

ARTIGO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

Factores de ordem social, económica e cultural da DPOC em internamento hospitalar

Social, economic and cultural agents in admission for COPD

JOÃO BALDAIA*

RESUMO

De acordo com a *European Respiratory Society* (ERS) a incidência, morbilidade e mortalidade por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) estão a aumentar, mas variam largamente entre países.

Em Portugal, e nos últimos anos, tem-se verificado um aumento significativo dos doentes internados com DPOC, e é previsível um aumento generalizado do número destes doentes.

Neste estudo aplicamos um protocolo a todos os doentes internados com DPOC, correspondentes a 76 casos novos de internamento no Serviço de Pneumologia do H.S.João no período decorrido entre 18 de Novembro de 1996 e 18 de Novembro de 1997.

ABSTRACT

According the *European Respiratory Society* (ERS) the incidence, morbidity and mortality for Chronic Obstrutive Pulmonary Disease (COPD) they are to increase, but their variability is enormous among countries.

In Portugal, and in the last years, a significant increase of patients admitted with COPD has been verified, and it is previsible a generalized increase of the number of these patients.

In this study we applied a protocol to all patients interned with COPD, corresponding to 76 new cases of admissions in the Pneumology ward of Saint John Hospital in the period between November 18, 1996 and November 18, 1997.

We tried to delineate the social, professional,

* Assistente Social do Serviço de Pneumologia do Hospital S. João do Porto
(Director: Prof. J. Agostinho Marques)

Recebido para publicação: 98.10.01

Aceite para publicação: 98.11.27

Procurou-se traçar o perfil social, profissional, cultural e hábitos tabágicos da população, predominantemente do sexo masculino (84.2%), com idade média de 61 anos e todos de raça caucasiana. Mais de 2/3 apenas completou o ensino básico, 76.3% pertencia à classe IV e V da Classificação Social de Graffar, e mais de 2/3 tinha relação com o operariado especializado e semi-especializado. 77% fumava e/ou tinha abandonado o consumo de tabaco e quase metade fazia oxigenoterapia no domicílio.

Salientámos a elevada incidência de precaridade económica (52.1%), que associada à história de alcoolismo, constituía 65% das problemáticas associadas.

Por último, refere-se a necessidade crescente de uma estrutura integrada de assistência respiratória domiciliária em Portugal.

REV PORT PNEUMOL 1999; V (1): 67-73

Palavras-chave: DPOC; Factores sociais; Assistência domiciliária; Serviço Social.

cultural profile and smoking habits of the population, predominantly of the male sex (84.2%), with the average age of 61 years old and all of caucasian race. More than 2/3 hardly completed the primary school, 76.3% belonged to class IV and V of the Social Classification of Graffar, and more than 2/3 had connection with the specialized and semispecialized working classes. 77.6% smoked and/or had abandoned tobacco smoke and almost half were on oxygenotherapy at home.

We pointed out the high incidence of precarious economic status (52.1%), that associated to the history of alcoholism, it constituted 65% of the associated problems.

At last, the growing necessity of a integrated structure for respiratory home care in Portugal is referred.

REV PORT PNEUMOL 1999; V (1): 67-73

Key-Words: COPD; Social agents; Home care; Social Work

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das entidades mais observadas pelos clínicos em todo o mundo, mas especialmente em países desenvolvidos, que engloba, por definição, a *bronquite crónica* e o *enfisema pulmonar*, ficando apartada outra situação potencialmente conducente à obstrução crónica das vias aéreas – a asma – ainda que com o desacordo de alguns autores.

O conhecimento da epidemiologia da DPOC é fundamental, dado que é através dela que é possível ter informação sobre a importância da doença numa determinada população, na sua globalidade, bem como da sua distribuição por idade, sexo, raça, condição sócio-económica, comportamentos, grupos ocupacionais, etc, podendo assim identificar-se os factores de risco associados ao seu aparecimento. Deste modo é possível a adopção de medidas profiláticas, diagnósticas e terapêuticas adequadas e, de uma maneira geral, contribuir para a educação e promoção da saúde destes doentes.

De acordo com a *European Respiratory Society* (ERS) a incidência, a morbidade e mortalidade por DPOC estão a aumentar, mas variam largamente entre países. A imprecisão relativamente à classificação desta entidade é grande, nomeadamente em Portugal, sobretudo se usar a Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte da OMS, e cuja codificação permite a inclusão de mortes por asma nas taxas de mortalidade por DPOC. No nosso país, onde esta classificação é usada, tem-se registado um declínio progressivo de mortalidade por DPOC, que em 1980 era de 25,26/100 000 habitantes e em 1995 de 11/100 000 habitantes. Em 1991, a mortalidade por 100 000 habitantes em Portugal era sobreponível à da França, inferior à do Reino Unido e Finlândia, mas superior à dos EUA e Canadá.

Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento significativo de doentes internados por DPOC, embora com uma variação incerta de ano para ano, mas que na globalidade se situa nos 28% quando comparado o ano de 1990 com 1993.

É previsível um aumento do número de doentes

com DPOC relacionados com o incremento e manutenção de hábitos tabágicos e poluição ambiental.

A evicção dos factores de risco, poderá desempenhar um papel importante no prognóstico destes doentes, mas a sua inserção precoce num *programa de reabilitação respiratória* é duma importância vital na melhoria do seu bem estar e reintegração social.

O carácter incapacitante da doença associado ao crescente número de casos que obrigam ao internamento hospitalar, levou-nos à realização de um estudo num ponto de tempo em que foi avaliado o perfil sócio-económico e cultural do doente com DPOC.

MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se à triagem de todos os doentes internados por DPOC no Serviço de Pneumologia do H. S. João, no período decorrido entre 18 de Novembro de 1996 e 18 de Novembro de 1997.

Foi aplicado um protocolo (em anexo) em que para além das características gerais da população (sexo, idade, raça) foram analisados os factores de ordem social, profissional e cultural que, de algum modo, contribuíram para o aparecimento da doença e condicionam o desenvolvimento da mesma.

Também foram analisados, de um modo particular,

os hábitos tabágicos (provado que está a relação causal tabaco – insuficiência respiratória) e o programa de oxigenoterapia no domicílio.

RESULTADOS

Foram analisados os protocolos de 76 doentes e verificou-se que 64 pertenciam ao sexo masculino (84.2%) e 12 ao sexo feminino (15.8%), constatando-se um maior número de casos na faixa etária entre os 61 e 70 anos (Fig. 1), sendo a idade média de 61 anos (mínimo de 31 e máximo de 86 anos).

Todos os casos eram de raça caucasiana.

Relativamente ao estado civil e habilitações literárias, constatou-se que quase $\frac{3}{4}$ eram casados e mais de $\frac{2}{3}$ apenas completou o ensino básico. Verificou-se também que quase $\frac{1}{4}$ eram analfabetos (Quadro I).

Em relação à proveniência geográfica dos doentes (Fig. 2), verificou-se que quase metade (45%) pertenciam à Área Metropolitana do Porto (AMP), com predominância para os concelhos da Maia, Gondomar e Valongo.

A população estudada pertencia maioritariamente à classe IV da Classificação Social de Graffar (59.2%), sendo de registar que 17% se insere na classe mais baixa (Quadro II).

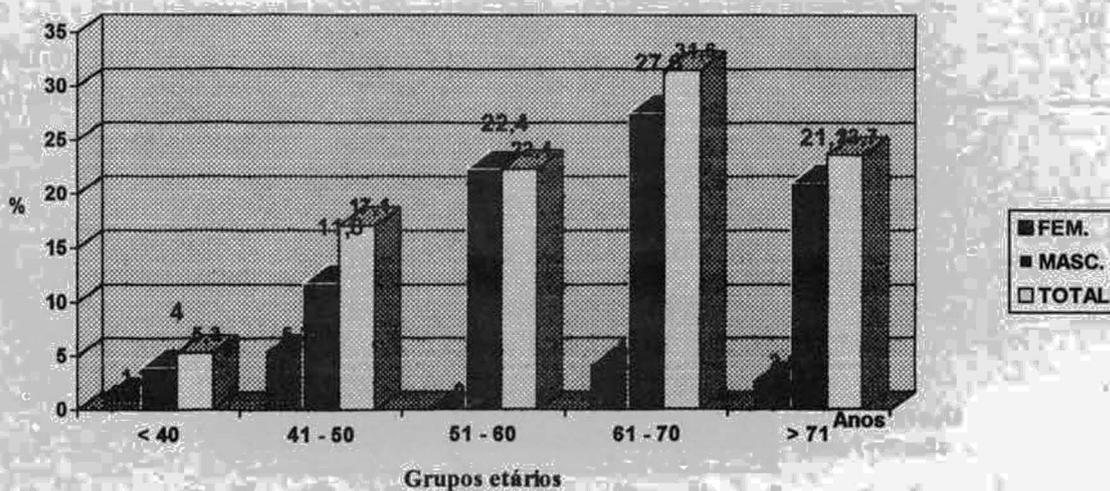


Fig. 1 – Distribuição por grupos etários e por sexo

QUADRO I

Distribuição por Habilitações literárias

Habilitações literárias	Nº	%
Analfabeto	16	21.1
Ensino Básico	52	68.4
Ensino Preparatório	2	2.6
Ensino Secundário	3	3.9
Ensino Superior	3	3.9

