

## PREVALÊNCIA DE DPOC E SINTOMATOLOGIA NO ÚLTIMO ANO: ESTUDO EAI PELOTAS, 2021

GABRIELA AVILA MARQUES<sup>1</sup>; LILIAN FIGUEIREDO<sup>2</sup>; FELIPE DELPINO<sup>3</sup>;  
TAINÁ DUTRA VALÉRIO<sup>4</sup>, FERNANDO C. WEHRMEISTER<sup>5</sup>; BRUNO P.  
NUNES<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas –  
gabriamarques@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas – lilian.figueiredo@outlook.com

<sup>3</sup> Universidade Federal de Pelotas – fmdsocial@outlook.com

<sup>4</sup> Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas –  
tainavalerio@gmail.com

<sup>5</sup> Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas –  
fcwehrmeister@gmail.com

<sup>6</sup> Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas –  
nunesbp@gmail.com

### 1. INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) abrange a bronquite crônica e o enfisema pulmonar e é caracterizada pela obstrução das vias aéreas inferiores, a qual ocasiona sintomas como sibilância, dispneia crônica progressiva ao esforço e tosse produtiva (GOLD, 2017; TANDO, 2016).

Atualmente, a doença é responsável por mais de três milhões de óbitos anuais, sendo a terceira maior causa de morte no mundo (GOLD, 2017; GOLD, 2020). A redução na frequência e na severidade das crises da DPOC pode ser alcançada por meio da minimização da exposição a fatores de risco (especialmente do tabagismo), da educação em saúde do paciente, da adesão ao tratamento recomendado e do acompanhamento regular com profissionais da saúde (GOLD, 2020). No Brasil, o protocolo de tratamento e DPOC é seguido por toda a rede do Sistema Único de Saúde. No entanto, a maioria das pessoas com DPOC não realiza acompanhamento regular e não recebe tratamento (MOREIRA, et al, 2013). Assim, a ausência destes importantes pilares no manejo da doença pode desencadear sintomatologia recorrente, internações desnecessárias e diminuição da qualidade de vida do paciente, elevando os custos diretos e indiretos à população, além de repercutir em elevada mortalidade (HUMENBERGER, 2018).

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de DPOC e a presença de sintomas no último ano em adultos com 40 ou mais anos da zona urbana de Pelotas-RS, 2021, de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas.

### 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, com dados provenientes do primeiro acompanhamento do estudo de Coorte intitulado “*Emergency department use and Artificial Intelligence in Pelotas*” (EAI Pelotas?), o qual incluiu adultos e idosos residentes da área urbana de Pelotas/RS em 2021.

As estimativas foram expressas em frequência relativa, com intervalos de 95% de confiança (IC95%), segundo as seguintes variáveis: sexo (masculino/feminino), idade em anos (40-49, 50-59, 60 ou mais), cor da pele (branca, preta, parda,

amarela, indígena), classificação econômica ABEP (classes A/B1, C1, C2 e D/E), sintomas da doença no último ano (não/sim), acompanhamento regular com profissional da saúde (não/sim) e plano de saúde (não/sim). O desenho amostral complexo da pesquisa foi considerado por meio do comando *svy* para as análises referentes à distribuição da prevalência de sintomas no último ano. Todos os dados foram analisados por meio do programa estatístico *Stata*, na versão 15.0 (Stata-Corp LP, College Station, TX, Estados Unidos).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 39096720.0.0000.5317) e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O EAI Pelotas é financiado pela FAPERGS por meio da chamada Decit/SCTIE/MS-CNpq/FAPERGS 08/2020 – Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS (termo de outorga 21/2551-0000066-0). O presente trabalho também foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 001.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 5.723 indivíduos que participaram do estudo, 3.999 possuíam 40 ou mais anos de idade. Destes, 286 (7,2%) referiram ter DPOC, bronquite crônica e/ou enfisema, prevalência esta inferior aos resultados nacionais (17% (IC 95% 13,0-22,0), fato que sugere que há uma elevada taxa de subdiagnóstico na região (CRUZ, 2020). No que concerne à descrição da amostra, a maioria dos indivíduos era do sexo feminino (69,6%), diferentemente do que é indicado na literatura (GOLD, 2020). Assim, tal resultado pode ser fruto de interpretações errôneas e relacionadas a outras doenças respiratórias ou devido ao fato de que mulheres utilizam serviços de saúde com maior frequência quando comparadas com homens, tendo, portanto, maiores chances de obter o diagnóstico (DILÉLIO, 2014; GOLD, 2020). Além disso, a maior parte da população estudada possuía 60 anos ou mais (52,5%) e era de cor da pele branca (79,7%), corroborando com o resultados de outros estudos, uma vez que a DPOC ocorre frequentemente em pessoas mais idosas, especialmente devido à exposição prolongada ao tabagismo (HOLM et al., 2014; MAYER, et al., 2006).

Em relação à classificação econômica, grande parte dos participantes pertencia às classes D/E (38,0%;  $p < 0,001$ ). Segundo PRESCOTT, et al. (1999), a pobreza é considerada um importante fator de risco para a DPOC. Dentre os 286 indivíduos, 44,8% referiram sintomas no último ano, mas apenas 37,5% relataram ter realizado acompanhamento regular com profissional da saúde. Tais dados sinalizam uma preocupante situação: a falta de acompanhamento e a menor adesão ao tratamento recomendado estão associadas ao acréscimo de até 58% no risco de hospitalização e 40% no de morte (BELLEUDI, V.; 2016; VESTBO, et al., 2009).

