

Perfil dos pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, em um centro de atendimento especializado no interior de Minas Gerais

Profile of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at a specialized care center in a small city of Minas Gerais

JORDANA FERNANDES PEREIRA DA SILVA

Discente de Medicina
jordanasilva@unipam.edu.br

ANA FLÁVIA EUGÊNIO SANTOS MORI

Discente de Medicina
anamori@unipam.edu.br

ANA CECÍLIA CARDOSO DE SOUSA MOTA

Professora orientadora
anaceciliacs@unipam.edu.br

Resumo: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição progressiva associada ao tabagismo e à exposição a poluentes. Este estudo transversal analisou 93 pacientes atendidos em um ambulatório especializado em Minas Gerais. A maioria era do sexo masculino (58,06%) e tinha entre 61 e 70 anos (46,24%). As comorbidades mais frequentes associadas à DPOC foram hipertensão arterial (56%) e diabetes mellitus (29%). O tabagismo esteve presente em 91,39% dos casos, com 36,56% ainda fumantes. A dispnéia foi o sintoma predominante (73%), sendo severa em 33,33% dos casos (mMRC 4). O impacto na qualidade de vida foi significativo, com 50% dos pacientes apresentando CAT entre 21 e 30. A espirometria revelou distúrbio ventilatório obstrutivo grave em 17,20%. Os achados ressaltam a importância do diagnóstico precoce, reabilitação pulmonar e cessação do tabagismo para um manejo mais eficaz da doença e melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; tabagismo; diabetes; espirometria.

Abstract: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a progressive condition primarily associated with smoking and exposure to pollutants. This cross-sectional study analyzed 93 patients treated at a specialized outpatient clinic in Minas Gerais, Brazil. The majority were male (58.06%) and aged between 61 and 70 years (46.24%). The most frequent comorbidities associated with COPD were arterial hypertension (56%) and diabetes mellitus (29%). Smoking was reported in 91.39% of the cases, with 36.56% still actively smoking. Dyspnea was the predominant symptom (73%), and it was severe in 33.33% of the cases (mMRC grade 4). The impact on quality of life was significant, with 50% of patients scoring between 21 and 30 on the COPD Assessment Test (CAT). Spirometry revealed severe obstructive ventilatory disorder in 17.20% of the patients.

The findings highlight the importance of early diagnosis, pulmonary rehabilitation, and smoking cessation for more effective disease management and improved patient quality of life.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; spirometry; smoking; quality of life; pulmonary rehabilitation.

1 INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) pode ser caracterizada por sintomas respiratórios devido à limitação do fluxo de ar provocada por resposta inflamatória a partículas tóxicas inalatórias, principalmente, o tabaco. É uma doença que pode ser prevenida, evitada e tratada, apesar de ser muito frequente e uma das principais causas de morbimortalidade no mundo (Pascoal *et al.*, 2022).

Atualmente, a DPOC é considerada uma das maiores dificuldades de saúde pública, haja vista que, mesmo sendo uma doença capaz de ser prevenida, o número de casos e mortes vem aumentando nos últimos anos. Dados de 2015 mostram cerca de 299 milhões de pacientes com DPOC, o que evidencia um aumento de 44% dos casos quando comparados à década de 1990. Além disso, a mortalidade provocada pela DPOC também é preocupante, visto que em 2017 foram registradas 3,2 milhões de mortes, sendo considerada a terceira principal causa de morte no mundo (Ruvuna; Sood, 2020).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da DPOC abrangem questões tanto genéticas quanto ambientais, sendo comumente desencadeada pela interação entre ambos. A questão genética mais bem evidenciada na patogênese dessa doença é uma deficiência hereditária de alfa-1 antitripsina, uma anti-protease. Já acerca dos fatores ambientais, os principais predisponentes são a exposição a longo prazo a poeiras, fumaça e produtos químicos, ressaltando-se a fumaça do tabaco e a poluição do ar (Jacques, 2011).

Referente aos sintomas dessa patologia, vale destacar a tosse crônica, a dispneia, a expectoração e a sensação de aperto no tórax como os mais prevalentes, além de sintomas adicionais como fadiga, perda de peso e anorexia. Ademais, nos achados do exame físico podem ser encontrados murmúrio vesicular universalmente diminuído, sibilância, tórax em tonel (aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax) e esforço expiratório com uso da musculatura acessória (GOLD, 2024).

O diagnóstico da DPOC é realizado através da avaliação clínica minuciosa; investigação de fatores de risco como exposição à fumaça de tabaco e a gases tóxicos; espirometria; exames de imagem; a quantidade de quadros agudos no período de 12 meses. Sendo assim, é recomendada a utilização de escalas como a Modified Medical Research Council (mMRC) e a COPD Assessment Test (CAT), a fim de mensurar a gravidade da dispneia e avaliar a qualidade de vida do paciente (Cheng *et al.*, 2019).

