

DPOC: um problema de saúde pública, um problema de todos

Hisbello S. Campos

Médico do Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, MS

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), cuja patogenia envolve a interação entre fumaça do tabaco e/ou outros poluentes atmosféricos, proteinases, produtos oxidantes, células inflamatórias e predisposição genética, finalmente foi reconhecida como um sério problema de Saúde Pública. Sob qualquer perspectiva, seu impacto é grande e crescente: no doente, ela progride inexoravelmente, podendo levar à invalidez respiratória; sobre a Sociedade, os prejuízos financeiros vêm aumentando. A DPOC é responsável por um enorme custo financeiro. Globalmente, combinando a prevalência da doença com seu impacto, ela promove gastos da ordem de US\$ 1.522 por doente por ano, quase três vezes o custo *per capita* da asma¹. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), hoje ela é a sexta causa de morte em todo o mundo e, em 2020, será a terceira. A DPOC é uma das principais causas de morbidade crônica e de mortalidade no mundo² e essa perspectiva tende a piorar. Ela é a única, dentre as principais doenças, que vem crescendo em prevalência e em mortalidade. A OMS e o Banco Mundial (BM) estimaram, em 1990, que a prevalência da DPOC fosse da ordem de 9,33 por 1.000 homens e de 7,33 por 1.000 mulheres³. Naquele ano, ela ocupava o 12º lugar no *ranking* das causas de *anos de incapacitação ajustados pela idade (disability-adjusted life years - DALYs)*. Estima-se que, em 2020, ela esteja ocupando o 5º lugar. Os dois principais fatores para seu crescimento são o envelhecimento da população e o sucesso da publicidade do fumo.

É impressionante verificar que, mesmo diante da demonstração irrefutável de que os programas

antitabágicos, a reabilitação pulmonar e a oxigenioterapia apresentam altos índices de custo-benefício até em estágios avançados da doença, ainda se observa comportamento niilista por parte da classe médica, seja na forma como aborda o doente, seja na maneira como informa a população. A redução que vem sendo observada na morbidade prematura e na mortalidade por doenças cardiovasculares pode ser atribuída à conscientização do público e dos médicos do papel da hipertensão arterial subtratada e dos níveis elevados do colesterol como importantes fatores de risco. Grande parte das pessoas comenta sobre seus níveis tensionais arteriais e sobre seus valores de colesterol, reconhece a importância da prevenção do sedentarismo, sabe dos malefícios do fumo e do excesso de álcool. Rotineiramente, durante uma consulta médica, a pressão arterial é medida. De tempos em tempos, os níveis de gordura no sangue são medidos, em parte das vezes, a pedido do próprio cliente. Entretanto, esse tipo de atitude não vem sendo observada na DPOC. O aconselhamento antitabágico não é parte obrigatória da consulta médica; a espirometria é subempregada. Enquanto todos os consultórios, clínicas e até mesmo farmácias dispõem de um esfigmomanômetro, o uso de medidas espirométricas simples é muito limitado. Está demonstrado que a identificação de anormalidades leves, mas clinicamente significantes, no fluxo aéreo de indivíduos jovens e de meia-idade é possível pela espirometria. Nessa fase, o aconselhamento sobre a importância de parar de fumar e a abordagem medicamentosa adequada podem ser instrumentos para a “cura” da doença naqueles indivíduos.

Até há algum tempo, mínimas eram as perspectivas de sucesso terapêutico uma vez instalada a doença. Aceitava-se que a evolução da disfunção respiratória era inexorável e a medicação apenas um paliativo sintomático. Felizmente, esse não é o panorama atual. Os estudos sobre a corticoterapia inalatória na DPOC não mostraram qualquer interferência no declínio da função pulmonar associado à doença, mas indicaram que esses fármacos podem reduzir o número de exacerbações, que estão relacionadas à qualidade de vida do doente. O uso de beta 2 de longa duração por longo prazo reduz a dispnéia e traz ganhos na função pulmonar⁴. O uso associado do beta 2 de longa duração ao corticosteroide inalatório reduz a mortalidade e o número de exacerbações⁵. Um novo fármaco, o tiotrópio, vem mostrando resultados promissores a curto prazo⁶, havendo, inclusive, estudos em andamento visando a avaliar seus resultados a longo prazo. Técnicas endoscópicas e cirúrgicas vêm sendo aprimoradas e podem vir a somar. Enfim, hoje, há meios de retardar a evolução do declínio da função pulmonar, possibilitando oferecer qualidade de vida ao portador da DPOC.

Mesmo sendo alta e crescente, a mortalidade por DPOC é subestimada em função de falhas na classificação diagnóstica e de comorbidades freqüentes. O prognóstico da doença é grave; a sobrevivência depois de dez anos do diagnóstico clínico gira em torno de 50% entre aqueles que persistem fumando e é próxima de 80% entre os que param de fumar⁷. Aparentemente, a idade e o valor do VEF₁ são os principais preditores de morte, embora outros parâmetros pulmonares e cardiovasculares, além do número de comorbidades e do estado nutricional, também estejam associados à sobrevivência na DPOC. Pouco se sabe sobre as causas específicas de morte na DPOC, mas certamente elas são multifatoriais. Como apresentado num artigo publicado neste número da Pulmão-RJ, no Brasil, com base nos dados oficiais de mortalidade, o número de mortes por DPOC notificadas aumentou significativamente (9.358 mortes em 1980 e 30.801 em 1998; 229% de incremento).

Isso representou, em 1988, 3,5 mortes notificadas por hora em nosso país.

Se todos trabalharmos contra a DPOC, informando sobre a doença; esclarecendo sobre os malefícios do fumo, buscando o diagnóstico precoce e tratando adequadamente os doentes, poderemos reduzir o impacto dessa doença sobre o nosso povo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Fiedman M, Hilleman DE. Economic burden of chronic obstructive pulmonary disease. Impact of new treatment options. *Pharmacoeconomics* 2001;19(3): 245-54.
- 2 - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, 2001; NIH Publication No 2701:1-100.
- 3 - Murray CJL, Lopez AD et al. The global burden of disease: a comprehensive assesment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1996.
- 4 - Ramirez-Venegas A, Ward J, Lentine T, MAhler DA. Salmeterol reduces dyspnea and improves lung function in patients with COPD. *Chest* 1999;112:336-40.
- 5 - Calverly P, PAuwels R, Vestbo J e cols. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:449-56.
- 6 - Casaburi R, Mahler DA, Jones PW e cols. A long term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2002;19: 217-24.
- 7 - Fletcher CM, Peto R et al. The Natural History of Chronic Bronchitis and Emphysema. Oxford, Oxford University Press, 1976. ■