

## **INCIDÊNCIA DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM IDOSOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DA AMAZÔNIA, BRASIL**

Mayara do Socorro Brito dos Santos; Bruna D'Paula Souza da Costa; Luzielma Macêdo Glória;  
Bruna Danielle Campelo Corrêa.

Universidade Federal do Pará, mayara\_britosantos@hotmail.com

### **INTRODUÇÃO**

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), representada principalmente pela bronquite crônica e pelo enfisema pulmonar, caracteriza-se por inflamação brônquica, redução da parede dos brônquios e aumento da produção de muco. A obstrução leva a aprisionamento aéreo, hiperinsuflação e conseqüente dificuldade respiratória aos esforços físicos. A asma, por sua vez, também cursa com obstrução de vias aéreas, porém esta é variável e mais facilmente reversível<sup>1</sup>.

A prevalência de DPOC tem aumentado no mundo inteiro, podendo-se estimar que a mortalidade em decorrência dessa doença também estará crescendo nas próximas duas décadas; é uma patologia comum que afeta mais de 5% da população e levando a grande mortalidade, sendo a terceira causa de morte nos EUA, responsável por cerca de 120 mil óbitos por ano nesse país, e a quinta causa de incapacidade, com crescentes índices de mortalidade nos últimos 30 anos<sup>2</sup>.

Segundo o último consenso<sup>3</sup> sobre DPOC, a doença foi a quinta maior causa de internação no sistema público de saúde em maiores de 40 anos no Brasil em 2003, com 196.698 internações e gasto aproximado de R\$ 72 milhões. A mortalidade por DPOC no Brasil alcançou 38 mil pessoas por ano, classificada entre a quinta e a sexta causa de morte no País (excluindo mortalidade por causas externas).

Essa doença causa um grande impacto social, pois é incapacitante, necessitando de um alto investimento para que seja mantido o tratamento do paciente e leva à morte prematura de indivíduos que poderiam estar em plena atividade produtiva. O impacto dessas doenças tende a crescer ainda mais com o envelhecimento da população<sup>4</sup>. Os idosos no geral são mais suscetíveis a esse tipo de condição, pois dentre as alterações fisiológicas sofridas pelo homem ao longo dos anos, estima-se que o sistema respiratório seja o que envelhece com maior velocidade devido à maior exposição a poluentes ambientais<sup>5</sup>.

Com o envelhecimento, as variáveis espirométricas são piores se comparadas as de adultos saudáveis; há aumento da rigidez torácica e sua menor expansibilidade; os bronquíolos ficam menos resistentes, o que pode ocasionar colapso expiratório; há redução do número de alvéolos e

aumento do volume residual. Essas mudanças ocasionam deterioração da função pulmonar, o que leva a uma maior mortalidade nesta população<sup>6</sup>.

O tratamento do paciente com DPOC deve ser feito de forma global por uma equipe multiprofissional; a fisioterapia respiratória ambulatorial está indicada para todos os pacientes que apresentam algum comprometimento pulmonar, seja ele crônico ou agudo, tendo como objetivo promover a eliminação de secreção, a reexpansão pulmonar, a reeducação respiratória, além de promover o fortalecimento e o alongamento muscular, o condicionamento físico, objetivando a maior eficiência do ato respiratório e da funcionalidade global<sup>7</sup>.

Considerando a relevância desse problema no País e a falta de dados regionais sobre sua incidência, devido as estimativas sobre a prevalência estarem sendo baseadas primariamente nas estatísticas de mortalidade, o que se configura um subdiagnóstico, o objetivo desse estudo foi traçar o perfil das patologias respiratórias mais incidentes em um Hospital Universitário de Belém do Pará, e confirmar se a incidência global de DPOC também ocorre em escala local na cidade.

## METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Amostra composta por 27 pacientes de ambos os gêneros; com idade igual ou superior a 60 anos; portadores de doença pulmonar crônica diagnosticada, atendidos no Ambulatório de Fisioterapia Respiratória do Hospital Universitário João de Barros Barreto, na cidade de Belém, no estado do Pará. Durante o período de coleta (março a julho de 2016) não houve perda amostral.

A fim de caracterizar a amostra e o estado geral de saúde dos voluntários, estes responderam a uma ficha de avaliação, que consistia na identificação do paciente (dados pessoais e sociodemográficos), diagnóstico e histórico da doença. Além disso, verificou-se o nível de dispneia, através da *Medical Research Council Dyspnea Scale* (MRC), escala muito utilizada na literatura internacional, de fácil aplicação, que objetiva avaliar limitações impostas pela dispnéia nas AVD<sup>8</sup>.

O paciente era abordado após seu atendimento de fisioterapia e convidado a participar da pesquisa sem que sua decisão interferisse de alguma forma em seu tratamento; para tanto, lia-se junto a ele o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) elaborado com linguagem de fácil acesso para facilitar-lhe a compreensão. Após o consentimento mediante assinatura, era iniciada a avaliação através da ficha estruturada com questionamentos sobre aspectos sociodemográficos e condições de saúde do paciente, além da aplicação das escalas supracitadas. Nenhum idoso se recusou a participar da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 27 idosos; média de idade:  $69,96 \pm 7,56$  anos. Do total, 55,6% possuía alguma forma de DPOC, sendo a patologia mais incidente ( $p=0,02$ ); seguida de bronquiectasia (33,3%) e asma (11,1%). A pontuação mediana do MRC foi 3, denotando dispneia grave. 63% possuía tosse produtiva ( $p=0,01$ ), com expectoração purulenta

**Tabela 1** – Frequência das variáveis pneumopatias, dispneia na amostra.

Variável	Frequências			Qui-quadrado	
				x <sup>2</sup>	p
Pneumopatia	Asma	Enfisema Pulmonar	Bronquiectasia	8,00	0,02*
	3 (11,1%)	15 (55,6%)	9 (33,33%)		
Dispneia	Não		Sim	10,70	0,0021*
	5 (18,6%)		22 (81,4%)		

**Tabela 2** - Índice MRC avaliado (dados absolutos e relativos) e comparação das prevalências (qui-quadrado).

Variável	Frequências			Qui-quadrado	
	2	3	4	x <sup>2</sup>	P
MRC	7 (25,9%)	17 (63,0%)	3 (11,1%)	11,56	<0,01*

A DPOC foi responsável por 170 mil admissões no SUS em 2008, com permanência média de seis dias, sendo a região Sul do Brasil àquela que apresenta a maior taxa de internações, provavelmente por conta das temperaturas mais baixas<sup>9</sup>.

No entanto, não se pode esquecer que ainda existe uma importante carência de informações sobre prevalência de DPOC no País, o que dificulta a obtenção de dados referentes às demais regiões.

Idosos são mais suscetíveis a essas patologias, pois com o envelhecimento, o sistema pulmonar sofre progressiva deterioração.

Isso se ratifica na atual pesquisa, na qual dentre as patologias respiratórias apresentadas pelos idosos, a DPOC foi a mais incidente, gerando grande sintomatologia e reduzindo qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Confirma-se em escala local, em um hospital da Amazônia, a importante morbidade e incidência de DPOC observada a nível global, ratificando-se que esta representa um grave problema de saúde pública, que afeta sobretudo a população idosa.

## REFERÊNCIAS

1. Cukier A. Pneumologia: Atualização e reciclagem. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
2. Gorzoni M. Envelhecimento Pulmonar. In: Freitas EV, Py L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
3. Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica II - DPOC. J Bras Pneumol. 2004;30(Supl 5):S1-42.
4. Campos HS. Asma e DPOC: vida e morte. Bol Pneumol Sanit. 2004; 12 (1): 37-53.
5. Belini MAV. Força muscular respiratória em idosos submetidos a um protocolo de cinesioterapia respiratória em imersão e em terra [monografia]. Cascavel (PR): Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2004.
6. Ruivo S, Viana P, Martins C, Baeta C. Efeito do envelhecimento cronológico na função pulmonar. Comparação da função respiratória entre adultos e idosos saudáveis. Rev Portug Pneumol. 2009; 15 (4): 629-53.
7. Stanzani VLTS, Santos AA, Dal Corso S, Malaguti, C. Recomendação de Reabilitação Pulmonar de uma Coorte de Pneumologistas de São Paulo – Brasil. ConScientiae Saúde. 2009; 8(3): 491-496.
8. Kolevis D, Segretti NO, Probst VS, Lareau SC, Bruneto AF, Pitta F. Validação do *Modified Pulmonary Funtional Status and Dyspnea Questionnaire* e da escala do *Medical Research Council* para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. J Bras Pneumol. 2008; 34 (12): 1008-18.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Respiratórias Crônicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 25, 2010.