

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

**Declaração de entrega do Trabalho de Conclusão de
Curso**

Declaro que o trabalho intitulado “Perfil epidemiológico da DPOC em pacientes de um ambulatório de especialidades de São Paulo/SP” realizado pelas alunas Gabriela Bizarri Flumignan e Gabriela Sucena Pastore, está apto para entrega, apresentação e avaliação das bancas nomeadas.

Prof. Dr. Marcelo Andreetta Corral

Assinatura do Orientador do Trabalho

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

Gabriela Bizarri Flumignan

Gabriela Sucena Pastore

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DPOC EM PACIENTES DE UM
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES DE SÃO PAULO/SP**

São Paulo

2023

Gabriela Bizarri Flumignan

Gabriela Sucena Pastore

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DPOC EM PACIENTES DE UM
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES DE SÃO PAULO/SP**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Santo Amaro – UNISA,
como requisito parcial para obtenção do
título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Andreetta
Corral

São Paulo

2023

F665p Flumignan, Gabriela Bizarri.

Perfil epidemiológico da DPOC em pacientes de um ambulatório de especialidades de São Paulo/SP / Gabriela Bizarri Flumignan, Gabriela Sucena Pastore. — São Paulo, 2023.

20 p.: il., color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) — Universidade Santo Amaro, 2023.

Orientador: Prof.º Me. Dr.º Marcelo Andreetta Corral.

Coorientador: Prof.º Me. Ricardo Siufi Magalhães.

Coorientador: Prof.º Me. Antonio Carlos Gomes de Barros Júnior.

1. DPOC. 2. Perfil epidemiológico. 3. Exacerbação. I. Pastore, Gabriela Sucena. II. Corral, Marcelo Andreetta, orient. III. Magalhães, Ricardo Siufi, coorient. IV. Barros Júnior, Antonio Carlos Gomes de, coorient. V. Universidade Santo Amaro. VI. Título.

Gabriela Bizarri Flumignan

Gabriela Sucena Pastore

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DPOC EM PACIENTES DE UM
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES DE SÃO PAULO/SP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Andreetta Corral

São Paulo, 23 de novembro de 2023

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcelo Andreetta Corral

Orientador

Prof. Dr. Antonio Modesto

Avaliador

Prof. Ma. Cintia Leci Rodrigues

Avaliadora

Conceito Final

Gabriela Bizarri Flumignan, Gabriela Sucena Pastore e Marcelo Andretta Corral. *Perfil epidemiológico da DPOC em pacientes de uma ambulatório de São Paulo/SP.*[Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Santo Amaro, 2023.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença pulmonar caracterizada pela condição pulmonar heterogênea caracterizada por sintomas respiratórios crônicos, como dispneia, tosse e escarro, por causa de anormalidades nas vias aéreas. Se trata de uma doença prevenível e tratável, sendo a principal causa o tabagismo, mas não podemos excluir as causas não tabagistas, além disso, existem diferenças entre tabagistas com a mesma carga tabágica, sugerindo que fatores intrínsecos modificam o risco de desenvolver DPOC, bem como a apresentação clínica, que depende da interação entre os fatores individuais e ambientais como a queima de biomassa e o uso de fogão à lenha. Foi avaliado o perfil sócio-epidemiológico, a adesão dos pacientes ao tratamento além de histórico de exacerbações hospitalares e não hospitalares, em um hospital escola de especialidades de São Paulo/SP. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo/documental, no qual foram analisados 165 prontuários do Hospital Escola de Especialidades de São Paulo/SP, e destes, 33 foram utilizados para a coleta de dados. Após a coleta de dados, foi realizada uma comparação com gráficos de todo o material analisado. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os pacientes mais cometidos e com maior taxa tabágica foram do sexo feminino, dado isso pode-se levantar um questionamento se realmente a prevalência está entre o sexo feminino ou os pacientes do sexo masculino não buscam o serviço. Notou-se também a prevalência da tríade de sintomas da DPOC, sendo a dispneia a mais relatada nos prontuários. A respeito do tabagismo, majoritariamente os pacientes possuíam histórico e carga tabágica média de 30 anos/maço, mas também encontramos pacientes com outros antecedentes, como por exemplo, contato com fogão a lenha. O que torna a contabilização da carga tabágica mais difícil, principalmente de formas indiretas de tabagismo como o tabagismo passivo. Há representativa adesão à terapia farmacológica nos pacientes que realizam seguimento no ambulatório. A espirometria só foi realizada em 42,4% dos pacientes. A média de carga tabágica foi de 30 anos / Maço e também em 8 prontuários não constava a carga, sendo um dado relevante se tratando de DPOC. A exacerbação hospitalar foi constatada em 57% dos pacientes. **CONCLUSÃO:** A partir desse cenário, foi proposto a implantação de ficha de DPOC para o ambulatório, além da indicação de compra de um equipamento de espirometria. É importante ressaltar que é indicado a aquisição de um aparelho de espirometria para o serviço do hospital escola, dado ao expressivo número de pacientes que precisam realizar o exame e a facilidade em obtenção dos resultados, uma questão além das doenças obstrutivas, mas um ganho ao serviço ambulatorial.

Palavras-chave: DPOC.Epidemiologia.Tabagismo.