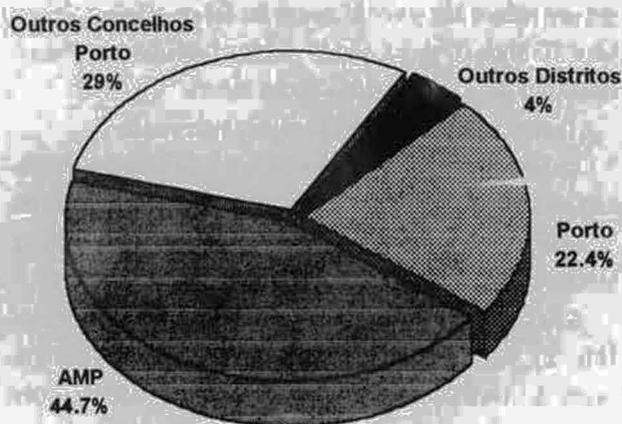


Fig. 2 - Distribuição por proveniência geográfica

QUADRO II

Classificação Social de Graffar

Graffar	Nº	%
II	2	2.6
III	16	21.1
IV	45	59.2
V	13	17.1

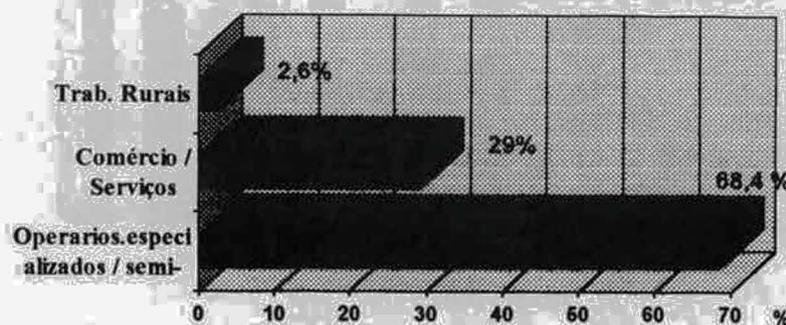


Fig. 3 - Distribuição por actividade profissional

No que diz respeito à profissão, mais de $\frac{2}{3}$ dos doentes tinha ou tiveram actividades na área do operariado especializado e semi-especializado, concentrando-se maioritariamente em profissões do operariado da construção civil, fabril e minas (Fig. 3). De salientar ainda, que ao nível da situação profissional (Fig. 4), observou-se que mais de $\frac{3}{4}$ dos doentes estavam reformados, na sua grande maioria por invalidez.

Do ponto de vista habitacional, verificou-se que mais de metade da população residia em zona urbana, repartindo-se praticamente meio por meio entre casa própria e alugada. Quanto ao tipo de habitação, quase metade dos doentes residia em casa independente (habitação intermédia entre moradia e tipo ilha), $\frac{3}{4}$ tinha W.C. no interior da residência, mais de $\frac{2}{3}$ tinha água fornecida pelos serviços municipalizados e apenas num caso não havia energia eléctrica (Quadro III).

Ao nível da composição do agregado familiar, mais de metade dos doentes estão inseridos em agregados familiares de 2 a 3 elementos, incluindo o doente, registando-se apenas 4 pessoas a viver só (Fig. 5).

Relativamente à situação económica do doente e atendendo ao vencimento do próprio, constatou-se que quase metade auferia abaixo de 31.000\$00, correspondendo $\frac{1}{4}$ dos casos à pensão mínima do regime geral (30.000\$00). De acrescentar que a média de vencimento se centrava nos 57.000\$00, encontrando-se 75% abaixo dos 66.000\$00 (Quadro IV).

Quanto à principal fonte de rendimento familiar, quase metade correspondia ao próprio doente, o que