O documento Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), publicado e atualizado anualmente, traz informações atualizadas com base em evidências científicas sobre diagnóstico, manejo e prevenção da DPOC. No ano de 2023 esse documento sofreu algumas mudanças importantes que serão abordadas neste estudo.

A realização deste estudo, com base na análise dos prontuários dos pacientes diagnosticados com DPOC no Centro de Atendimento Ambulatorial Especializado em Pneumologia, buscou verificar o perfil clínico-epidemiológico dessa população a partir da análise de algumas variáveis como idade, sexo, comorbidades, fatores de risco, carga tabágica, classificação mMRC e CAT, gravidade da obstrução do fluxo aéreo conforme a classificação GOLD 2024 e uso de medicações inalatórias. Assim, a tabulação e a comparação desses dados em uma planilha do Excel permitiu a visualização de como a DPOC se manifesta nos pacientes atendidos em um ambulatório especializado no interior de Minas Gerais. Dessa maneira, os dados permitem articular o melhor tratamento, terapias de reabilitação, prevenção de doenças e complicações, visando proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença heterogênea caracterizada pela obstrução crônica e irreversível do fluxo aéreo pulmonar devido a anormalidades das vias aéreas e/ou alveolares (Schmitz; Daronco; Arantes, 2021).

É uma patologia prevenível e tratável que leva a obstrução do fluxo aéreo progressivo para além da inflamação anormal dos pulmões frente à inalação de partículas e gases tóxicos, sendo o tabagismo uma das principais causas, além da inalação de elementos provenientes da poluição atmosférica (Schmitz; Daronco; Arantes, 2021). Quanto ao tabagismo, agente externo agressor ao sistema respiratório que prova o processo de proteólise ocasionando a atrofia muscular e a diminuição da capacidade cardiorrespiratória, deve-se atentar principalmente à carga tabágica (CT) do paciente anos-maço que é calculada pelo número de cigarros consumidos por dia, dividido por 20 e multiplicado pelo número de anos de tabagismo (Gouveia *et al.*, 2020).

Sua fisiopatologia tem como fator de risco a interação gene-ambiente, que ocorre ao longo da vida, que danifica os pulmões e altera o processo de envelhecimento normal, sendo o fator genético mais relevante a mutação no gene SERPINA1 que leva a deficiência de alfa-1 antitripsina, um inibidor circulante de serina proteases. Portanto, a associação entre carga tabágica e fatores ambientais e intrínsecos do indivíduo modificam o risco e a gravidade de desenvolver DPOC. Além do tabagismo tradicional, viralizaram-se os cigarros modernos com dispositivos eletrônicos que contém nicotina e substâncias nocivas que desencadeiam lesão pulmonar, podendo levar o paciente ao óbito a partir do desenvolvimento de câncer de pulmão, hemorragia alveolar e pneumonia eosinofílica (GOLD, 2024).

Atualmente, a DPOC é considerada a principal causa de morte em todo o mundo devido ao aumento do tabagismo e envelhecimento populacional. É uma patologia que afeta duas vezes mais homens do que mulheres e sua prevalência aumenta com a idade, sendo mais prevalente naqueles com > de 60 anos. Além disso, é provável que a patologia seja listada como uma causa contributiva de morte, omitida na certidão de óbito (Schmitz; Daronco; Arantes, 2021).

De acordo com os dados retirados do DATASUS, ao se compararem os anos de 2019 e 2020, no qual teve início a pandemia pelo Coronavírus (COVID-19), que sobrecarregou os serviços de saúde, emergiu a necessidade de suspender consultas,

exames complementares e procedimentos eletivos com o intuito de destinar os recursos para o cuidados dos pacientes infectados pela doença, acarretando, assim, a redução de leitos disponíveis para pacientes com doenças respiratórias não COVID-19, influenciando assim no aumento da mortalidade intra-hospitalar por essas causas. Além disso, houve a redução do número de biópsias, lavados broncoalveolares e os testes de avaliação da função pulmonar caíram 65% em relação ao mesmo período de 2019. Ademais, a redução da realização de métodos diagnósticos contribuiu para erros diagnósticos e a não classificação das internações (Albuquerque, 2023).

Sintomas respiratórios crônicos como tosse com ou sem expectoração, dispneia, sibilância, aperto no peito e fadiga são comuns em um paciente portador de DPOC. É importante a identificação deles para auxiliar na propedêutica e identificar a doença (Schmitz; Daronco; Arantes, 2021). Frequentemente os pacientes apresentam outras comorbidades que influenciam sua condição clínica e prognóstico, podendo mimetizar ou agravar a doença (GOLD, 2024).