ABSTRACT

BACKGROUND: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a lung disease characterized by heterogeneous lung condition characterized by chronic respiratory symptoms, such as dyspnea, cough and sputum, due to airway abnormalities. It is a preventable and treatable disease, the main cause being smoking, but we cannot exclude non-smoking causes. Furthermore, there are differences between smokers with the same smoking load, suggesting that intrinsic factors modify the risk of developing COPD, as well such as the clinical presentation, which depends on the interaction between individual and environmental factors such as the burning of biomass and the use of wood stoves. The socio-epidemiological profile, patients' adherence to treatment, as well as a history of hospital and non-hospital exacerbations were evaluated in a specialty teaching hospital in São Paulo/SP. **METHODOLOGY:** This is a retrospective descriptive/documentary study, in which 165 medical records from the Hospital Escola de Especialidades de São Paulo/SP were analyzed, and of these, 33 were used for data collection. After data collection, a comparison was made with graphs of all the analyzed material. **RESULTS AND DISCUSSION:** The most committed patients with the highest smoking rate were female, given this, the question may arise as to whether the prevalence is really among females or male patients do not seek the service. The prevalence of the triad of COPD symptoms was also noted, with dyspnea being the most reported in the medical records. Regarding smoking, most patients had a smoking history and average smoking history of 30 years/pack, but we also found patients with other histories, such as contact with a wood stove. This makes accounting for smoking more difficult, especially indirect forms of smoking such as passive smoking. There is significant adherence to pharmacological therapy in patients undergoing follow-up at the outpatient clinic. Spirometry was only performed in 42.4% of patients. The average smoking history was 30 years/pack and 8 medical records did not show the history, which is relevant data in the case of COPD. Hospital exacerbation was found in 57% of patients. **CONCLUSION:** Based on this scenario, it was proposed to implement a COPD form for the outpatient clinic, in addition to recommending the purchase of spirometry equipment. It is important to highlight that the acquisition of a spirometry device for the teaching hospital service is recommended, given the significant number of patients who need to undergo the exam and the ease in obtaining results, an issue beyond obstructive diseases, but a benefit to the outpatient service.

Keywords: COPD. Epidemiology. Smoking.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
4 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
• Proposta de Ficha de DPOC	20
REFERÊNCIAS	22

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DPOC EM PACIENTES DE UM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES DE SÃO PAULO/SP

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF COPD IN PATIENTS AT A SPECIALTY OUTPATIENT CLINIC IN SÃO PAULO/SP

FLUMIGNAN, Gabriela Bizarri¹

PASTORE, Gabriela Sucena²

CORRAL, Marcelo Andreetta³

RESUMO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença pulmonar caracterizada pela condição pulmonar heterogênea caracterizada por sintomas respiratórios crônicos, como dispneia, tosse e escarro, por causa de anormalidades nas vias aéreas. Se trata de uma doença prevenível e tratável, sendo a principal causa o tabagismo, mas não podemos excluir as causas não tabagistas, além disso, existem diferenças entre tabagistas com a mesma carga tabágica, sugerindo que fatores intrínsecos modificam o risco de desenvolver DPOC, bem como a apresentação clínica, que depende da interação entre os fatores individuais e ambientais como a queima de biomassa e o uso de fogão à lenha. Foi avaliado o perfil sócio-epidemiológico, a adesão dos pacientes ao tratamento além de histórico de exacerbações hospitalares e não hospitalares, em um hospital escola de especialidades de São Paulo/SP. Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo/documental, no qual foram analisados 165 prontuários do Hospital Escola de Especialidades de São Paulo/SP, e destes, 33 foram utilizados para a coleta de dados. Após a coleta de dados, foi realizada uma comparação com gráficos de todo o material analisado. Os pacientes mais cometidos e com maior taxa tabágica foram do sexo feminino, dado isso pode-se levantar um questionamento se realmente a prevalência está entre o sexo feminino ou os pacientes do sexo masculino não buscam o serviço. Notou-se também a prevalência da tríade de sintomas da DPOC, sendo a dispneia a mais relatada nos prontuários. A respeito do tabagismo, majoritariamente os pacientes possuíam histórico e carga tabágica média de 30 anos/maço, mas também encontramos pacientes com outros antecedentes, como por exemplo, contato com fogão a lenha. O que torna a contabilização da carga tabágica mais difícil, principalmente de formas indiretas de tabagismo como o tabagismo passivo. Há representativa adesão à terapia farmacológica nos pacientes que realizam

¹ Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro – gabiflumignan@gmail.com

² Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro – gabispastore@gmail.com

³ Professor Orientador. Doutor, Universidade Santo Amaro -SP – mcorral@prof.unisa.br

seguimento no ambulatório. A espirometria só foi realizada em 42,4% dos pacientes. A média de carga tabágica foi de 30 anos / Maço e também em 8 prontuários não constava a carga, sendo um dado relevante se tratando de DPOC. A exacerbação hospitalar foi constatada em 57% dos pacientes. A partir desse cenário, foi proposto a implantação de ficha de DPOC para o ambulatório, além da indicação de compra de um equipamento de espirometria. É importante ressaltar que é indicado a aquisição de um aparelho de espirometria para o serviço do hospital escola, dado ao expressivo número de pacientes que precisam realizar o exame e a facilidade em obtenção dos resultados, uma questão além das doenças obstrutivas, mas um ganho ao serviço ambulatorial.

Palavras-chave: DPOC.Epidemiologia.Tabagismo.

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a lung disease characterized by heterogeneous lung condition characterized by chronic respiratory symptoms, such as dyspnea, cough and sputum, due to airway abnormalities. It is a preventable and treatable disease, the main cause being smoking, but we cannot exclude non-smoking causes. Furthermore, there are differences between smokers with the same smoking load, suggesting that intrinsic factors modify the risk of developing COPD, as well such as the clinical presentation, which depends on the interaction between individual and environmental factors such as the burning of biomass and the use of wood stoves. The socio-epidemiological profile, patients' adherence to treatment, as well as a history of hospital and non-hospital exacerbations were evaluated in a specialty teaching hospital in São Paulo/SP. This is a retrospective descriptive/documentary study, in which 165 medical records from the Hospital Escola de Especialidades de São Paulo/SP were analyzed, and of these, 33 were used for data collection. After data collection, a comparison was made with graphs of all the analyzed material. The most committed patients with the highest smoking rate were female, given this, the question may arise as to whether the prevalence is really among females or male patients do not seek the service. The prevalence of the triad of COPD symptoms was also noted, with dyspnea being the most reported in the medical records. Regarding smoking, most patients had a smoking history and average smoking history of 30 years/pack, but we also found patients with other histories, such as contact with a wood stove. This makes accounting for smoking more difficult, especially indirect forms of smoking such as passive smoking. There is significant adherence to pharmacological therapy in patients undergoing follow-up at the outpatient clinic. Spirometry was only performed in 42.4% of patients. The average smoking history was 30 years/pack and 8 medical records did not show the history, which is relevant data in the case of COPD. Hospital exacerbation was found in 57% of patients. Based on this scenario, it was proposed to implement a COPD form for the outpatient clinic, in addition to recommending the purchase of spirometry equipment. It is important to highlight that the acquisition of a spirometry device for the teaching hospital service is

recommended, given the significant number of patients who need to undergo the exam and the ease in obtaining results, an issue beyond obstructive diseases, but a benefit to the outpatient service.

