

# XV Congresso de Pneumologia

Ofir, 7 a 10 de Novembro de 1999

## Textos

### DPOC

#### Recomendações...Para quê e para quem?\*

FÁTIMA RODRIGUES\*\*\*

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) constitui uma causa importante de morbilidade, mortalidade e de custos financeiros em todo o mundo. Nos Estados Unidos da América (EUA), o número de doentes duplicou nos últimos 25 anos (1). Nos países europeus de mercado económico socialista, a prevalência é de 7,35 por 1000 para o sexo masculino e de 3,45 por 1000 para o sexo feminino (2).

Constitui a quarta causa de morte nos EUA, logo após as doenças cardíacas, o cancro do pulmão e as doenças cerebrovasculares, e a terceira causa de morte no Reino Unido. É importante salientar que entre 1966 e 1986, a taxa de mortalidade global nos EUA

desceu 22%, enquanto a taxa de mortalidade por DPOC subiu 77% ! Das principais causas de morte por doença é a única cuja prevalência continua a aumentar (1).

Em Portugal, em 1995, a DPOC em conjunto com outras doenças obstrutivas e as pneumonias, constituíram também a quarta causa de morte (3). Mais de metade dos doentes morre nos primeiros 10 anos após o estabelecimento do diagnóstico (1).

A DPOC é uma doença sub-diagnosticada, habitualmente desvalorizada pelo doente e pelos médicos, sendo o diagnóstico feito tardiamente, em fases avançadas da doença.

\* Textos recebidos para publicação até 31 de Julho de 2000. Inclui um trabalho apresentado no "XIV Congresso da SPP" (Viseu, 1998)

\*\* Comunicação apresentada na mesa redonda sobre DPOC, XV Congresso Pneumologia da SPP, Ofir 1999

\*\*\* Assistente Hospitalar de Pneumologia do Hospital de Egas Moniz

Em 1998, os custos para a DPOC corresponderam ao quádruplo dos custos para a asma nos EUA (4). As elevadas incidência, morbidade e mortalidade na DPOC reflectem de forma inequívoca, a promoção do tabagismo, podendo considerar-se como uma das doenças comportamentais do nosso século que se traduz num grave problema de saúde pública.

Em resposta a este quadro negro, está em curso a criação de um projecto internacional para a elaboração de recomendações a aplicar na DPOC. Designa-se *Global Initiative for Obstructive Lung Disease* ou G.O.L.D. Na origem deste projecto estão organizações como o Instituto Americano do Coração, Pulmão e Sangue (*National Heart Lung and Blood Institute*), o Instituto Americano de Saúde (*National Institute of Health*) e a Organização Mundial de Saúde. O coordenador deste projecto é o professor Romain Pawels da Bélgica. Pretende-se que as recomendações sejam o mais possível baseadas na evidência e possam ser aplicadas a todos os países (5).

As recomendações aparecerão classificadas de "A" a "D", consoante o grau de evidência que foi possível demonstrar em cada assunto (Fig.1). Assim, a categoria "A" baseia-se em dados obtidos a partir de estudos aleatorizados que incluíram um grande número de doentes. A categoria "B" baseia-se em estudos aleato-

rizados com menor número de doentes. A categoria "C" baseia-se em estudos não aleatorizados e a categoria "D" em painéis de consensos, baseados na experiência clínica (5).

Para quê a elaboração de recomendações na DPOC?

A Sociedade Torácica Britânica (B.T.S.) definiu como objectivos para as suas recomendações publicadas em 1997, o diagnóstico precoce e preciso da doença, um melhor controle sintomático, a prevenção da deterioração clínica e a melhoria da qualidade de vida dos doentes (Fig.2).

