

ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS: ADEQUADA OU PRECÁRIA?

COSTA, Lilian Calazans¹
OLIVEIRA, Cyntia Ferreira
MAZZOLI-ROCHA, Flavia

RESUMO

As doenças respiratórias crônicas possuem papel de destaque na morbidade da população, sendo frequente causa de absenteísmo na escola e no trabalho e de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde. O objetivo do presente estudo foi revisar a literatura a respeito do impacto das doenças respiratórias crônicas e a assistência à saúde relacionada a estes pacientes. A literatura demonstra que apesar da incidência crescente de doenças respiratórias crônicas ao longo das décadas, a assistência secundária a tais pacientes permanece precária, contribuindo para frequentes exacerbações e internações hospitalares.

Palavras chaves: Doenças respiratórias crônicas; saúde pública; reabilitação cardiopulmonar.

ASSISTANCE TO PATIENTS WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASES: ADEQUATE OR PRECARIOUS?

ABSTRACT

Chronic respiratory diseases play a prominent role in the morbidity of the population, with frequent causes of absenteeism at school and at work and hospitalization in the Unified Health System. The goal of this study was to review the literature on the impact of chronic respiratory diseases and the health care related to these patients. The literature shows that despite the increasing incidence of chronic respiratory diseases, the secondary care to these patients remains precarious, contributing to frequent exacerbations and hospitalizations.

Keywords: Chronic respiratory diseases; public health; cardiopulmonary rehabilitation.

INTRODUÇÃO

Doenças respiratórias crônicas

As doenças respiratórias crônicas e as doenças crônicas das vias respiratórias e de outras estruturas dos pulmões representam um grupo de doenças graves. As principais doenças respiratórias crônicas evitáveis incluem a asma e as alergias respiratórias, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), as doenças pulmonares ocupacionais, a síndrome de apneia do sono e a hipertensão arterial

¹ COSTA; OLIVEIRA; MAZZOLI-ROCHA, Coordenadoras dos cursos de Biologia, Nutrição e Fisiologia respectivamente do Centro Universitário Celso Lisboa.

pulmonar (BRASIL, 2010). Dentre os principais fatores de risco modificáveis das doenças respiratórias crônicas, podemos incluir: uso do tabaco, poluição ambiental e outras formas de poluição em espaços fechados, alergênicos e agentes ocupacionais. Apesar da prevenção destes fatores de risco possuir impacto significativo na morbidade e mortalidade, medidas preventivas eficazes são subvalorizadas e as doenças respiratórias evitáveis, insuficientemente diagnosticadas, tratadas e evitadas (BEAGLEHOLE; YACH, 2003; LAW *et al.*, 2005). Rinite alérgica, asma brônquica e DPOC representam as doenças respiratórias crônicas mais comuns, sendo considerados problemas de saúde pública. Centenas de milhões de pessoas de todas as idades sofrem dessas doenças em todos os países do mundo e mais de 500 milhões delas vivem em países em desenvolvimento (BRASIL, 2010).

A rinite alérgica, definida por inflamação aguda ou crônica, infecciosa, alérgica ou irritativa da mucosa nasal, apresenta dois componentes distintos e independentes que a classificam: gravidade (leve-moderada à grave) e persistência (intermitente ou persistente) (BRASIL, 2010; BOUSQUET *et al.*, 2012). Comumente, casos agudos são causados por vírus, enquanto casos crônicos ou recidivantes são induzidos por exposição à alérgenos, que, após sensibilização, desencadeiam resposta inflamatória mediada por imunoglobulina E (IgE) (BRASIL, 2010). Atualmente, representa um problema global de saúde pública, uma vez que constitui uma das doenças de maior prevalência entre as doenças respiratórias crônicas, acometendo cerca de 20 a 25% da população em geral. Apesar de apresentar sintomas de menor gravidade, estes são suficientes para afetar a qualidade de vida das pessoas, interferindo no período produtivo de suas vidas e causando prejuízos pelo absenteísmo ao trabalho e à escola. Além disso, por ser uma doença quase sempre sub-diagnosticada pelos profissionais de saúde, há falta de controle dos sintomas, resultando em frequentes atendimentos na Atenção Primária (LEYNAERT *et al.*, 2000). Pode ocorrer coexistência de rinite alérgica e asma brônquica, sendo a primeira considerada um fator de risco e marcador de gravidade da segunda (BRASIL, 2010).