Keywords: COPD. Epidemiology. Smoking.

1 INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica ou DPOC, é uma doença crônica, prevenível, tratável e progressiva. É caracterizada pela limitação do fluxo aéreo persistente, podendo ser irreversível. A alta taxa de pacientes com a enfermidade supracitada tem desafiado os serviços de saúde (GOLD, 2022).

Na América Latina, as mortes atribuídas ao DPOC aumentaram 65,0% na última década. No Brasil, de acordo com o estudo PLATINO (Prevalência de doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados), a prevalência de DPOC entre os anos de 2005 a 2011, foram de 15,8% (IC95%: 13,5-18,1). Aferiu-se que um quarto das hospitalizações ocasionadas por problemas respiratórios foi causada pela enfermidade (MENEZES, 2005).

No Brasil, a DPOC foi a quinta principal causa de morte em 2016 e a terceira principal causa no mundo. O sexo masculino, no Brasil, é o mais acometido por essa doença crônica, sendo a quarta principal causa de morte, seguido pelas mulheres sendo a sexta principal causa de morte (SAÚDE BRASIL, 2018). As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste registraram taxas de mortalidade superiores em comparação às regiões Sul e Sudeste. Adesão ao tratamento, redução de tabagistas e fatores socioeconômicos estão atrelados à morbi mortalidade da DPOC (GONÇALVES-MACEDO, 2019).

Causas ambientais e genéticas figuram entre os motivos da DPOC. Sua principal etiologia é o tabagismo, mas existem outros fatores de exposição ambientais, tais como: queima de biomassa, exposição ocupacional e inalação do ar externo. No tocante às causas genéticas, é possível elencar a deficiência hereditária de alfa 1 antitripsina, caracterizada pela selenoproteína do grupo das serpinas que inativam as elastases neutrofílicas produzidas no fígado, ocasionando a falta de antiproteases (GOLD, 2022).

O quadro da DPOC caracteriza-se pela: Idade avançada; uso atual ou passado de cigarros; início insidioso de dispneia com progressão lenta; histórico de bronquite aguda para a qual se procura assistência médica; e sintomas de tosse crônica, produção de escarro e sibilos. (CECIL, 2015), chiado e aperto no peito, bem como tórax em barril podem estar associados à doença, em conformidade com a publicação exarada no documento GOLD. O paciente também pode apresentar quadro de piora clínica da DPOC pontual, caracterizando a exacerbação - piora do quadro clínico. Infecções virais ou bacterianas, mudanças climáticas, tabagismo e a má aderência ao tratamento são os principais fatores de risco para a piora da condição respiratória (GOLD, 2022).

Uma exacerbação da DPOC é descrita como uma piora aguda dos sintomas respiratórios associada a um grau variável de deterioração fisiológica. (WEDZICHA; SEEMUNGAL, 2007). É caracterizada por critérios de classificação: leve, moderado e grave. É leve quando o paciente necessita de mais medicações, mas consegue manejar o problema em seu ambiente normal. Moderado quando há uma necessidade maior de medicamentos e de ajuda médica. É grave quando o paciente reconhece uma piora óbvia ou rápida, necessitando de hospitalização. Ademais, é possível utilizar sinais cardinais como fatores de descontrolo da doença obstrutiva crônica; aumento da dispneia, mudança na cor e no volume da expectoração figuram entre os sinais supracitados (CARDOSO, 2013).

O diagnóstico é feito através dos principais sintomas associados aos fatores de risco individuais e ambientais em conjunto com a espirometria, principal exame diagnóstico confirmatório da DPOC. Nesse exame, é feita relação entre VEF1/CVF (Volume expiratório forçado no primeiro segundo/volume máximo de ar exalado com esforço máximo). Sendo essa relação menor que 0,7, pode ser feito o diagnóstico da presença de obstrução do fluxo aéreo. Entretanto, diagnosticar não é diagnosticar é apenas a etapa inicial da assistência, pois é necessária uma orientação sobre a doença, quais as gravidades, o prognóstico, como realizar o tratamento e a quem recorrer quando houver piora do quadro. (GOLD, 2022).

O tratamento da DPOC é fundamental para o controle dos sintomas. É uma enfermidade crônica e progressiva, que possui fisiopatologia complexa com acometimento brônquico e de septos alveolares. Sem a adesão ao tratamento, pode haver drástica piora na qualidade de vida, por isso o papel fundamental do médico é a orientação do doente. A falta do tratamento adequado no tempo certo pode causar sérios danos ao paciente, como perda de função pulmonar e aumento da mortalidade (MENEZES, 2011).

Para evitar a progressão de danos causados pela DPOC, o manejo clínico da doença inclui principalmente: exercícios de reabilitação pulmonar, imunização, oxigenoterapia quando bem indicada e tratamento farmacológico de diferentes classes. O principal objetivo na doença obstrutiva crônica é o alívio dos sintomas. Dentre as medicações inalatórias principais, destacam-se: os mais utilizados são o LABA (β_2 -agonistas de longa duração), LAMA (anticolinérgicos de longa duração) e, o mais eficaz foi o uso de LABA. Redução de exacerbações, melhora funcional tanto pulmonar quanto de bem estar social e redução da mortalidade são parâmetros importantes de sucesso terapêutico. (MENEZES, 2011).