Os objectivos do projecto GOLD são:

1. recomendar estratégias de prevenção e tratamento efectivos da DPOC para aplicação em todos os países, através nomeadamente de um melhor conhecimento da doença;
2. alertar a comunidade médica, os organismos de Saúde Pública e a população em geral para a DPOC como um problema de saúde pública;
3. reduzir a morbidade e a mortalidade através de programas efectivos de diagnóstico e de tratamento;
4. promover estudos das causas para o aumento da prevalência da doença, incluindo estudos ambientais;

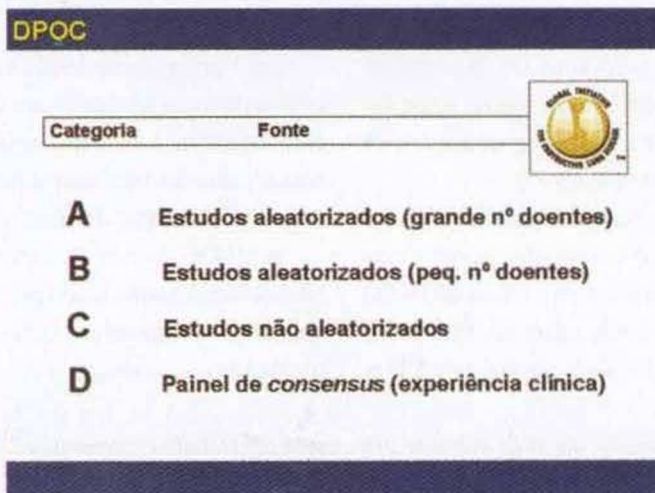


Fig. 1 – Classificação das recomendações do projecto GOLD, segundo o grau de evidência demonstrado (5)

## DPOC

**Recomendações – Para quê?**

- **Diagnóstico precoce e preciso**
- **Melhor controle sintomático**
- **Prevenção da deterioração**
- **Prevenção de complicações**
- **Melhoria da qualidade de vida**

BTS

**Fig. 2** – Objectivos das recomendações para a DPOC emanadas da *British Thoracic Society* (6)

5. e a implementação de programas de prevenção (7).

Um rascunho do projecto GOLD será enviado até ao fim do ano de 1999 para as sociedades pneumológicas dos vários países, para ser comentado e reenviado aos organizadores no período de 2 meses, prevendo-se que a versão final seja publicada na Primavera do ano 2000.

Definidos os objectivos das recomendações, a quem deverão estas ser dirigidas e em que âmbito?

No âmbito da prevenção primária, as recomendações devem ter como alvo a escola, a família, a população em geral, através dos meios de comunicação social, bem como os trabalhadores em risco potencial, pela exposição a pneumopolutentes no ambiente profissional (5).

A intervenção anti-tabágica a nível escolar é da maior importância, sensibilizando os ainda não fumadores a não iniciarem o hábito de fumar. O ambiente familiar é igualmente determinante no início dos hábitos tabágicos. As crianças tenderão a imitar os pais, além de serem submetidas à exposição passiva do tabagismo dos adultos. A malnutrição e os hábitos tabágicos maternos condicionam o desenvolvimento de pulmões pequenos no recém-nascido, o que se pensa aumentar o risco de DPOC, enfatizando

a importância de tentar prevenir os hábitos tabágicos nas mulheres grávidas (8).

A exposição ocupacional a fumos e poeiras interage com o fumo do tabaco, aumentando o risco de DPOC. É de salientar aqui a exposição ao cádmio e á sílica (8).

A nível da prevenção secundária, é importante identificar os grupos de risco e intervir neles o mais precocemente possível. Neste âmbito, o papel do médico de Clínica Geral é preponderante. Na identificação dos grupos de risco é muito importante o papel do rastreio da função pulmonar. Cada vez mais o espirómetro deve ser um instrumento de uso tão acessível ao médico de Clínica Geral como é o esfigmomanómetro. Sugere-se a realização de uma prova basal nos fumadores entre os 20-25 anos e depois de 3 em 3 anos, ou mais frequentemente, consoante o risco individual (1).