A asma brônquica, reversível espontaneamente ou mediante tratamento, representa uma doença inflamatória crônica das vias respiratórias, associada à hiperreatividade das vias aéreas e à obstrução variável ao fluxo aéreo (GINA, 2013). Assim como a rinite alérgica, a asma brônquica classifica-se de acordo com

gravidade e persistência (BRASIL, 2010). Sua mortalidade parece ser elevada apenas em países onde o acesso a fármacos essenciais encontra-se reduzido. No entanto, calcula-se que 300 milhões de pessoas de todas as idades e etnias sofram dessa patologia, cuja prevalência aumentou nos últimos quatro anos em todos os países, em paralelo com as alergias. Acredita-se que o aumento da prevalência mundialmente observado esteja relacionado à urbanização das comunidades e mudança para estilos de vida modernos (LAW *et al.*, 2005). Com o aumento previsto da proporção da população mundial a viver em zonas urbanas para as próximas duas décadas, estima-se que haverá um incremento substancial no número de pessoas com asma brônquica. Calcula-se que, em 2025, poderá haver mais de 100 milhões de pessoas com a doença (MASOLI *et al.*, 2004). A asma brônquica, limitada por sintomas respiratórios, prejudica o rendimento laboral e escolar, bem como a vida social, reduzindo qualidade de vida (LEYNAERT *et al.*, 2000).

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), caracterizada por limitação ao fluxo aéreo pulmonar, parcialmente reversível e geralmente progressiva, representa uma doença heterogênea com diversas apresentações clínicas (BRASIL, 2010; GOLD, 2014). Apesar de a classificação em bronquite crônica e enfisema pulmonar permanecer em nível nacional, já não fazem parte da definição atual de DPOC em nível mundial (GOLD, 2014). A anomalia básica em todos os doentes com DPOC é a limitação ao fluxo aéreo, podendo ser leve, moderada, grave ou muito grave. Assim, os especialistas da Global Initiative for Obstructive Lung Diseases (GOLD – Iniciativa Global para as Doenças Pulmonares Obstrutivas) definiram a doença com base em critérios espirométricos, através da utilização do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) e da sua relação com a capacidade vital forçada - CVF (VEF_1/CVF), após prova broncodilatadora. O principal critério para o diagnóstico da DPOC é o coeficiente $VEF_1/CVF < 70\%$ (GOLD, 2014). A DPOC constitui um problema de saúde pública grave nos indivíduos com mais de 40 anos de idade e, futuramente, permanecerá um desafio. Trata-se de uma das principais causas de mortalidade e morbidade crônica (MATHERS; LONCAR, 2006), prevendo-se que, em 2030, atinja o sétimo lugar em termos de peso de doença em nível mundial (GOLD, 2014). Nas próximas duas décadas, a subida da morbidade e mortalidade devido à DPOC será mais dramática nos países asiáticos e africanos, sobretudo devido ao aumento progressivo da prevalência do consumo de tabaco (CHAPMAN *et al.*, 2006). Mesmo que os fatores de risco fossem evitados neste momento, as

consequências da DPOC manter-se-iam durante várias décadas, devido ao desenvolvimento lento da doença (LOPEZ *et al.*, 2006).

Impacto das doenças respiratórias crônicas na saúde pública

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças respiratórias constituem importante causa de mortalidade mundial em adultos e crianças, representando cerca de 10% do total de mortes em países desenvolvidos e 5% em países em desenvolvimento (OMS, 2012). Adicionalmente, estas doenças possuem papel de destaque na morbidade da população, sendo frequente causa de absenteísmo na escola e no trabalho, com importante impacto social, além de exercer enorme pressão sobre os serviços de saúde (BEAGLEHOLE; YACH, 2003). Entre as principais causas de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), as doenças respiratórias (tanto agudas como crônicas) ocuparam o segundo lugar em frequência, sendo responsáveis por aproximadamente 16% de todas as internações em nível nacional nos últimos anos (DATASUS, 2010). Dados prévios do DATASUS referentes à Região Sudeste, apontam que as doenças respiratórias crônicas foram responsáveis por 367.632 internações, com gastos estimados de serviços hospitalares superiores a 250 milhões de reais. Dos pacientes internados, 17.641 foram a óbito, permanecendo a taxa de mortalidade nos últimos quatro anos de 5%, sendo esta a maior taxa de mortalidade entre as regiões do Brasil (DATASUS, 2010). Além do impacto sobre a morbimortalidade, as doenças respiratórias contribuem na manutenção de altos índices de incidência e prevalência, tanto em crianças como em adultos. Estima-se que cerca de 40 milhões de crianças, menores de cinco anos, adquirem pneumonia anualmente e que entre 5% a 15% dos adultos em países industrializados têm doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (BEAGLEHOLE; YACH, 2003).