De acordo com Moreira et al. (2021), os pacientes menos aderentes ao tratamento são aqueles que apresentam mais sintomas, como a dispneia. Outros fatores comumente relacionados à adesão dos pacientes ao tratamento são: escolaridade, função pulmonar e gravidade da doença. Esses pontos devem ser sempre destacados no prontuário do paciente, visto que podem atrapalhar os cuidados de assistência ao paciente. O resultado de uma boa adesão ao

tratamento será a redução de exacerbações, internações e o principalmente a redução da mortalidade.

Saber quais doenças acometem mais a qualidade de vida dos pacientes em geral é importante para o prognóstico do paciente, além da decisão sobre os próximos passos do tratamento. Entretanto, para a DPOC não existem parâmetros bem definidos e conceituados pela literatura para definirmos qualidade de vida (RAMOS CERQUEIRA, 2000).

O bem estar pode ser explicado pelo modo como a doença impacta na vida cotidiana e na qualidade de vida do paciente. A doença pode gerar diminuição da autonomia física e da perda de independência. Além das manifestações físicas, vale ressaltar que essas podem levar a doenças que afetam o equilíbrio emocional do paciente, tanto pessoal quanto coletivo, resultando em insatisfação cotidiana com a vida, pela falta de condicionamento físico (JONES, 1995).

Após a breve elucidação do tema do trabalho, nota-se a real importância sobre a epidemiologia da DPOC e o planejamento de saúde. Existem muitos estudos a respeito da DPOC sobre incidência, exacerbação, prevalência, avaliação da condição de saúde e a qualidade de vida dos pacientes com DPOC. O presente estudo tem o objetivo de avaliar, através de dados coletados em prontuários, o perfil epidemiológico, hábitos tabágicos, adesão ao tratamento e histórico de exacerbações dos pacientes com DPOC em um hospital escola de especialidades de São Paulo/SP, acompanhados no ambulatório de pneumologia durante 1 ano. Com a análise de dados, a equipe poderá conhecer o universo do atendimento e fazer a comparação com os dados da literatura, a fim de melhorar a gestão dos pacientes (TEIXEIRA, 1999).

Posada et al. (2014) demonstraram que para elevar o nível de adesão ao tratamento pelo paciente, é essencial que esse seja educado pelo profissional de saúde sobre o uso do medicamento e o plano terapêutico. Ademais, é fundamental que o paciente tenha um plano de promoção de autocuidado junto a um grupo de multiprofissionais, com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade e morbidade. Com as medidas corretivas, tomadas em conjunto pelos profissionais, o paciente pode contar com um significativo aumento da qualidade de vida.

Além disso, com o melhor entendimento do perfil de pacientes atendidos pelo ambulatório, os profissionais de saúde podem criar estratégias para melhorarem as explicações sobre o que é a doença, prognósticos, conversas com a família, a individualização do cuidado, e por fim, explicações sobre a importância do autocuidado, os próximos passos sobre a abordagem não farmacológica como a cessação do tabagismo e as farmacológica como o uso correto de broncodilatadores e vigilância da adesão ao tratamento (POSADA, 2014).

2 METODOLOGIA

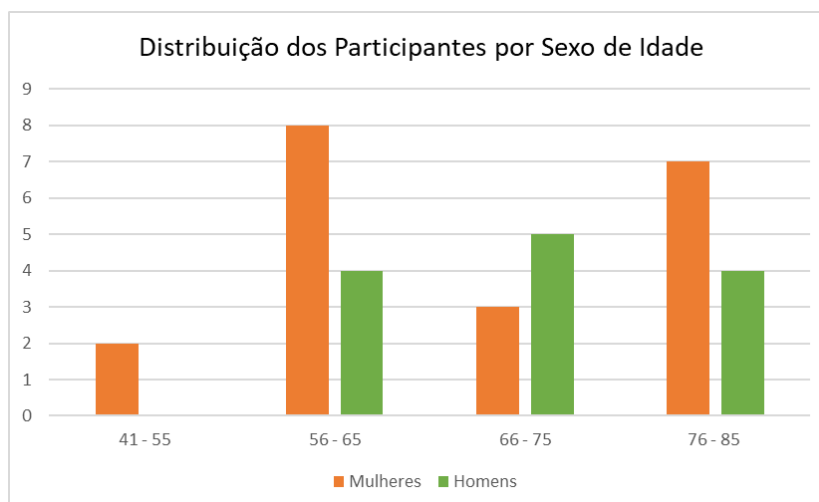
Trata-se de um estudo qualitativo do tipo retrospectivo descritivo/documental, no qual foram analisados 165 prontuários do Hospital Escola de Especialidades de São Paulo/SP, e destes, 33 foram utilizados para a coleta de dados. Esta pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro - UNISA.

Para compor a amostra da pesquisa foram incluídas pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de DPOC, independente do estadiamento da doença, carga tabágica, medicações utilizadas, ocupações, adesão ao tratamento, histórico de exacerbações e teste espirométrico. A partir da coleta, os dados foram comparados e apresentados em gráficos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi compreender qual o perfil dos usuários do Hospital Escola de Especialidade de São Paulo/SP. Diante dos resultados obtidos, foi possível identificar que os pacientes mais cometidos e com maior taxa tabágica foram do sexo feminino, dado isso pode-se levantar um questionamento se realmente a prevalência está entre o sexo feminino ou os pacientes do sexo masculino não buscam o serviço. Notou-se também a prevalência da tríade de sintomas da DPOC, sendo a dispneia a mais relatada nos prontuários.

Gráfico 1. O número de pacientes que entraram na pesquisa separados por sexo e idade, notando prevalência no sexo feminino.