Os sintomas podem ser analisados em quatro estágios. No primeiro, o paciente apresenta dificuldade leve para respirar, mas nenhum sintoma é percebido antes dos 50 anos; no segundo, a doença encontra-se no estágio moderado com o desenvolvimento de tosse com secreção que piora pela manhã, podendo haver mudança de cor na secreção para amarelo ou verde, o que indica piora dos sintomas; no terceiro estágio, ocorrem alterações e chiados no peito com inchaço no tornozelo, pés e pernas; por fim, no quarto estágio, considera-se uma doença grave com surtos frequentes, delírio, batimentos cardíaco irregular e perda de peso. Vale ressaltar que a DPOC é uma doença crônica que leva anos para se desenvolver, porém seu curso é mais rápido dependendo da exposição e interação gene-ambiente (Alves, 2022).

Sabe-se que a intensidade da dispneia pode ser medida por alguns instrumentos, entre eles a escala Medical Research Council (mMRC), que tem objetivo avaliar a sensação de dispneia em atividades de vida diárias. Além de classificar o grau do sintoma, a escala é útil para o manejo da doença a partir da verificação do comprometimento que o sintoma desempenha sobre o cotidiano do paciente e em sua qualidade de vida, ademais, prediz a mortalidade na DPOC e apresenta boa correlação com o prognóstico da doença. Porém, o fato de a escala analisar apenas a dispneia relacionada com atividades específicas, acredita-se que ela tem um déficit, pois não permite uma avaliação das múltiplas dimensões da dispneia. Apesar disso, a mMRC é utilizada em pacientes com DPOC por ser simples e de fácil uso (Olímpio, 2019).

Além do mMRC, a Assessment Test (CAT) prediz o impacto da DPOC na sintomatologia dos participantes, sendo rápido e fácil de ser aplicado com um recordatório de 30 dias. Refere-se a um questionário com oito questões com pontuações de zero a cinco, em que zero refere ao menor impacto na qualidade de vida e cinco refere ao máximo impacto, podendo chegar ao score final de zero a quarenta pontos. As questões abordadas são referentes ao tempo de tosse, presença de catarro no peito, dispneia aos mínimos esforços, sentimento de limitação nas atividades diárias, grau de confiança em sair de casa devido à patologia pulmonar e referente à disposição do paciente (Sgarbosa, 2021).

Alguns indivíduos podem apresentar lesões pulmonares estruturais ou anormalidades fisiológicas sem a obstrução do fluxo aéreo. Pacientes com sintomas

respiratórios, alterações estruturais e funcionais, mas sem obstrução do fluxo aéreo, são classificados como pré-DPOC ou Preserved Ratio Impaired Spirometry (PRISm), sendo esse último identificando pelo VEF1/CVF normal, mas com a espirometria anormal, ou seja, VEF1 e/ou CVF < 80% do valor de referência após broncodilatador (GOLD, 2024). A espirometria é o parâmetro fundamental para confirmar o diagnóstico, a classificação da gravidade e o prognóstico da DPOC. De acordo com o protocolo GOLD, a doença é classificada em dois parâmetros: pela presença de uma letra A, B ou E, que classifica o paciente de acordo com a morbidade e o risco de exacerbação; e um número 1, 2, 3 ou 4 que indica a gravidade da obstrução através do VEF1. Com base nos valores de VEF1 após broncodilatador, pode-se classificar o grau de obstrução como leve com VEF1 \geq 80% (GOLD 1), moderado entre $50\% \leq$ VEF1 < 80% (GOLD 2), grave $30\% \leq$ VEF1 < 50% (GOLD 3) ou muito grave com VEF1 < 30% (GOLD 4). A ferramenta GOLD “ABE” indica as exacerbações pela doença e o perfil de sintomas de cada indivíduo, sendo os grupos “A e B” os pacientes com 0 ou 1 exacerbação sem hospitalização no último ano, em que o grupo “A” é incluído aqueles com a escala de dispneia mMRC 0-1 e CAT < 10, e o grupo “B” aqueles com mMRC \geq 2 e CAT \geq 10. Já os pacientes classificados no grupo “E” são aqueles com \geq 2 exacerbações ou 1 hospitalização no último ano e mMRC \geq 2 e CAT \geq 10. Ademais, sabe-se que o declínio da VEF1 se associa ao aumento da mortalidade da DPOC, o que indica que o parâmetro além de classificar a gravidade da doença, associa-se ao aumento da mortalidade (GOLD, 2024).

Entre as terapias que impactam na mortalidade da DPOC, pode-se citar a não farmacológica com a cessação do tabagismo para todos os casos e a terapia farmacológica. O tratamento farmacológico da DPOC visa melhorar a função pulmonar, reduzir o risco de exacerbações e hospitalizações. Os broncodilatadores de longa duração, como os agonistas beta-2 (LABA) e os anticolinérgicos (LAMA), constituem a base da terapêutica, proporcionando alívio sintomático e estabilização da doença. Em casos de maior gravidade ou exacerbações frequentes, a terapêutica tripla, que combina LABA, LAMA e corticosteroides inalatórios (ICS), é recomendada por sua eficácia em melhorar a função pulmonar e reduzir exacerbações. Embora o uso de corticosteroides inalatórios seja reservado para pacientes com características específicas, como níveis elevados de eosinófilos (\geq 300), o tratamento deve ser ajustado com base na resposta clínica do paciente.