Considerando que estas doenças crônicas se caracterizaram pela presença de respostas complexas em longo prazo, faz-se necessário fornecer, aos pacientes, cuidados de diversos grupos de profissionais de saúde, incluindo aporte medicamento, infraestrutura para reabilitação e intervenções de caráter social. Contudo, atualmente, as doenças crônicas têm sido mundialmente negligenciadas no âmbito da saúde e desenvolvimento, sendo a prestação de cuidados de saúde estruturada fundamentalmente para atender aos episódios agudos (OMS, 2012). Em

paralelo, as doenças crônicas limitam o crescimento econômico e reduzem o potencial de desenvolvimento dos países, especialmente os que se encontram em desenvolvimento. Constituem, por isso, um grave problema de saúde pública em todos os países do mundo, sobretudo naqueles com baixos e médios rendimentos e no caso das populações desfavorecidas (BRASIL, 2010).

Diante de tantas complicações relacionadas a todas as doenças respiratórias crônicas, reabilitação pulmonar torna-se de extrema importância para esses pacientes, sendo recomendada pelo Caderno de Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Assistência às doenças respiratórias crônicas

Um programa de reabilitação pulmonar visa a um tratamento integrado e individualizado, com o objetivo de reduzir os sintomas respiratórios, bem como otimizar a capacidade funcional e emocional do indivíduo na realização das atividades de vida diária. Adicionalmente, contribui para o aumento na participação social, melhora da qualidade de vida e redução de custos relacionados com serviços de saúde por meio da estabilização das manifestações sistêmicas da doença (ATS/ERS, 2006; BRASIL, 2010; GOLD, 2014).

No entanto, as doenças respiratórias crônicas abrangem uma série de problemas extrapulmonares que muitas vezes não podem ser solucionados pelo tratamento farmacológico, principalmente em pacientes com DPOC (que afetam mais comumente pacientes com estágio II, III e IV da doença) (GOLD, 2014). A sobrecarga da musculatura respiratória acessória representa fato comum em pneumopatas, principalmente durante atividades cotidianas envolvendo músculos dos membros superiores (CELLI, 1994). Além disso, pneumopatas apresentam descondicionamento físico, intolerância ao exercício e hipotrofia muscular, bem como isolamento social e alteração do estado emocional (depressão) (ALIVERTI; MACKLEM, 2008; DEBIGARE; MALTAIS, 2008; O'DONNELL; WEBB, 2008; GOLD, 2014). Por isso, programas de reabilitação cardiopulmonar devem incluir exercícios respiratórios diafragmáticos, treinamento físico, assistência farmacológica, nutrição, medidas visando maior interação social e disseminação de conhecimento sobre a doença e sobre o processo de reabilitação para a comunidade envolvida (BRASIL, 2010; GOLD, 2014). Dessa forma, um programa completo de reabilitação

cardiopulmonar fornece benefícios adicionais, resultando em importante redução da dispnéia, melhora do condicionamento cardiopulmonar e da qualidade de vida (LOTTERS *et al.*, 2002; MAGADLE *et al.*, 2007; O'BRIEN *et al.*, 2008; BRASIL, 2010).

A reabilitação cardiopulmonar voltada para pacientes com doença respiratória crônica poderia ser benéfica e mais completa, já que beneficia tanto a minimização de sintomas respiratórios como cardiovasculares (CARVALHO, 2006; O'BRIEN *et al.*, 2008), integrando a presença de diversas patologias, sem deixar de respeitar possíveis particularidades. Apesar do elevado grau de recomendação e evidências científicas, existem pouquíssimos centros de reabilitação cardiopulmonar estruturados e de fácil acesso para esses pacientes no território nacional. Políticas devem ser adotadas para desenvolvimento de locais apropriados para o programa, bem como para divulgação destes à comunidade (BORGHI-SILVA *et al.*, 2014). Os pacientes portadores de doenças respiratórias crônicas carecem de locais com infraestrutura adequada e profissionais qualificados em reabilitação cardiopulmonar.

CONCLUSÃO

Apesar da incidência crescente de doenças respiratórias crônicas, a assistência secundária a tais pacientes permanece precária, contribuindo para frequentes exacerbações e internações hospitalares.