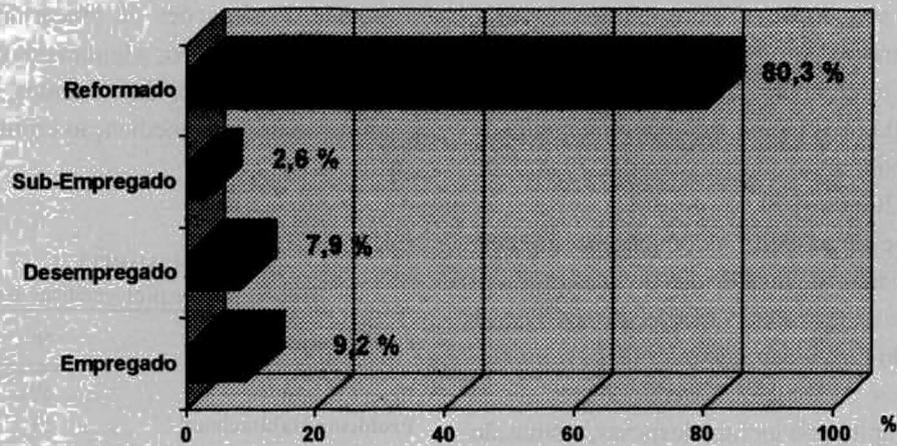


Fig. 4 – Distribuição por situação profissional

QUADRO III

Distribuição por localização WC, esgotos, proveniência da água e electricidade

WC	N	%	Água	N	%
Interior	57	75.0	Poço/Fonte	24	31.6
Exterior	19	25.0	Ser. Munic.	52	68.4
Esgotos	N	%	Electricidade	N	%
Sim	57	75.0	Sim	75	98.7
Não	19	25.0	Não	1	1.3

QUADRO IV

Distribuição por escalões de vencimento do próprio

Escalões	Nº	%
≤ 31 c	31	40.8
32 c-70 c	31	40.8
71 c-110 c	5	6.6
111 c-150 c	4	5.2
≥ 151 c	5	6.6

c = contos

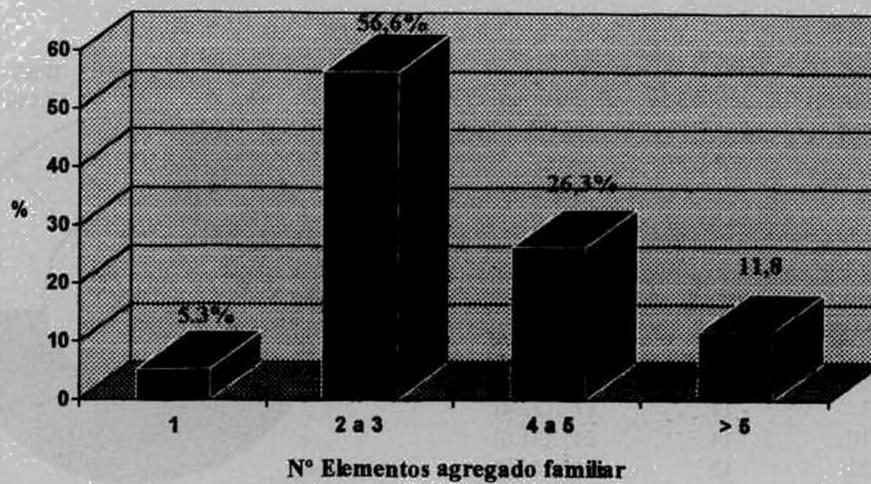


Fig. 5 – Composição do agregado familiar

de acordo com o vencimento dos doentes anteriormente referido, não indica bom prognóstico económico.

Analisado o rendimento familiar, que variava de 23.000\$00 a 500.000\$00, apresentava uma média de 153.000\$00, encontrando-se $\frac{1}{4}$ abaixo dos 79.000\$00 e $\frac{3}{4}$ abaixo dos 200.000\$00.

Finalmente, e no respeito à situação económica, constatou-se que mais de metade dos doentes apresentava um rendimento percapita situado entre os 32 e os 70.000\$00, sendo de registar que mais de $\frac{1}{4}$ se encontrava abaixo dos 31.000\$00. Atendendo a que o rendimento percapita não incluía despesas, a situação aponta para níveis mais preocupantes (Quadro V).

QUADRO V
Distribuição por rendimento percapita

Rendimento	Nº	%
≤31 c	21	27,6
32 c-70 c	42	55,3
71 c-110c	13	17,1

c = contos

Analisando as vertentes dos hábitos tabágicos e oxigenoterapia no domicílio, verificou-se que 77,6% fumava e/ou tinha abandonado o consumo e quase metade dos doentes tinha necessidade de fazer oxigénio em casa. De salientar que destes últimos, a quase totalidade fumava ou era ex-fumador, aliás de acordo com a relação causal tabaco – declínio da função respiratória (Quadro VI).

Relativamente às problemáticas sociais associadas à patologia em causa, registou-se a existência de mais

QUADRO VI
Distribuição por hábitos tabágicos e oxigenoterapia no domicílio

Tabaco	Oxig. Domic.		Total
	Sim	Não	
Não Fumador	3	14	17 (22,4)
Fumador	10	14	24 (31,6)
Ex-Fumador	23	12	35 (46,0)
Total (%)	36 (47,6)	40 (52,4)	76 (100,0)

de metade de situações de precaridade económica, facto este previsível após a leitura dos dados referentes à situação económica dos doentes, agravada com custos acentuados de medicação crónica dos mesmos (Quadro VII).