Outra importante recomendação terapêutica é a reabilitação pulmonar, indicada principalmente para aqueles hospitalizados por exacerbação ou para aqueles que receberam alta há menos de 4 semanas do serviço hospitalar. Já a oxigenoterapia domiciliar prolongada deve ser avaliada para os pacientes com PaO₂ \leq 55mmHg ou PaO₂ 56-60 mmHg com cor pulmonale ou Policitemia. O BiLevel domiciliar é indicado para aqueles com DPOC estável e hipercapnia importante. Por fim, a cirurgia de redução volumétrica pulmonar é recomendada para aqueles pacientes com enfisema com predomínio em campos pulmonares superiores e baixa capacidade ao exercício (GOLD, 2024).

A exacerbação da DPOC é um evento agudo caracterizado por uma piora dos sintomas respiratórios em relação ao basal, provocando uma mudança no tratamento, normalmente tendo como causa infecções virais, bacterianas ou por exposição ambiental a poluentes. De acordo com a última atualização do GOLD, a definição de exacerbação

da DPOC é definida pela piora da dispneia e/ou tosse com expectoração nas últimas duas semanas, podendo haver taquipneia e/ou taquicardia associada com a inflamação local e sistêmica causada por infecção, poluição ou outras partículas.

Ademais, para o manejo das exacerbações na DPOC, o GOLD recomenda o uso de beta-2-agonistas inalatórios de curta duração (SABA), com ou sem anticolinérgicos. Corticosteroides sistêmicos podem ser usados para melhorar a função pulmonar e reduzir o tempo de recuperação e hospitalização, com duração da terapia de pelo menos cinco dias. Quando apropriados, os antibióticos podem acelerar a recuperação e diminuir o risco de recaídas, falhas no tratamento e hospitalizações prolongadas.

3 METODOLOGIA

Foi feito um estudo observacional, transversal e descritivo, desenvolvido a partir da análise de prontuários médicos de pacientes diagnosticados com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, identificada pelos CID J 44.0 e J 44.9.

O presente estudo foi realizado no Centro de Atendimento Ambulatorial Especializado, no Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), no município de Patos de Minas, no estado de Minas Gerais. A população observada foi composta por pacientes que realizam acompanhamento periódico no Ambulatório de Pneumologia. O período da pesquisa foi de fevereiro de 2023 a abril de 2024. Os prontuários foram avaliados observando-se os seguintes dados: idade, sexo, comorbidades, fatores de risco para desenvolver a doença, carga tabágica, gravidade da obstrução do fluxo aéreo, classificação GOLD 2024 (Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease): ABE e uso de medicações inalatórias. Foram utilizadas para a classificação GOLD as escalas mMRC e / ou CAT. A espirometria foi utilizada para verificar a gravidade da obstrução do fluxo aéreo. Ademais, os dados foram tabulados numa planilha criada no Microsoft Office Excel; a partir das informações coletadas, tabelas e gráficos foram formados.

Para o levantamento bibliográfico foi realizada uma busca online nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCO *Information Services*, por artigos na língua portuguesa e inglesa entre 2003 e 2024, com as seguintes palavras ou expressões “Doença Pulmonar Crônica Obstrutiva”, “dispneia” e “complicações”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No intervalo de 1º de fevereiro de 2023 a 30 de abril de 2024 foram atendidos um total de 249 pacientes no ambulatório de Pneumologia do Centro Universitário de Patos de Minas. Entre eles 93 pacientes (37,35%) tinham o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, identificada pelo CID J44 e J44.9, confirmado pela espirometria, ou pacientes com o diagnóstico prévio encaminhados ao ambulatório devido episódios de exacerbação.

Todos os 249 prontuários foram analisados. Os dados relevantes para o estudo foram extraídos e inseridos no Microsoft Office Excel. Foram organizados em tabelas para a construção de gráficos. Selecionados 93 prontuários com diagnóstico confirmado

de DPOC; na análise inicial foi verificado que 41,94% dos pacientes eram do sexo feminino e 58,06% do sexo masculino. Esses dados destacam uma predominância de casos em homens, sugerindo uma possível influência da maior exposição ao tabaco e outras substâncias irritantes em comparação com as mulheres. A diferença na prevalência entre os sexos também pode estar relacionada a variações biológicas, comportamentais e sociais que afetam o desenvolvimento e a progressão da DPOC.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes conforme o gênero

<u>GÊNERO</u>	<u>N° de pacientes</u>	<u>Frequência</u>
Feminino	39	41,94%
Masculino	54	58,06%
Total	93	100,00%

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Em relação à faixa etária, a idade mínima da amostra foi de 36 e a idade máxima de 86 anos. Nessa faixa etária, 2,15% possuíam entre 31 a 40 anos, 2,15% possuíam entre 41 a 50 anos, 11,83% possuíam entre 51 a 60 anos; 46,24% possuíam entre 61 a 70 anos; 29,03% possuíam entre 71 a 80 anos, 8,60% possuíam entre 81 a 90 anos. Sendo assim, foi evidenciado que a ocorrência de casos de DPOC em faixas etárias mais jovens é rara, sugerindo que a doença geralmente se desenvolve e é diagnosticada em pessoas idosas, isso ocorre devido ao tempo prolongado de exposição a fatores de risco e pelo impacto do envelhecimento ao sistema respiratório.

