



A necessidade de uma perspectiva nacional para melhorar o manejo da DPOC

Fabiano Di Marco^{1,2,a}, Giulia Maria Pellegrino^{1,3,b},
Giuseppe Francesco Sferrazza Papa^{3,c}

A DPOC é sabidamente uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Mesmo que os mecanismos possam ser considerados universais, a doença é o resultado de uma interação complexa entre exposição (a gases e partículas nocivas) e fatores relacionados com o hospedeiro (não apenas fatores genéticos, mas também hiper-reatividade das vias aéreas e baixo crescimento pulmonar durante a infância).⁽¹⁾ Como essas condições podem variar consideravelmente de um país para outro e de uma região para outra, dados locais são fundamentais para que se obtenha uma ideia clara do problema e se saiba como lidar com a emergente pandemia de DPOC. Alguns estudos analisaram dados referentes a regiões consideradas homogêneas; um deles, o *Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar* (PLATINO, Projeto Latino-Americano de Investigação de Doenças Pulmonares Obstrutivas),⁽²⁾ examinou a prevalência de DPOC em cidades grandes em cinco países latino-americanos (Brasil, Chile, México, Uruguai e Venezuela). Além disso, o manejo da doença pode variar consideravelmente, em virtude das diferenças entre os países quanto à organização dos serviços de saúde (inclusive a prevenção) e ao nível socioeconômico, como se pode observar pelas diferenças entre as diretrizes nacionais.⁽³⁾ Este número do JBP traz três estudos que se concentram na epidemiologia, características antropométricas e manejo da DPOC no Brasil, além de uma campanha cujo objetivo é tornar a doença mais conhecida no país.

Gonçalves-Macedo et al.⁽⁴⁾ examinaram as tendências temporais das taxas de mortalidade da DPOC nas várias macrorregiões do Brasil e as tendências temporais da morbidade e mortalidade hospitalar da doença no país. O estudo mostra que a perspectiva deve ser não só nacional, mas também regional. Os autores observaram uma tendência temporal decrescente das taxas de mortalidade da DPOC nas macrorregiões com índices socioeconômicos mais altos, além de uma tendência temporal decrescente da taxa de morbidade hospitalar e dos indicadores de mortalidade em todas as regiões; essas reduções foram muito mais pronunciadas nas regiões com condições socioeconômicas ideais. O achado mais importante do estudo é que, apesar do aumento das taxas de mortalidade da DPOC entre 2000 e 2016 nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, houve uma redução significativa da proporção de fumantes em todas as regiões no mesmo período, o que ressalta a importância de outros fatores, tais como o nível socioeconômico, para a mortalidade. Como se pode planejar e organizar

programas para melhorar o manejo da doença sem essas informações cruciais? Em certas regiões, campanhas para reduzir o hábito de fumar serão apropriadas, ao passo que em outras, espera-se que seja mais benéfica uma abordagem cujo objetivo seja melhorar o nível socioeconômico dos pacientes com DPOC.

Marchioro et al.,⁽⁵⁾ em nome da equipe do PLATINO, mostraram alterações antropométricas em indivíduos com DPOC na cidade de São Paulo (SP) entre 2003 e 2012. Em 2012, pacientes com DPOC leve apresentaram aumento do índice de massa corporal (IMC), ao passo que aqueles com formas mais graves da doença (estágio III ou IV da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) apresentaram tendência oposta. Esses resultados, como enfatizaram os autores, mostram a importância, pelo menos em São Paulo, mas provavelmente também em outras cidades e regiões do Brasil, de conhecer o perfil nutricional de pacientes com DPOC, a fim de evitar não só a perda de peso, um conhecido fator de risco de mortalidade na DPOC,⁽⁶⁾ mas também o ganho excessivo de peso, que é igualmente perigoso, principalmente em pacientes com formas mais leves da doença.⁽⁷⁾ Marchioro et al.⁽⁵⁾ também mostraram que, em 2012, 60,3% dos pacientes com DPOC no Brasil apresentavam sobrepeso ou obesidade. Em uma subanálise do estudo PLATINO, Montes de Oca et al.⁽⁸⁾ não observaram nenhuma diferença significativa entre países da América do Sul quanto aos estratos de IMC. O estudo BREATHE,⁽⁹⁾ um estudo internacional realizado em onze países, incluindo o Paquistão e dez países da região do Oriente Médio e Norte da África (OMNA), explorou a prevalência de sintomas de DPOC, o hábito de fumar, o manejo da DPOC e a carga da doença, além de relatar a taxa de utilização de serviços de saúde na população geral. Em uma subanálise desse estudo, cujo objetivo foi avaliar a distribuição do IMC em indivíduos com DPOC, Koniski et al.⁽¹⁰⁾ mostraram um cenário heterogêneo: a proporção de pacientes com DPOC com IMC > 30 kg/m² (obesidade grau II ou III) foi maior nos países do Golfo Pérsico e menor nos países do Magrebe (Argélia, Marrocos, Tunísia, Líbia e Mauritânia) e no Paquistão. Portanto, se os dados forem homogêneos em escala regional, a adoção de uma abordagem comum para otimizar o estado nutricional parece ser uma solução racional na América do Sul, porém não em outras áreas, tais como a região do OMNA e o Paquistão.