QUADRO VII
Distribuição das problemáticas associadas

Problemáticas	Nº	%
Prec. Económica	49	52,1
Problema Habitacional	11	11,7
Reside só	4	4,3
Alcoolismo	12	12,8
S/ Problema	18	19,1

Por último, e em relação à intervenção social realizada, mais de $\frac{2}{3}$ das situações foram encaminhadas para o Centro Regional de Segurança Social (CRSS) da área de residência do doente, maioritariamente para apoio económico do próprio (principalmente para medicação) e/ou agregado familiar; em 17% dos casos foi necessário recorrer ao apoio de Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), mais concretamente na frequência de centros de dia e/ou apoio domiciliário; e 14,5% tiveram como resultado o encaminhamento para as respectivas Câmaras Municipais – 2 realojamentos em habitação social camarária e 5 pedidos para obras de melhoria da habitação (Fig. 6).

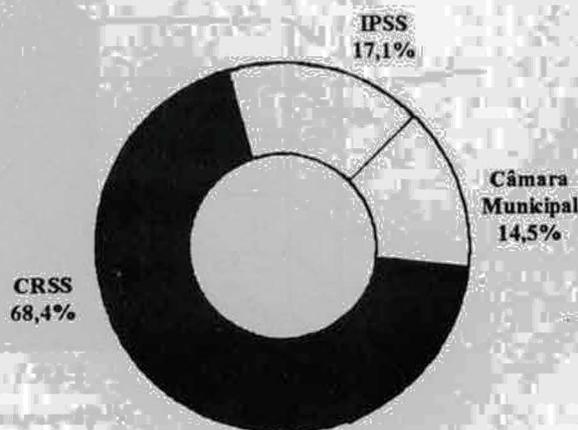


Fig. 6 – Intervenção Social realizada

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Da análise dos resultados é notório que o doente com DPOC do Serviço de Pneumologia era predominantemente do sexo masculino, todos de raça branca, de idade média no grupo etário entre os 61 e os 70 anos, casado e residente na AMP.

Tinha ocupação laboral na área do operariado especializado e semiespecializado (com predomínio das actividades na construção civil, fábricas e mina), estava reformado e tinha o ensino básico.

Socialmente enquadrava-se na classe IV da Classificação Social de Graffar e tinha associado problemas de carência económica.

Residia em zona urbana (maior poluição ambiental) em habitação independente e com condições normais de habitabilidade.

Predominantemente tinha abandonado o consumo de tabaco e estava dependente de oxigénio no domicílio. Curiosamente, e relativamente a estes últimos, mais de $\frac{1}{4}$ continuam a fumar, mesmo sabendo dos grandes condicionalismos que o tabaco provoca em termos de qualidade de vida. Este valor dos fumadores aumenta para cerca de 32% nos casos index, independentemente de fazer oxigenoterapia ou não. Neste aspecto é evidente a necessidade de novas estratégias para a promoção/educação para a saúde no que respeita à evicção do tabaco, provado que está a sua importância no prognóstico destes doentes.

De acordo com a leitura anterior e com a literatura existente, pode-se dizer que a DPOC insinua-se como um importante problema de saúde pública com custos sociais elevados, afectando sobretudo as pessoas socialmente mais desfavorecidas, mesmo na fase mais produtiva das suas vidas, levando-as à reforma antecipada e, geralmente de baixo valor.

Por este motivo são pessoas pouco esclarecidas e de difícil informação. A comunicação nem sempre cumpre a sua função e o conhecimento e esclarecimento devido, dilui-se. O cumprimento do tratamento fica assim, na maior parte das vezes, comprometido. Os doentes aderem ao tratamento não obstante a dificuldade funcional e as condicionantes económicas sentidas, porém o desconhecimento que têm da doença leva-os por vezes a cumprir mal o tratamento.

Certo de que os doentes com DPOC sentem a implicação hospitalar que se pretende transmitir, para a realizar cabalmente é necessário um investimento cada vez maior a nível de disponibilidade e multidisciplinaridade.

É imperiosa a efectivação da equipa interdisciplinar de Reabilitação Respiratória, actuando no sentido de selecção, educação (dos doentes e seus familiares) e apoio a doentes candidatos à Assistência Respiratória Domiciliária, em ligação ao médico assistente e aos centros de apoio domiciliários.