a minha orientadora Me. Viviane Assunção Guimarães que me apoiaram durante este processo de pesquisa. Além disso, aos pacientes que aceitaram fazer parte desta pesquisa.

Referências

1. BARBOSA, A. T. F. et al. Fatores associados à doença pulmonar obstrutiva crônica em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 63-73, 2017.
2. CAMARGO, L. A. C. R.; PEREIRA C. A. C. Dispneia em DPOC: Além da escala modified Medical Research Council. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36 n 5. p. 571-578, 2010
3. CARAM, L. M. O. et al. Risk factors for cardiovascular disease in patients with COPD: mild-to-moderate COPD versus severe-to-very severe COPD. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 179-184, jun. 2016.
4. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Global Initiative for Chronic Lung Disease, (GOLD) 2011.
5. MAKE, B. D. M. P. et al. Undertreatment of COPD: a retrospective analysis of US managed care and Medicare patients. **International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, [S.L.], v. 7, p. 1-9, 2012.
6. NETTO, A. C. M. G. et al. Prevalence of asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome (ACOS) in elderly patients. **Brazilian Journal of Allergy and Immunology**, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 56-60, 2015.
7. SILVA, G. P. F. da et al. Portuguese-language version of the COPD Assessment Test: validation for use in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online]. 2013, v. 39, n. 04 [Acessado 21 outubro 2021], pp. 402-408. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-37132013000400002>>.