A Tabela 1 apresenta a distribuição da prevalência de sintomas no último ano. Estes foram referidos por 48,0% (IC 95% 40,0-56,0) das mulheres, 48,4% (IC 95% 36,5-60,6) dos indivíduos com idades entre 50 e 59 anos e 60,9% (IC 95% 32,8-83,3) das pessoas pardas. Indivíduos pertencentes às menores classes econômicas (D/E) apresentaram maior frequência de sintomatologia ativa no último ano (52,5%; IC 95% 41,2-63,3;  $p = 0,186$ ), corroborando com TANDO (2016), a qual concluiu que o risco de desenvolver DPOC e a frequência de crises/exacerbações estão inversamente relacionados com o nível socioeconômico.

**Tabela 1.** Distribuição da prevalência de sintomas no último ano em pelotenses com  $\geq 40$  anos com diagnóstico médico autorreferido de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, bronquite crônica e/ou enfisema. EAI PELOTAS?, 2021.

Variáveis	SINTOMAS NO ÚLTIMO ANO		
	% (IC95%)		
<b>Sexo</b>			p=0,084
Feminino	48,0	(40,0-56,0)	
Masculino	36,7	(26,4-48,3)	
<b>Idade, anos</b>			p=0,589
40-49	39,8	(29,1-51,5)	
50-59	48,4	(36,5-60,6)	
60 ou mais	43,3	(33,3-53,9)	
<b>Cor da pele</b>			p=0,379
Branca	42,4	(34,3-50,9)	
Preta	41,5	(28,6-55,7)	
Parda	60,9	(32,8-83,3)	
Amarela	0,0	-	
Indígena	0,0	-	
<b>Classificação econômica (ABEP)</b>			p=0,186
A/B1	37,5	(2,4-52,6)	
C1	35,2	(22,3-50,6)	
C2	40,7	(28,6-54,0)	
D/E	52,5	(41,2-63,3)	
<b>Acompanhamento regular com profissional da saúde</b>			p=0,253
Não	40,9	(33,2-49,0)	
Sim	48,7	(36,9-60,7)	
<b>Plano de saúde</b>			p=0,503
Não	45,4	(36,3-54,8)	
Sim	41,2	(32,3-50,9)	

#### 4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a população pelotense pode estar subdiagnosticada no que tange à DPOC. Como resultado do erro ou da ausência de diagnóstico, intervenções eficazes tornam-se improváveis de ocorrer. A frequência de sintomas no último ano foi extremamente elevada. Os sintomas foram mais comuns entre mulheres, pardos e indivíduos pertencentes às classes D/E, sugerindo importantes desigualdades em saúde e contribuindo para elevados gastos diretos e indiretos à saúde. Assim, se enfatiza a necessidade de ações estratégicas que garantam a disponibilidade e o acesso a serviços e intervenções em saúde a fim de diagnosticar corretamente e então controlar os sintomas desta doença, especialmente nas populações mais pobres.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DILÉLIO, A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E; SILVEIRA D.; SIQUEIRA, F.; PICCINI, R. *et al.* Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cad Saúde Pública**. v.30, p. 2594–2606, 2014.

DISEASE AND INJURY INCIDENCE AND PREVALENCE COLLABORATORS. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet**. v.392, n. 101159, p.1789-858, 2018.

GOLD. **Report 2020**. GOLD COPD. Acessado em 05 ago 2022. Online. Disponível em: [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.0-11Nov20\\_WMV.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.0-11Nov20_WMV.pdf)

HOLM, K.; PLAUFKAN, M., FORD, D. The Impact of Age on Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Differs by Relationship Status. **Behav Med**.v.37, n.4, p.654–663, 2014.

HUMENBERGER, M.; HORNER, A.; LABEK, A.; KAISER, B.; FRECHINGER, R.; BROCK, C. *et al.* Adherence to inhaled therapy and its impact on chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **BMC Pulm Med**.v.18, n.1, p.163, 2018.

MAYER, A.; STOLLER, J.; VEDAL, S.; RUTTENBER, A.; STRAND, M.; SANDHAUS, R.; *et al.* Risk factors for symptom onset in PI\*Z alpha-1 antitrypsin deficiency. **Intern J of Chron Obstruct Dis**.v.1, n.4, p.485–492, 2006.

MENEZES, A.; WEHRMEISTER, F.; PEREZ-PADILLA, R.; VIANA, K.; SOARES, C.; MÜLLEROVA, H. *et al.* The PLATINO study: description of the distribution, stability, and mortality according to the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease classification from 2007 to 2017. **Int J Chron Obstruct Dis**. v.12, p.1491-1501, 2017.

MOREIRA, G. *et al.* PLATINO, estudo de seguimento de nove anos sobre DPOC na cidade de São Paulo: o problema do subdiagnóstico. **J Bras Pneumol**. v.40, n.1, p. 30-37, 2013.

PRESCOTT, E., LANGE, P. & VESTBO, J. Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City Heart Study. **Eur Respir J**. v.13, p.1109-14, 1999.

ROGLIANI, P.; ORA, J.; PUXEDDU, E.; MATERA, M.; CAZZOLA, M. Adherence to COPD treatment: Myth and reality. **Respir Med**. n.129, p.117–123, 2017.

TANDO, A. **Abordagem terapêutica da DPOC: nova estratégia**. Porto, 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa.

VESTBO, J.; ANDERSON, J.; CALVERLEY, P.; CELLI, B.; JENKINS, C. Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. **Thorax**. v.64, p.939–943, 2009.