Tabela 2: Distribuição conforme faixa etária dos pacientes

<u>FAIXA ETÁRIA</u>	<u>N° de pacientes</u>	<u>Frequência</u>
31-40	2	2,15%
41-50	2	2,15%
51-60	11	11,83%
61-70	43	46,24%
71-80	27	29,03%
81-90	8	8,60%
Total	93	100,00%

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Quanto às comorbidades, foi evidenciado que 56% da população analisada eram portadores de hipertensão arterial (HAS), destacando-se como a condição mais prevalente entre os pacientes com DPOC. Além disso, 29% possuíam diabetes mellitus, e 10% tinham hipotireoidismo, indicando a presença de outras doenças crônicas comuns. Outras comorbidades incluíram rinite (1%), HIV (2%), dislipidemia (11%), distúrbios gastrointestinais (5%), câncer de pulmão (3%), câncer de língua (1%), e hipertensão pulmonar (3%).

PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Tabela 3: Distribuição dos pacientes conforme as comorbidades associadas

<u>COMORBIDADES</u>	<u>N° de pacientes</u>
HAS	56
DM	29
HIPOTIREOIDISMO	10
RINITE	1
HIV	2
DISLIPIDEMIA	11
DISTÚRBIOS TGI	5
CA DE PULMÃO	3
HIPERTENSÃO PULMONAR	3
CA DE LÍNGUA	1

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

No que tange aos fatores de risco ambientais e ocupacionais, observou-se que a maioria da população analisada esteve exposta a agentes potencialmente nocivos, incluindo contato com animais domésticos (cães, gatos e aves de criação), tabagismo ativo, utilização de fogão a lenha, inalação de poeira e fuligem de carvão, além da exposição ao tabagismo passivo. Adicionalmente, um percentual significativo da amostra não relatou exposição ativa a esses agentes.

Tabela 4: Distribuição dos pacientes conforme os agentes em exposição

<u>AGENTES EM EXPOSIÇÃO</u>	<u>N° de pacientes</u>
Fogão a lenha	28
Cão/ gato/ galinha	36
Poeira	11
Carvoeira	7
Tabagismo ativo	34
Tabagismo passivo	5
Sem exposições	31

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

No que diz respeito ao uso do tabaco durante a vida, 36,56% relataram ser tabagistas ativos, 54,84% ex-tabagistas e 8,6% dos pacientes relataram que nunca fumaram. De acordo com os dados, pode-se concluir que uma parte significativa dos pacientes continua exposta ao principal fator de risco da doença dado que, após o diagnóstico, não cessaram o uso do tabaco.

Tabela 5: Distribuição dos pacientes conforme a relação com o tabagismo

<u>RELAÇÃO COM O TABACO</u>	<u>Nº de pacientes</u>	<u>Frequência</u>
Tabagistas	34	36,56%
Ex-tabagistas	51	54,84%
Nunca fumaram	8	8,60%
Total	93	100,00%

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Tendo em vista que 91,39% dos pacientes do estudo são tabagistas ou ex-tabagistas, foi avaliado que 12,65% da amostra possuíam carga tabágica (CT) entre 0 a 10 anos/maço, 15,18% possuíam CT entre 11 a 30 anos/maço, 18,98% possuíam CT entre 31 a 50 anos/maço, 15,18% possuíam CT entre 51 a 70 anos/maço, 13,92% possuíam CT entre 71 a 90 anos/maço e 24% possuíam CT mais que 90 anos/maço. Há assim íntima relação entre maior carga tabágica com o sexo masculino.

Tabela 6: Distribuição dos pacientes conforme a carga tabágica

<u>CARGA TABAGICA</u>	<u>Nº de pacientes</u>	<u>Frequência</u>
0-10 anos maço	10	12,65%
11-30 anos maço	12	15,18%
31-50 anos maço	15	18,98%
51-70 anos maço	12	15,18%
71-90 anos maço	11	13,92%
> 90 anos maço	19	24,00%
Total	79	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Foi demonstrado que 73 pacientes chegaram ao ambulatório tendo como principal queixa a dispneia, que é um sintoma clássico da DPOC. Ademais, 39 relataram a tosse como sintoma importante, enquanto 13 pacientes queixaram dor torácica em aperto. Em contrapartida, 8 pacientes eram assintomáticos e foram encaminhados ao ambulatório especializado devido a alterações identificadas em exames como espirometria e / ou tomografia.