A partir dos 30 anos, a velocidade de declínio do volume expiratório máximo no 1º segundo ( $FEV_1$ ) fisiológica é de cerca de 30 ml por ano, sendo superior a 50 ml por ano em fumadores susceptíveis (9,10). A evicção tabágica produz um atraso no declínio do  $FEV_1$ , tornando-o próximo do que ocorre em não fumadores (Fig.3). A interrupção dos hábitos tabági-

## DPOC

## Identificação dos grupos de risco

## • Rastreio da função pulmonar

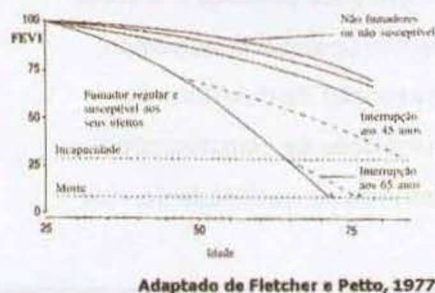


Fig. 3 – Velocidade de declínio do  $FEV_1$  em fumadores e não fumadores e efeitos da cessação tabágica no declínio do  $FEV_1$  (3)

cos mesmo em idades avançadas produz sempre benefício, aumentando nomeadamente a sobrevivência (10). A demonstração deste modelo de Fletcher e o conhecimento do valor do  $FEV_1$  em cada caso, fornecem um forte efeito incentivo e persuasor para a evicção tabágica.

O tempo e os custos inerentes à instituição de um rastreio espirométrico universal virão a ser compensados pela redução do custo global do tratamento da DPOC.

O diagnóstico da DPOC é sugerido pelos sintomas – tosse, expectoração de predomínio matinal e dispnéia de intensidade crescente (11). De referir que o projecto GOLD dá um grande ênfase à tosse e expectoração como devendo ser consideradas patológicas e não "normais", como são habitualmente consideradas pelo doente e até pelo médico, devendo alertar-nos para a doença em evolução. Sendo sugerido pelos sintomas, o diagnóstico da DPOC, é feito pela demonstração da obstrução das vias aéreas pela exploração funcional respiratória, o que permite também classificar a gravidade da obstrução (12).

O  $FEV_1$  após a broncodilatação é o factor que melhor se correlaciona com a sobrevivência (13). Na

DPOC grave, com um  $FEV_1$  de 1000ml, a sobrevivência aos 5 anos é de cerca de 50% (14).

Na avaliação inicial da DPOC, é importante definir o subgrupo de doentes que responde à terapêutica com corticóides, apresentando assim um melhor prognóstico. Assim, alguns autores propõem a realização de espirometria antes e após um curso de corticóides, como por exemplo: 30 mg prednisona por dia durante 2 semanas ou 1000  $\mu$ g de beclometasona (ou equivalente) por dia durante 6 semanas (6). A resposta aos corticosteróides não deve contudo, ser avaliada exclusivamente pela função respiratória, pois o doente pode beneficiar significativamente com esta terapêutica, em termos de qualidade de vida, mesmo que a tradução funcional respiratória seja pequena (15).

As recomendações preliminares do projecto GOLD para a terapêutica da DPOC são as seguintes (16):

1. A evicção tabágica é a única intervenção que comprovadamente afecta o declínio da função pulmonar a longo prazo (17).
2. Quanto aos broncodilatadores, a via inalatória é a preferida. São prescritos em SOS ou de forma regular, dependendo dos sintomas. Incluem os anticolinérgicos e os  $\beta_2$  agonistas isolada-

mente ou em combinação. Existe uma evidência crescente do papel dos  $\beta$ -agonistas e dos anticolinérgicos de longa acção como terapêutica de manutenção.

3. As xantinas são fármacos de segunda linha.
4. Os corticóides inalados são também fármacos de segunda linha, não apresentando na maior parte dos estudos realizados, efeitos a longo prazo, beneficiando apenas uma minoria de doentes. Contudo, embora beneficiando um pequeno número de doentes, os glicocorticóides inalados podem melhorar significativamente a sua qualidade de vida, sendo inaceitável não prescrever nestes doentes uma terapêutica que tem provado ser eficaz (15) e relativamente segura (18).
5. Os corticóides orais estão indicados no tratamento das exacerbações agudas (16).
6. Os mucolíticos, as cromonas, os antibióticos e os anti-tússicos não são recomendados no tratamento de rotina.

As recomendações que o projecto GOLD dirige aos médicos são (16) (Fig.4):

A evicção tabágica; evitar o niilismo na abordagem terapêutica da DPOC; adaptar o tratamento às necessidades e estilo de vida dos doentes;

minimizar os efeitos secundários; pesquisar e tratar as doenças associadas; pesquisar as alterações subjectivas e não apenas as provas funcionais respiratórias e promover a Reabilitação Pulmonar.