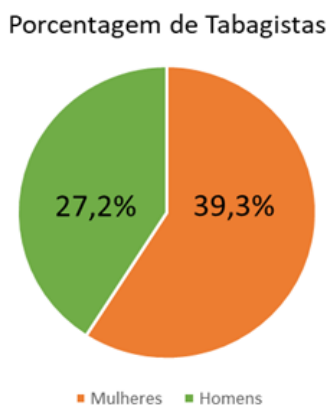
Fonte: Dados de Pesquisa 2022

No Brasil, a DPOC é a 4 causa de morte no sexo masculino e a 6 causa no sexo feminino (SAUDE BRASIL, 2019) sendo o principal fator desencadeante o tabagismo. De acordo com o (VIGITEL, 2021) 11,8% dos fumantes são do sexo masculino e 6,7% é do sexo feminino. Entretanto, no gráfico 1 do estudo mostra uma prevalência maior de mulheres fumantes, dentre os 33 prontuários

analisados 39,3% eram mulheres e 27,2% eram homens ,ou seja, há uma discrepância de dados entre o Brasil e o hospital escola. Com isso, pode se questionar sobre o acesso à saúde de homens aos serviços de saúde, aos quais são resilientes em admitir que precisam de ajuda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Sobre os pacientes tabagistas declarados, se apresentam no seguinte gráfico:

Gráfico 2. Prevalência do sexo feminino sobre o tabagismo.



Fonte: Dados da Pesquisa 2022

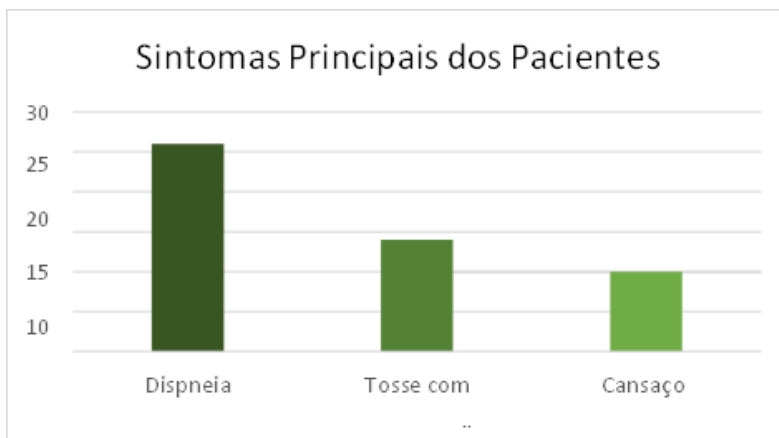
O tabagismo é o principal fator que leva a obtenção da doença pulmonar obstrutiva crônica, seu consumo gera uma incidência de 40-50% de novos casos de DPOC, aumento da mortalidade e concomitante uma diminuição da expectativa de vida de 37,5%. (OLIVEIRA,2023)

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/58110/4237>

Após análise dos prontuários, a grande maioria dos pacientes possuíam histórico de carga tabágica média de 30 anos/maço. Entretanto, também foram encontrados pacientes com outros antecedentes, como por exemplo, contato com fogão a lenha. O que torna a contabilização da carga tabágica mais difícil, principalmente de formas indiretas de tabagismo como o tabagismo passivo. Com isso, deve haver uma padronização da quantificação de anos/maço no ambulatório para que seja usado tanto pelos alunos como pelos médicos, facilitando a identificação de possível risco pulmonar pelo paciente tabagista.

Em relação aos sintomas, os mais prevalentes, se apresentam no gráfico 3 abaixo:

Gráfico 3. Os sintomas mais prevalentes dos pacientes que constavam nos prontuários.



Fonte: Dados da Pesquisa 2022

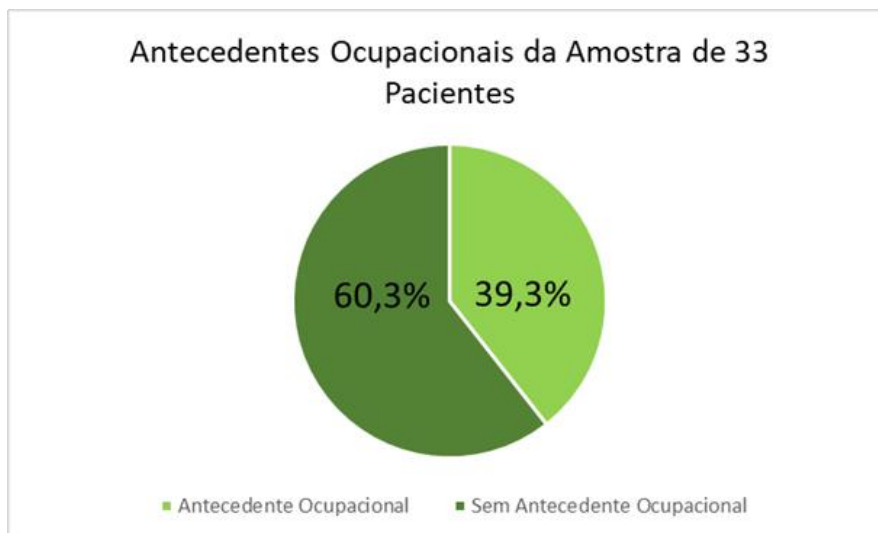
Em relação aos principais sintomas de DPOC, os gráficos mostram que dispneia, tosse com expectoração e cansaço foram os mais prevalentes. De acordo com o gráfico 3 o principal sintoma dos pacientes foi a dispneia, descrito pelos pacientes por uma sensação de aumento de esforço para respirar, sensação de peso no peito, falta de ar ou até mesmo um padrão respiratório ofegante. Dentre os 33 pacientes analisados, 26 relataram sintomas de falta de ar.

Além da dispneia, a tosse é geralmente o primeiro sintoma representativo da DPOC, consequência do tabagismo ou até mesmo por exposição ambiental, podendo ser ou não produtiva., que no gráfico 14 pacientes relataram a sua presença. E por fim, o cansaço foi outro sintoma prevalente nos prontuários analisados. (GOLD,2023)

Com a obtenção dos dados dessa pesquisa, pode se contestar que os pacientes apresentam redução da qualidade de vida, visto que a falta de ar e o cansaço sentidos por eles limita a atuação de atividades diárias como andar a pé, subir uma escada, carregar sacolas de supermercado entre outros. Assim, é importante continuar combatendo o tabagismo e incentivando a adesão ao tratamento (JONES, 1995).

Além dos sintomas, um fator importante a ser avaliado é o ocupacional. A ocupação do paciente, ou seja, com o que ele trabalha, pode estar ligado ao desencadeamento da doença e sua piora progressiva. A inalação de fumaça e partículas de minerais podem fazer com que o pulmão produza uma resposta inflamatória, por isso é essencial questionar o paciente sobre possíveis exposições laborais. (BAGATIN, 2006)

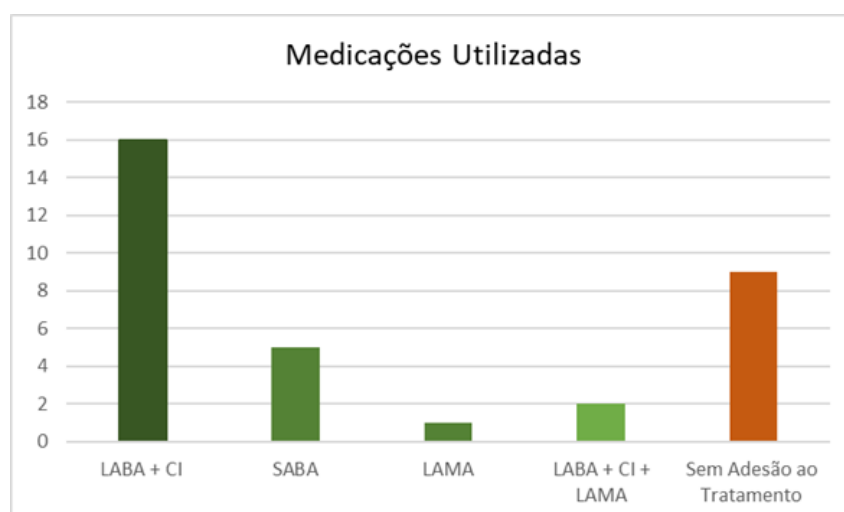
Gráfico 4. Nota-se que 60% dos pacientes apresentavam antecedentes ocupacionais para a evolução de uma DPOC.



Fonte: Dados da Pesquisa 2022

No gráfico acima, pode se notar que 60% dos pacientes com DPOC apresentavam antecedentes ocupacionais plausíveis que pudessem interferir na doença pulmonar. Ainda mais, é importante salientar que os prontuários não obtinham informações completas de ocupação dos pacientes, portanto seria necessário que ao invés de anotar que o paciente está desempregado ou é aposentado, deveria ser anotado a profissão que aquele paciente estabeleceu. Assim, poderíamos indicar o trabalho do paciente como possível fator causal da doença.

Gráfico 5. Há representativa adesão à terapia farmacológica nos pacientes que realizam seguimento no ambulatório. As medicações mais utilizadas foram LABA + CI e nota-se que pelo menos 9 pacientes da amostra, não aderiram ao tratamento.



Fonte: Dados da Pesquisa 2022

A terapia farmacológica em pacientes com DPOC tem como finalidade reduzir os sintomas, a frequência e a gravidade das exacerbações, além de melhorar a tolerância do paciente em relação à atividade física e ao próprio estado de saúde. A escolha da classe de medicamentos irá depender da disponibilidade, do custo e da resposta clínica. É importante ressaltar que o tratamento farmacológico é individualizado, pois cada paciente possui um limiar de gravidade, obstrução do fluxo aéreo e exacerbação. (pag 55) - GOLD,2023

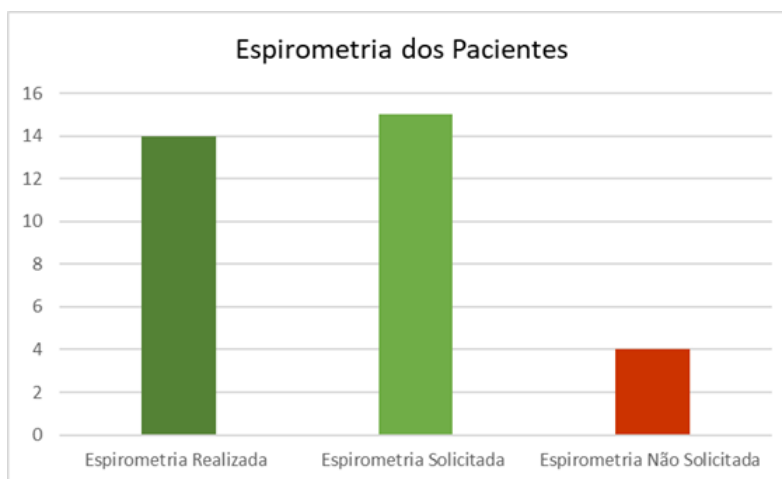
Em relação a utilização dos broncodilatadores, varia pelo quadro de cada paciente, mas para o mesmo fim são utilizados para prevenir ou reduzir os sintomas.(GOLD,2023)

A terapia combinada, ou seja, a combinação de broncodilatadores, como apresentaram os pacientes no gráfico acima, apresentam diferentes mecanismos e durações que podem aumentar o grau de efetividade com menor risco de efeitos colaterais se ocorresse o aumento de apenas um único broncodilatador. A combinação de LABA + LAMA são melhor avaliadas individualmente pelo paciente. (GOLD, 2023)

O levantamento sobre as medicações utilizadas no gráfico 5, majoritariamente os pacientes aderidos ao tratamento utilizam medicações LABA + CI que se trata da classe de medicamentos beta-2 agonista de longa duração e os corticoides inalatórios.

A grande questão problemática no uso das medicações se isola em relação ao corticoide inalatório, pois nem todos os pacientes com DPOC são indicados para o uso, pelo risco de pneumonia, não foi possível avaliar profundamente em relação a esses fatores. Alguns desses pacientes relataram que utilizam as medicações inalatórias apenas em crise, o que torna o tratamento inconstante. Por fim, temos 8 pacientes que relataram não usar nenhum tipo de medicação (COSTA, 2017).

Gráfico 6. Para a realização do diagnóstico da DPOC é necessária a realização da espirometria. Nota-se que para a maioria dos pacientes com DPOC ou DPOC interrogada foi realizada a espirometria com respectivo registro em prontuário ou anexo de cópia de laudo de exame, entretanto, alguns pacientes não possuem condições clínicas para a realização do exame, entretanto, alguns pacientes não possuem condições clínicas para a realização do exame.

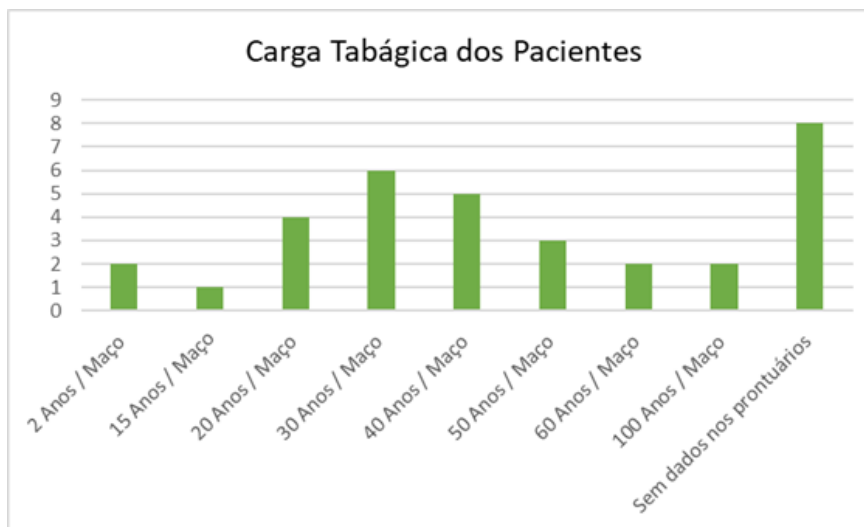


Fonte: Dados da Pesquisa 2022

Quanto ao diagnóstico da DPOC é confirmada através da espirometria. Ao analisar o gráfico 6, a maioria dos pacientes ou já realizou a espirometria ou essa já foi solicitada ou o paciente não trouxe em consulta o resultado do exame. A minoria dos pacientes não tinha solicitação de exame para o diagnóstico da doença. A realização do exame a avaliação do mesmo pelo médico é de extrema importância para o diagnóstico, classificação e início do tratamento não farmacológico e farmacológico. Desta forma, é importante frisar ao paciente a importância da realização do exame bem leva-lo para análise do médico no dia da consulta.

Um dos fatores primordiais da causa etiológica da DPOC é o tabagismo. Quanto mais maços de cigarro o paciente consumir e quanto mais tempo ele fumar, pode provocar problemas respiratórios, entre eles, bronquite crônica, DPOC e enfisema. O cálculo da carga tabágica resulta da quantidade de maços ou cigarros que o paciente fuma por dia e por quantos anos ele fuma, o valor obtido é multiplicado, e assim expressa a carga tabágica.

Gráfico 7. Descrição: A média de carga tabágica foi de 30 anos / Maço e também em 8 prontuários não constava a carga, sendo um dado relevante se tratando de DPOC.

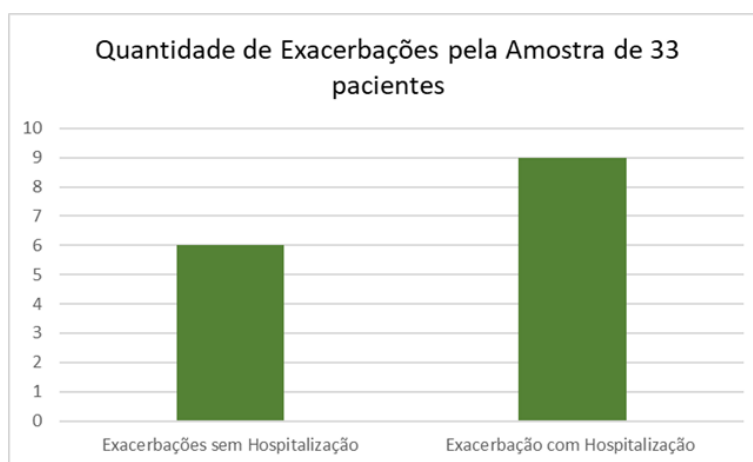


Fonte: Dados da Pesquisa 2022

Dos 33 pacientes, é possível perceber que 8 pacientes que foram interrogados ou tiveram seu diagnóstico de DPOC confirmados não tiveram suas cargas tabágicas questionadas. Outro achado durante a análise dos prontuários foi a de exposição ao fogão a lenha, fator que deve ser questionado ao paciente pelo fato ambiental.

O não preenchimento da carga tabágica no prontuário, faz com que o principal fator de risco da DPOC não seja detectado no paciente e com isso não se estabeleça metas para a redução do tabagismo e a educação do paciente.

Gráfico 8. Dentro da amostra dos 33 pacientes, ocorreram 15 episódios de exacerbações, podendo um único paciente ter 2 ou mais episódios nessa contagem.



Fonte: Dados da Pesquisa 2022

Dentre os dados obtidos sobre a exacerbação da DPOC que é caracterizada pela piora clínica do paciente. Dos 33 pacientes com DPOC do

ambulatório, 6 não necessitam de suporte hospitalar e 9 requisitaram suporte hospitalar. É digno de nota que o paciente que exacerba mais a sua doença tem um pior controle clínico, assim deve se orientar o paciente corretamente sobre a necessidade do uso da medicação que é um dos fatores aos quais leva a piora dos sintomas da DPOC.