Conforme o GOLD 2024, os principais sintomas da DPOC incluem dispneia, tosse crônica, produção de escarro, sibilos, aperto no peito e fadiga. Com base nessas informações e na análise dos dados da pesquisa, conclui-se que os sintomas mais prevalentes na população estudada e que levam os pacientes a procurar assistência médica são a dispneia e a tosse crônica.

PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Tabela 7: Distribuição dos pacientes conforme os sintomas associados

SINTOMAS	Nº de pacientes
Dispneia	73
Dor torácica em aperto	13
Tosse	39
Sem sintomas	8

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Quanto à classificação do grau de dispneia pela escala mMRC, os resultados mostraram uma variabilidade significativa na gravidade dos sintomas entre os pacientes. Especificamente, 4,30% dos pacientes relataram dispneia apenas durante grandes esforços ou exercícios intensos, indicando um grau leve de limitação (MMRC1). Já 22,58% queixaram-se de dispneia ao andar rápido ou subir uma ladeira, enquanto 13,93% disseram que andavam mais devagar em comparação com pessoas da mesma idade ou que precisavam parar para respirar ao caminhar em seu próprio ritmo no plano (MMRC2). Além disso, 17,20% relataram dispneia ao andar menos de 100 metros ou durante poucos minutos no plano, sugerindo uma limitação mais significativa (MMRC3). A maior parte, 33,33%, queixou-se de dispneia aos mínimos esforços, como ao tomar banho ou tirar a própria roupa, o que indica um grau severo de incapacidade (MMRC4). Por fim, em 8,60% dos prontuários não havia sido registrado o grau de dispneia nos prontuários.

Tabela 8: Distribuição dos pacientes conforme o score mMRC

ESCALA mMRC	Nº de pacientes	Frequência
0	4	4,30%
1	21	22,58%
2	13	13,98%
3	16	17,20%
4	31	33,33%
Sem resposta	8	8,60%
Total	93	100,00%

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Além da classificação do grau de dispneia pelo mMRC, foi aplicado o questionário COPD Assessment Test (CAT), composto por oito perguntas, em que cada uma pontua de zero a cinco. O paciente recebe zero caso não apresente sintomas, e cinco se o sintoma for significativo, resultando em uma pontuação total que pode variar de zero a quarenta. Observou-se que, dos 93 pacientes avaliados, apenas 44 foram classificados de acordo com o CAT, o que pode ter ocorrido devido a falhas no registro dos prontuários ou à não aplicação do questionário.

Diante da análise dos 44 prontuários com o registro disponível, verificou-se que 20,45% dos pacientes obtiveram pontuação entre zero e dez; outros 20,45% pontuaram entre onze e vinte, enquanto 50% obtiveram pontuação entre vinte e um e trinta; uma pequena parcela, 9,09% pontuaram entre trinta e um e quarenta.

Com base nos dados, foi possível observar que 35 pacientes apresentaram pontuações significativas no escore CAT, com valores iguais ou superiores a dez pontos, indicando uma correlação entre pontuações mais altas e um maior impacto da DPOC na vida dos pacientes.

Tabela 9: Distribuição dos pacientes conforme o score CAT

ESCALA CAT	Nº de pacientes	Frequência
0 a 10	9	20,45%
11 e 20	9	20,45%
21 e 30	22	50%
31 e 40	4	9,09%
Total	44	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Uma nova definição descrita pelo GOLD refere-se a indivíduos que ainda não desenvolveram obstrução ao fluxo aéreo na espirometria, mas que apresentam alterações estruturais nos exames de imagem ou sintomas clássicos. Assim, quando há presença de sintomas ou alterações estruturais em exames de imagem sem alterações na espirometria, o paciente é considerado portador de pré-DPOC. Já nos casos em que são identificadas alterações espirométricas, com uma relação VEF1/CVF normal, mas com VEF1 e/ou CVF alterados, o paciente é classificado como Preserved Ratio Impaired Spirometry (PRISm). No entanto, apesar do conceito de pré-DPOC e PRISm estarem bem estabelecidos, ainda não existe um tratamento específico para esses pacientes, evidenciando a necessidade de futuros estudos que possam oferecer intervenções para melhorar a qualidade de vida desse grupo.

Segundo os dados da pesquisa, 8 pacientes não se enquadraram nos critérios de classificação de DPOC; deles, 3,23% foram classificados como pré-DPOC, pois apresentavam a espirometria normal, enquanto 5,38% foram classificados como PRISm.

Acerca dos resultados de espirometria, os dados revelaram que 12,9% dos pacientes apresentavam distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) leve; 8,6% tinham DVO moderado; 17,20% foram classificados com DVO grave. Um total de 3,23% foi diagnosticado com distúrbio ventilatório misto. Ademais, 3,23% apresentaram distúrbio ventilatório restritivo (DVR) leve e 2,15 DVR moderado, enquanto 3,23% não apresentavam alteração no exame espirométrico.