Alcântara et al.⁽¹¹⁾ avaliaram o uso de videoaulas para a capacitação em DPOC de uma equipe multidisciplinar de atenção primária à saúde na cidade de Goiânia (GO).

1. Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia.

2. Dipartimento di Pneumologia, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italia.

3. Dipartimento di Scienze Neuroriabilitative, Casa di Cura Privata del Policlinico, Milano, Italia.

a. <http://orcid.org/0000-0002-1743-0504>; b. <http://orcid.org/0000-0002-7153-1269>; c. <http://orcid.org/0000-0002-5245-4843>

Nesse estudo “piloto”, com apenas 36 participantes (incluindo agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e dentistas), os autores demonstraram que uma proporção significativa dos participantes (aproximadamente 40%) sabia pouco sobre a DPOC e que o programa de treinamento com videoaulas foi um sucesso total, evidenciado pelo fato de que, após o treinamento, 100% dos participantes expressaram concordância muito forte com todos os 16 itens do questionário empregado, demonstrando assim conhecimento ideal a respeito dos diversos aspectos da doença. Além disso, os autores constataram que os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem eram os que menos sabiam sobre a DPOC, ao passo que os médicos eram os que mais sabiam sobre a doença. Essas informações são valiosas porque, como disseram os autores, várias

estratégias de treinamento foram empregadas no Brasil na tentativa de abordar a complexidade da atenção primária multidisciplinar à saúde. Essas estratégias não podem ignorar o alvo específico, pois médicos, enfermeiros e outros membros da equipe provavelmente sugerirão abordagens diferentes baseadas em sua própria formação e experiência.

Em suma, a otimização do manejo da DPOC exige a análise de muitos fatores, que podem variar consideravelmente de país para país e de região para região. É por isso que há uma necessidade urgente de dados locais, que são cruciais para que se compreenda melhor o contexto e se planejem campanhas para melhorar o manejo da doença. Mesmo que nem todos concordem com o ditado que diz que não se pode melhorar aquilo que não se pode medir, não há dúvida de que seja verdade no que tange à DPOC.

REFERÊNCIAS

1. Lange P, Celli B, Agustí A. Lung-Function Trajectories and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*. 2015;373(16):1575. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1411532>
2. Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muiño A, Lopez MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005;366(9500):1875-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67632-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67632-5)
3. Miravittles M, Vogelmeier C, Roche N, Halpin D, Cardoso J, Chuchalin AG, et al. A review of national guidelines for management of COPD in Europe. *Eur Respir J*. 2016;47(2):625-37. <https://doi.org/10.1183/13993003.01170-2015>
4. Gonçalves-Macedo L, Mattos Lacerda E, Markman-Filho B, Lundgren F, Luna CF. Trends in morbidity and mortality from COPD in Brazil, 2006 to 2016. *J Bras Pneumol*. 2019;45(6):e20180402. <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180402>
5. Marchioro J, Gazzotti MR, Moreira GL, Manzano BM, Menezes AMB, Perez-Padilla R, et al. Anthropometric status of individuals with COPD in the city of São Paulo, Brazil, over time - analysis of a population-based study. *J Bras Pneumol*. 2019;45(6):e20170157. <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20170157>
6. Schols AM, Broekhuizen R, Weiling-Scheepers CA, Wouters EF. Body composition and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(1):53-9. <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.1.53>
7. Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP. Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;160(6):1856-61. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.160.6.9902115>
8. Montes de Oca M, Tálamo C, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muiño A, Lopez MV, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and body mass index in five Latin America cities: the PLATINO study. *Respir Med*. 2008;102(5):642-50. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2007.12.025>
9. El Hasnaoui A, Rashid N, Lahlou A, Salhi H, Doble A, Nejari C; et al. Chronic obstructive pulmonary disease in the adult population within the Middle East and North Africa region: rationale and design of the BREATHE study. *Respir Med*. 2012;106 Suppl 2:S3-15. [https://doi.org/10.1016/S0954-6111\(12\)70010-0](https://doi.org/10.1016/S0954-6111(12)70010-0)
10. Koniski ML, Salhi H, Lahlou A, Rashid N, El Hasnaoui A. Distribution of body mass index among subjects with COPD in the Middle East and North Africa region: data from the BREATHE study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:1685-94. <https://doi.org/10.2147/COPD.S87259>
11. Alcântara EC, Corrêa KS, Jardim JR, Rabahi MF. Multidisciplinary education with a focus on COPD in primary health care. *J Bras Pneumol*. 2019;45(6):e20180230. <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e2018-0230>