A dificuldade na adesão ao tratamento, leva ao aumento de internações e exacerbações, logo, os profissionais não são capacitados corretamente e efetivamente no sentido de reforçar planos educacionais em seus atendimentos, orientando plenamente o paciente a fim de minimizar o número de internações. (POSADA,2014)

4 CONCLUSÃO

Ressaltamos sobre as dificuldades encontradas durante todo o período de pesquisa, principalmente em relação aos prontuários que apresentavam falta de informação documentada, sobre a história da moléstia atual (HPMA), dados importantes como espirometria do paciente, antecedentes ocupacionais, carga tabágica e qual tipo de dispositivo utilizado, não estavam documentados. Além disso, em relação às exacerbações, não continham muitos dados, mesmo sabendo sobre a prevalência, seja com ou sem hospitalização.

Diante dessas problemáticas, foi elaborado por nós, acadêmicas, a proposta para a implementação de uma ficha específica para os pacientes com DPOC, que poderá ser aplicada no Hospital Escola, que será como um guia de coleta de informações importantes para o perfil desses pacientes, facilitando a conduta da diante dos dados na anamnese e exame físico especificamente. Por fim, ressaltamos sobre a importância da presença de um aparelho de espirometria para o serviço do hospital escola, dado ao expressivo número de pacientes que precisam realizar o exame e a facilidade em obtenção dos resultados, uma questão além das doenças obstrutivas, mas um ganho ao serviço ambulatorial.

Segue abaixo o modelo de proposta para a ficha de DPOC:

Nome: _____ Idade: ____ Cor: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____ Escolaridade: _____

Profissão (se aposentado com o que trabalhava anteriormente): _____

Fumante ativo: () Não () Sim, qual a carga tabágica: ____ maço/ano. Foi tabagista? () Não () Sim, quanto tempo? ____, carga tabágica: ____ maço/ano

Riscos ocupacionais? () Não () Sim, quais? _____

Uso de fogão a lenha? () Não () Sim, quanto tempo? ____, carga tabágica ____ maço/ano.

Possui exacerbações da doença? () Não () Sim, quais _____

Ocorreu alguma internação? () Não () Sim, qual motivo?

Datas das internações:

Quais os sintomas do(a) paciente? () Dispneia () Tosse com Expectoração
() Cansaço () outros: _____

Fez Espirometria? () Não () Sim, quando? _____

O (a) paciente iniciou o tratamento? () Não () Sim, e adere corretamente a este? () Sim () Não, por quê? _____.

O paciente possui alguma doença prévia, além de DPOC? () Não () Sim, qual (is)? _____

Antecedentes Pessoais (qualidade de vida):

Medicações de uso contínuo (nome e dose):

Antecedentes Familiares:

EXAME FÍSICO

FR: ____ irpm / FC: ____ bpm / PA: ____x____ mmHg. Faz uso de O₂? () Não
() Sim, quantidade: _____.

INSPEÇÃO	PALPAÇÃO
PERCUSSÃO	AUSCULTA

Resultado da Espirometria: _____

Orientação: grampear a espirometria junto a esta ficha.

Conduta:

Assinatura e Carimbo do(a) Médico (a): _____

Data: ____/____/____ Assinatura do(a) Acadêmico(a): _____

REFERÊNCIAS

- CARDOSO, A. P. Exacerbação da DPOC. *Pulmão RJ*, v. 22, n. 2, p. 60-64, 2013.
- CERQUEIRA-RAMOS, A. T. S.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J Pneumol* v. 26, n.4, 2000.
- COSTA, C. H.; RUFINO, R.; Quando devemos usar CI na DPOC?. *Pulmão RJ*, 26(1):15-18, 2017.
- CRUZ, M. M.; PEREIRA, M.; Epidemiologia da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Brasil: uma revisão sistemática e metanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4547 - 4557, 2020.
- GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 122 p., 2022.
- GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 122 p., 2023.
- GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. *Cecil Medicina Interna*. 24. Saunders Elsevier, p. 621, 2015.
- JONES, P. W. Issues Concerning Health-Related Quality of Life in COPD. *Chest*, v. 107, n.5, p.187–193, 1995.
- MACEDO-GONÇALVES, L.; LACERDA, E. M.; FILHO-MARKMAN, B.; LUNGGREN, F. L. C.; LUNA, C. F.; Tendências da morbidade e mortalidade da DPOC no Brasil, de 2000 a 2016. *J Bras Pneumol*, v. 45, n. 6, e20180402, 2019.
- MENEZES, A. M. B.; MACEDO, S. E. C.; NOAL, R. B.; FITERMAN, J.; CUKIER, A.; CHATKIN, J. M.; FERNANDES, F. L. A.; Artigo de Revisão: Tratamento Farmacológico da DPOC. *J Bras Pneumol.*, v. 37, n. 4, p. 527-543, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Editora MS. 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevalência do tabagismo. Editora MS. 2022.
- MOREIRA, A. T. A.; PINTO, C. R.; LEMOS, A. C. M.; COSTA-ASSUNÇÃO, L.; SOUZA, G. S.; NETTO, E. M.; Evidências da associação entre adesão ao tratamento e mortalidade em pacientes com DPOC acompanhados em um programa público de gerenciamento de doença no Brasil. *J Bras Pneumol*. v. 48, n. 1; p. e 20210120, 2022.
- PLATINO Team.; MENEZES, A. M. B.; JERDIM, J. R.; PADILLA-PÉRES, R.; CAMALIER, A.; ROSA, F.; NASCIMENTO, O.; HALLAL, P. C.; Prevalência de doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados: Estudo PLATINO em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21 , n. 5, p.1565-1573, 2005.

POSADA, W. A.; MONKS, J. F.; CASTRO, M. S.; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: uma revisão sobre os efeitos da educação de pacientes. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v. 35, n. 4, p.533 - 538, 2014.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.4 n.2, p.287-303, 1999.

WEDZICHA, J. A.; SEEMUNGAL, T. A. R.; COPD exacerbations: defining their cause and prevention. Lancet, 370, p.786, 2007.