REFERÊNCIAS

ALIVERTI, A.; MACKLEM, P. T. The major limitation to exercise performance is COPD is inadequate energy supply to the respiratory and locomotor muscles. **J Appl Physiol** 105: discussion 755-757, 2008.

ATS/ERS, American Thoracic Society/ European Respiratory Society Statement on pulmonary rehabilitation. Nici et al. **Am J Respir Crit Care Med** 173: 1390-1413, 2006.

BEAGLEHOLE, R.; YACH, D. Globalization and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. **Lancet** 362(9387): 903-908, 2003.

BORGHI-SILVA, A.; MENDES, R. G.; TRIMER, R.; CIPRIANO JR. G. **Current trends in reducing cardiovascular disease risk factors from around the world: focus on cardiac rehabilitation in Brazil.** *Progress in Cardiovascular Diseases* 56: 536 - 542, 2014.

BOUSQUET, J.; SCHÜNEMANN, H. J.; SAMOLINSKI, B.; DEMOLY, P.; BAENA-CAGNANI, C. E.; BACHERT, C.; BONINI, S.; BOULET, L. P. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. *American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. J Allergy Clin Immunol* 130: 1049-1062, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas.** Série A. Normas e manuais técnicos - Cadernos de Atenção Básica n. 25, 2010.

CARVALHO, T. *et al.* Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Arq Bras Cardiol* 86, 2006.

CELLI, B. R. The clinical use of upper extremity exercise. *Clin Chest Med* 15(2): 339-349, 1994.

CHAPMAN, K. R.; MANNINO, D. M.; SORIANO, J. B.; VERMEIRE, P. A.; BUIST, A. S.; THUN, M. J.; CONNELL, C.; JEMAL, A.; LEE, T. A.; MIRAVITLLES, M.; ALDINGTON, S.; BEASLEY, R. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 27(1): 188-207, 2006.

DATASUS, Ministério da Saúde Brasil. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), 2010.** <http://tabnet.datasus.gov.br>. Data de acesso: 15/11/2014.

DEBIGARE, R.; MALTAIS, F. The major limitation to exercise performance in COPD is lower limb muscle dysfunction. *J Appl Physiol* 105: discussion 755-757, 2008.

GINA, Global Initiative for Asthma. Report, **Global strategy for asthma management and prevention**, 2013.

GOLD – **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention.** A guide for health care professionals - GOLD Inc. Updated 2014.

LAW, M.; MORRIS, J. K.; WALD, N.; LUCZYNSKA, C.; BURNEY, P. Changes in atopy over a quarter of a century, based on cross sectional data at three time periods. *BMJ* 330: 1187-1188, 2005.

LEYNAERT, B.; NEUKIRCH, C.; LIARD, R.; BOUSQUET, J.; NEUKIRCH, F. Quality of life in allergic rhinitis and asthma. A population-based study of young adults. *Am J Respir Crit Care Med* 162(4): 1391-1396, 2000.

LOPEZ, A. D.; SHIBUYA, K. R. A. O. C.; MATHERS, C. D.; HANSELL, A. L.; HELD, L. S.; SCHMID, V.; BUIST, S. **Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections.** *Eur Respir J* 27(2): 397-412, 2006.

LOTTERS, F.; VAN TOL B.; KWAKKEL, G.; GOSELINK, R. Effects of controlled inspiratory muscle training in patients with COPD: a metaanalysis. **Eur Respir J** 20(3): 570-577, 2002.

MAGADLE, R.; MCCONNELL, A. K.; BECKERMAN, M.; WEINER, P. Inspiratory muscle training in pulmonary rehabilitation program in COPD patients. **Respir Med** 101(7): 1500-1505, 2007.

MASOLI, M.; FABIAN, D.; HOLT, S.; BEASLEY, R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report. **Allergy** 59: 469-478, 2004.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. **Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030**. PLoS Medicine e442, 2006.

O'BRIEN, K.; GEDDES, E. L.; REID, W. D.; BROOKS, D.; CROWE, J. Inspiratory muscle training compared with other rehabilitation interventions in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review update. **J Cardiopulm Rehabil Prev** Mar 28(2): 128-141, 2008.

O'DONNELL, D. E.; WEBB, K. A. The major limitation to exercise performance in COPD is dynamic hyperinflation. **J Appl Physiol** 105: discussion 755-755, 2008.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/CID-10**. 2012.