Notavelmente, 49,46% dos pacientes tinham um diagnóstico prévio de DPOC e não portavam a espirometria no momento da consulta, sendo encaminhados para o ambulatório especializado devido a episódios de exacerbações ou por outros motivos.

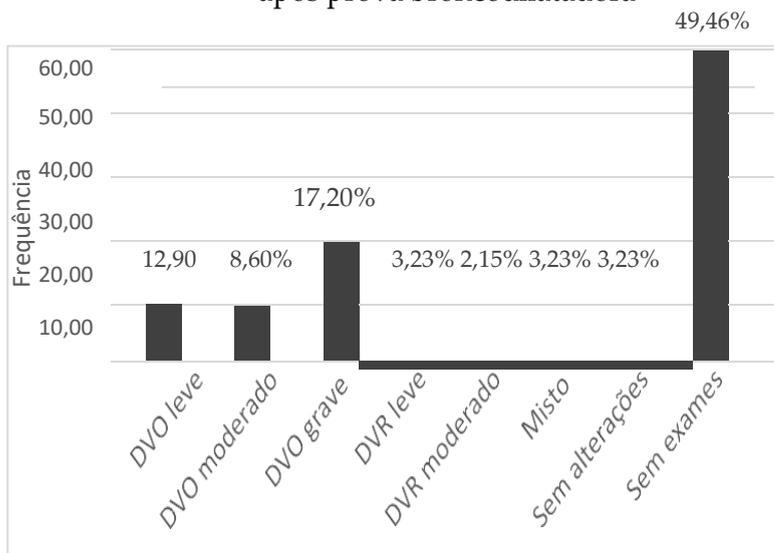
PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Tabela 10: Distribuição dos pacientes conforme o resultado da espirometria sem melhora após prova broncodilatadora

RESULTADO ESPIROMETRIA	Nº de pacientes	Frequência
DVO leve	12	12,90%
DVO moderado	8	8,60%
DVO grave	16	17,20%
DVR leve	3	3,23%
DVR moderado	2	2,15%
Misto	3	3,23%
Sem alterações	3	3,23%
Sem exames	46	49,46%
Total	93	100,00%

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Figura 1: Distribuição dos pacientes conforme o resultado da espirometria sem melhora após prova broncodilatadora



Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Sobre a classificação GOLD ABE, 31,18% da amostra foram classificados como GOLD A, apresentando sintomas leves e ausência de exacerbações; 26,88% dos pacientes foram classificados como GOLD B, caracterizados por sintomas significativos e histórico de até 1 exacerbação sem necessidade de hospitalização. E 29,03% foram classificados como GOLD E, demonstrando uma maior gravidade da doença com histórico de 2 ou mais exacerbações ou pelo menos uma hospitalização, o que indica um risco elevado de complicações.

Por fim, 4,30% dos pacientes não foram classificados pelo sistema GOLD ABE; isso pode ter ocorrido devido à falta de informações por falha na coleta de dados.

Tabela 11: Distribuição dos pacientes conforme a classificação GOLD

CLASSIFICAÇÃO GOLD ABE	Nº de pacientes	Frequência
GOLD A	29	31,18
GOLD B	25	26,88
GOLD E	27	29,03
Pré-DPOC	3	3,23
Prism	5	5,38
Sem classificação	4	4,30
Total	93	100,00

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Pode-se verificar que 7,53% dos pacientes chegaram ao ambulatório em uso de LABA; 2,15 % utilizavam apenas LAMA, enquanto 3,23% associavam LABA + LAMA; 8,60% usavam apenas SABA; 4,30% SAMA; já 18,28% faziam uso da combinação LABA + LAMA + CI; 31,18% usavam LABA + CI. Por fim, 24,73% dos pacientes não possuíam informações sobre as medicações no prontuário ou não usavam nenhuma medicação inalatória.

A partir da correlação entre os dados, verificou-se que 31,18% da população estudada se enquadraram nos critérios de GOLD A, porém, no geral, somente 7,53% dos casos usavam LABA e 2,15% faziam uso de LAMA. Do mesmo modo, 26,88% dos pacientes receberam classificação GOLD B, mas apenas 3,23% utilizavam LABA + LAMA, combinação que deveria ser prescrita para tratar o quadro clínico desse grupo. Ainda, 29,03% dos pacientes foram classificados como GOLD E, no entanto, ao analisar os medicamentos atualmente em uso, constatou-se que apenas 18,28% dos casos, utilizava a associação de LABA + LAMA + CI.

Esses dados indicam que uma grande parte dos pacientes está utilizando medicação incorreta em relação à sua classificação segundo os critérios do GOLD, dado que a maioria dos pacientes foram classificados em GOLD A e deveriam estar utilizando LABA ou LAMA. Além disso, foi identificado que 31,18% chegaram no ambulatório usando LABA + CI, combinação não recomendada para tratar nenhum caso segundo a GOLD.