Em relação à Reabilitação Pulmonar, são estes os benefícios comprovados, segundo a classificação baseada na evidência (20) (ver também a Fig.1): A Reabilitação Pulmonar melhora a dispneia (A); melhora a qualidade de vida (A); melhora a tolerância ao esforço (A); reduz os internamentos hospitalares (B) e os seus efeitos mantêm-se após o programa de reabilitação (B). De salientar na Reabilitação Pulmonar, o componente de exercício físico, que embora não possa reverter os défices fisiológicos e estruturais da DPOC, pode reduzir a incapacidade e a desvantagem social, melhorando a tolerância ao esforço e a autonomia do doente nas actividades de vida diária (21).

Nos últimos anos, a DPOC passou do 12º lugar para o 5º lugar como doença socialmente incapacitante (22) (Fig.5). No Reino Unido, os fármacos contribuíram para metade dos custos da DPOC e a oxigenoterapia contribuiu para um quarto das despesas. Em Portugal, a prescrição de oxigenoterapia domiciliar de

## DPOC

### Médicos

- Evicção tabágica
- Evitar niilismo
- Adaptar o tratamento às necessidades e estilo de vida dos doentes
- Minimizar efeitos secundários
- Pesquisar e tratar co-morbilidade
- Pesquisar alt. subjectivas e não só PFR
- Promover a Reabilitação Pulmonar



Fig. 4 – Recomendações do Projecto GOLD aos médicos (16)

com mais frequência os doentes participarem como qualquer outro cidadão, da vida social a que têm direito, como é o caso do homem da Fig.7, que dá o seu passeio descontraído, transportando ao ombro a garrafa de oxigénio que lhe possibilita essa autonomia.



Fig. 7 – Um dos objectivos da Reabilitação: restituir o indivíduo à sociedade

## BIBLIOGRAFIA

1. FERGUSON GT. Rastreo e Intervenção Precoce na DPCO. Hospital Practice. Edição Portuguesa 1999; vol. 3, nº 8: 23 - 35.
2. BUIST AS. Definition, Epidemiology and Natural History of COPD. ERS Annual Meeting. Workshop: Global Initiative on Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD), Madrid 1999.
3. RODRIGUES F, CARDOSO J. DPOC. 25 Perguntas Frequentes em Pneumologia. Permanyer Portugal 1998.
4. BUIST AS. The Economic Burden of COPD. ERS Annual Meeting. Satellite Symposium: The Impact of COPD. Madrid 1999.
5. PAWELS R. General Introduction to GOLD Guidelines. ERS Annual Meeting. Workshop: Global Initiative on Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD), Madrid 1999.
6. THE COPD GUIDELINES GROUP OF THE STANDARDS OF CARE COMMITTEE OF THE BTS. BTS Guidelines for the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Thorax 1997; 52 (Suppl. 5): S4-S6.
7. HURD S. Objectives of GOLD. ERS Annual Meeting. Workshop: Global Initiative on Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD), Madrid 1999.
8. RIJCKEN B, BRITTON J. Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In European Respiratory Mon 1998; 7, Chapter 5: 41-73.
9. POSTMA DS, VERMEIRE P. The Natural History of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. in European Respiratory Mon 1998; 7, Chapter 6: 74-83.
10. FLETCHER C, PETO R. The Natural History of Chronic Airflow Obstruction. Br Med J 1977; 1: 1645-1648.
11. AGUSTÍ AGN. The Science of Symptoms in Chronic Pulmonary Disease. Eur Respir Rev 1999; 9, 67: 160-164.
12. CLARK T. Diagnosis and Follow-up of COPD. ERS Annual Meeting. Workshop: Global Initiative on Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD), Madrid 1999.
13. ANTHONISEN NR, WRIGHT EC, HODGKIN JE, IPPB TRIAL GROUP. Prognosis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am Rev Respir Dis 1986; 133: 14-20.
14. SIAFAKAS NM, VERMEIRE P, PRIDE NB et al, ERS TASK FORCE. Optimal Assessment and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). A Consensus Statement of the European Respiratory Society (ERS). Eur Respir J 1995; 8: 1398-1420.
15. BURGE PS. EUROSCOP, ISOLDE and The Copenhagen City Lung Study. Thorax 1999; 54: 287-288.
16. PAUWELS R. Preliminary GOLD Recommendations for the Management of COPD. ALA/ATS Conference, San Diego 1999.
17. ANTHONISEN NR, CONNETT JE, KILEY JP et al, Lung Health Study Research Group. Effects of Smoking Inter-