Tabela 12: Distribuição dos pacientes conforme o medicamento em uso

Medicamentos em uso	Nº de pacientes	Frequência
LABA	7	7,53
LAMA	2	2,15
LABA + LAMA	3	3,23
LABA + LAMA + CI	17	18,28
LABA + CI	29	31,18
SABA	8	8,60
SAMA	4	4,30

PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Sem informações no prontuário ou não usavam medicação inalatória	23	24,73
Total	93	100,00

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos prontuários de 93 pacientes com diagnóstico confirmado de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), foi possível traçar o perfil clínico-epidemiológico da população estudada. Observou-se que a maioria dos indivíduos afetados eram do sexo masculino, predominantemente na faixa etária de 61 a 70 anos, o que está em concordância com os dados epidemiológicos descritos na literatura.

As comorbidades mais prevalentes entre os pacientes em análise foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), condições frequentemente associadas ao envelhecimento, possivelmente exacerbadas por fatores como o acesso reduzido a cuidados preventivos e a menor adesão às práticas de saúde por parte da população masculina ao longo da vida.

No que se refere à exposição a fatores de risco, verificou-se que a maioria dos pacientes era tabagista ativo ou ex-tabagista que cessaram o consumo de tabaco após o diagnóstico, apresentando uma carga tabágica superior a 90 maços/ano. Adicionalmente, grande parte dos indivíduos possuía histórico de exposição ocupacional e/ou ambiental a agentes de risco, incluindo o uso prolongado de fogão a lenha, contato direto com animais domésticos (cães, gatos e aves de criação) e histórico laboral em carvoarias.

Clinicamente, os pacientes avaliados apresentavam dispneia e tosse como principais sintomas, com a maioria classificada em grau 4 na escala Modified Medical Research Council (MMRC) e apresentando pontuação média de 22 no COPD Assessment Test (CAT). Na grande maioria dos casos foi evidenciado na espirometria distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) grave sendo a maioria classificada em GOLD E. No entanto, foi constatado um uso inadequado da terapia farmacológica, visto que a maioria dos pacientes fazia uso de uma associação de broncodilatadores de longa ação beta-2 agonista (LABA) com corticoides inalatórios (CI), enquanto a recomendação para essa classificação GOLD preconiza a utilização combinada de broncodilatadores de longa ação muscarínicos (LAMA, LABA e CI).

Por fim, a análise dos dados de pacientes portadores de DPOC no ambulatório especializado de um município do interior de Minas Gerais foi importante para entender melhor os padrões demográficos e clínicos dessa condição. Acredita-se que esses dados foram valiosos para definir o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório, bem como para implementar uma abordagem mais direcionada, qualificada e eficaz, que possa melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e otimizar os recursos de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, D. *et al.* Hospital admission and mortality rates for non-COVID-19 respiratory diseases in Brazil's public health system during the covid-19 pandemic: a nationwide observational study. **J Bras Pneumol**, 49(1), 2023
- ALVES, Ana Beatriz de P. Silva *et al.* Principais complicações das doenças pulmonares obstrutivas crônicas (dpocs). **Anais do Fórum de Iniciação Científica do Unifunec**, v. 13, n. 13, 2022.
- CHENG, S., L. *et al.* Taiwan Clinical Trial Consortium for Respiratory Disease (TCORE). Comparison between COPD Assessment Test (CAT) and modified Medical Research Council (mMRC) dyspnea scores for evaluation of clinical symptoms, comorbidities and medical resources utilization in COPD patients. **J Formos Med Assoc.**, 118, 429-435, 2019.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease report**. Fontana: GOLD, 2023.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**. 2024. Disponível em: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
- GOUVEIA, T. S. *et al.* Smoking history: relationships with inflammatory markers, metabolic markers, body composition, muscle strength, and cardiopulmonary capacity in current smokers. **J Bras Pneumol**, 46(5), 2020.
- JACQUES, Maria Angélica. **Perfil dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada internados em um hospital de referência**. Dissertação (Mestrado em Ciências Pneumológicas) - Faculdade Medicina, Porto Alegre, 2011.
- OLÍMPIO, S. C. *et al.* Modified Medical Research council (mMRC) e sua relação com variáveis respiratórias e o tempo de internação em pacientes hospitalizados com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 4, 2019.
- PASCOAL, David Balbino *et al.* Perfil Clínico-epidemiológico de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica de um Centro de Referência de Alagoas: um estudo transversal. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e198111536975-e198111536975, 2022.
- RUVUNA, L.; SOOD, A. Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Clin Chest Med.**, 41(3), 315-327, 2020.

PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

SGARBOSA, Nicole Marques. **Associação do COPD Assessment Test (CAT) com o eixo neuro-cardíaco na exacerbação grave em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**, 2021.

SCHMITZ, M.; DARONCO, A.; ARANTES, S. Caracterização clínica de pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em centro de atendimento especializado no oeste do Paraná no período de 2018 a 2020. **Fag Journal of Health (FJH)**, v. 3, n. 1, p. 19-23, 2 mar. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. **TeleCondutas: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**: versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 23 jun. 2023