- vention and the Use of an Inhaled Anticholinergic Bronchodilator on the Rate of Decline of FEV<sub>1</sub>. JAMA 1994; 272: 1497-1505.
18. PAUWELS RA, LÖFDAHL C-G, LAITINEN LA et al, for the ERS STUDY ON CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. Long-Term Treatment with Inhaled Budesonide in Persons with Mild Chronic Obstructive Pulmonary Disease who Continue Smoking. N Engl J Med 1999; 340: 1948-1953.
  19. NIEWOEHNER DE, ERBLAND ML, DEUPREE RH et al, for the DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS COOPERATIVE STUDY GROUP. Effect of Systemic Glucocorticoids on Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med 1999; 340: 1941-1947.
  20. JENKINS C. Pulmonary Rehabilitation and Education in COPD. ERS Annual Meeting. Workshop: Global Initiative on Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD), Madrid 1999.
  21. MINK BD. O Exercício e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Pequenos Ganhos Físicos Revertem em Grandes Dividendos. The Physician and Sportsmedicine 1999, 1, 5: 23-30.
  22. SULLIVAN S. Socioeconomic Aspects of COPD. ERS Annual Meeting. Workshop: Global Initiative on Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD), Madrid 1999.
  23. COMISSÃO DE TRABALHO DA SPP. Normas Clínicas para Intervenção na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Rev Port Pneumol III 1998, (3): 331-362.
  24. GOMES MC, SERRA T. Oxigenoterapia Domiciliária de Longa Duração. HPV 1996; 3: 109-113.

## Assistência domiciliária nos Centros de Saúde

MARIA DE FÁTIMA BRANCO\*

A Assistência domiciliária nos Centros de Saúde pode ser encarada numa forma clássica, onde enfermeiro e médico prestam cuidados ao doente essencialmente em situação de doença, ou, de uma forma mais inovadora, em equipas multidisciplinares articuladas com outros serviços, numa perspectiva de cuidados continuados e integrados, tentando responder a diversas solicitações.

É um projecto enquadrável nesta linha de orientação que vamos tentar descrever.

É considerado por todos fundamental que a pessoa doente, com maior ou menor grau de dependência, seja mantida no seu meio social e familiar, sendo-lhe prestado, quer do ponto de vista clínico, quer da área social, os apoios necessários.

Esta é uma das linhas de orientação que o Centro de Saúde, onde trabalho, defende.

Cabe aqui um pequeno parêntesis para apresentar o Centro de Saúde de Soure.

Trata-se dum Centro de Saúde de características semi-rurais, pertencente ao Sistema Local de Saúde de Coimbra Sul, ARS do Centro, Sub-região de Saúde de Coimbra (Quadro I).

Apresenta 22.128 Utentes inscritos, com atendimento quer na Sede quer em cada uma das 12 Extensões dispersas pelo Concelho de Soure.

A pirâmide etária mostra uma população com um envelhecimento considerável (Fig.1).

Apresenta um total de 64 profissionais distribuídos pelos 5 grupos mencionados e 4 Ajudantes de Saúde em formação (Quadro II).

Dizíamos que sendo por nós considerado imprescindível o desenvolvimento de novas metodologias de apoio domiciliário, foi com grande agrado que em 1996, nos deparamos em Diário da República com o Protocolo de Cooperação entre o Instituto do Emprego e Formação Profissional e a Direcção Geral da Saúde (Quadro III).

Na verdade, os principais objectivos do acordo:

- Satisfazer as necessidades sociais e saúde a

\* Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar