



DPOC: quanto mais tratar, melhor vai respirar. Será?

Paulo José Zimmermann Teixeira^{1,2,3,a}, Marcelo Ferreira Nogueira^{2,3,b}

A DPOC é a terceira causa de morte entre as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, e sua prevalência varia de acordo com a região e o índice de tabagismo.⁽¹⁾ Se antes o tratamento era extremamente limitado, baseado em broncodilatadores de curta duração, xantinas, corticoide inalatório (CI) e corticoide oral para os casos muito graves, hoje, decorridos alguns anos, os tratamentos são cada vez mais amplos e eficazes. Conhecer com precisão as indicações, as limitações e os potenciais riscos e benefícios de cada tratamento se torna um desafio, visto que é necessário modificar o pensamento simplista dos que insistem em manter o CI para todos e, além disso, a passividade dos que não utilizam nenhum tipo de *long-acting muscarinic antagonists* (LAMA, antagonistas muscarínicos de longa ação) como opção. Se no Brasil a tabela de honorários do Sistema Único de Saúde (SUS) não tem reajuste há vários anos porque, no imaginário dos gestores, médicos e hospitais sempre solucionarão todos os problemas, os técnicos responsáveis pelos protocolos assistenciais necessitam da informação de que esses pacientes podem respirar melhor, mesmo que a evidência, muitas vezes, não demonstre redução na mortalidade. A verdade é que já existe uma ampla base de dados que justifique modificar a nossa maneira de olhar e tratar o paciente portador de DPOC na prática clínica pública e privada no Brasil.^(2,3)

No presente número do JBP, Pinto et al.⁽⁴⁾ demonstram com muita elegância a triste situação terapêutica da DPOC no sistema público do Brasil. Trata-se de um estudo transversal envolvendo pacientes com diagnóstico clínico e espirométrico de DPOC, de moderada a grave, encaminhados da Rede de Atenção à Saúde do SUS do Estado da Bahia para o ambulatório de referência. O estudo⁽⁴⁾ demonstra a realidade do SUS no Brasil, ressaltando que a abordagem é diferente entre os estados, pois essa depende fortemente da condição econômica, ainda que existam tentativas de várias sociedades estaduais em sensibilizar os gestores para a criação de protocolos assistenciais para tratar adequadamente os pacientes com DPOC.

No estudo de Pinto et al.,⁽⁴⁾ os autores incluíram 383 pacientes classificados pela gravidade conforme os critérios da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD; critérios A, B, C e D) e do Ministério da Saúde (moderada, grave ou muito grave), que foram questionados sobre o uso de medicamentos para a DPOC e com posterior avaliação da adequação ou inadequação do tratamento (subtratamento ou sobretratamento) em relação às diretrizes nacionais e internacionais.

A grande maioria dos pacientes (70,5%) pertencia ao grupo de maior risco (GOLD D) e do grupo grave segundo os critérios espirométricos (48,8%). O estudo⁽⁴⁾ demonstrou que 63,7% dos pacientes da amostra foram tratados de forma inadequada, não seguindo as diretrizes nacionais. O subtratamento pôde ser demonstrado no estudo porque apenas metade da amostra utilizava um broncodilatador de longa duração, mesmo que 80% dos pacientes apresentasse um escore na escala de dispneia *Medical Research Council* ≥ 2 e que 85,1% da amostra estivesse com maior risco de exacerbação (GOLD C e D), caso em que o LAMA tem sua indicação assegurada, mas apenas 9,7% da amostra o utilizava. Além disso, mais da metade dos pacientes subtratados não usava nenhuma medicação, demonstrando aqui, talvez, uma falha de orientação na importância do tratamento continuado. Outro estudo brasileiro,⁽⁵⁾ realizado em Santa Catarina com 50 pacientes hospitalizados demonstrou inadequação de 74% com relação às diretrizes nacionais e 38% de subtratamento. Juntam-se ainda dados do Rio Grande do Sul,⁽⁶⁾ onde 161 pacientes com DPOC foram encaminhados para reabilitação pulmonar, na sua grande maioria oriunda do ambulatório do SUS de duas instituições. Entre aqueles classificados como GOLD A, 51,3% estavam recebendo CI desnecessariamente, e apenas 35,2% dos pacientes classificados como GOLD D recebiam LAMA associado a *long-acting* β_2 agonists (LABA, β_2 -agonistas de longa duração) + CI, apesar de os pacientes GOLD C e D ter apresentado melhor concordância de tratamento com a preconizada pelo GOLD (82,1% e 95,2%, respectivamente).⁽⁶⁾

No estudo de Pinto et al.,⁽⁴⁾ o sobretratamento foi significativamente mais frequente nos portadores de DPOC moderada e nos grupos de menor risco de exacerbação, representado pelo uso inadequado dos CIs, identificado em mais da metade dos indivíduos dos grupos GOLD A e B (54,5% e 54,3%, respectivamente), assim como em 46,2% dos portadores de DPOC moderada. Além da pouca utilização dos broncodilatadores de longa duração e da utilização demasiada dos CIs, demonstrado muito bem pelos autores, fatores tais como baixa escolaridade, baixa renda, não utilização de oxigenoterapia e ausência de vacinação anti-influenza também têm sido associados à inadequação do tratamento da DPOC.⁽⁵⁾

A recomendação atual de tratamento da DPOC se baseia no diagnóstico correto e nas características fenotípicas, especialmente se o paciente é exacerbador ou não. Em revisão recente,⁽³⁾ foi recomendado que, em pacientes com dispneia mais intensa e baixo risco de exacerbação,

1. Departamento de Clínica Médica, Disciplina de Pneumologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.

2. Pneumologista do Pavilhão Pereira Filho, Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.

3. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.

a. http://orcid.org/0000-0002-4906-6970; b. http://orcid.org/0000-0003-1765-3123

a dupla broncodilatação LABA + LAMA é indicada. Uma meta-análise também recente⁽⁷⁾ demonstrou que a associação LABA + LAMA + CIs reduziu o risco de exacerbação (RR = 0,70; IC95%: 0,53-0,94) e melhorou o VEF₁ de vale (diferença média = +37,94 ml; IC95%: 18,83-53,89) quando comparado com a associação LABA + LAMA. No entanto, o efeito protetor da terapia tríplice ocorreu especialmente naqueles que tinham contagem de eosinófilos sanguíneos ≥ 300 células/ μ l (RR = 0,57; IC95%: 0,48-0,68). Aquela meta-análise⁽⁷⁾ concluiu que pacientes em terapia broncodilatadora de longa duração única ou utilizando a associação LABA + LAMA que continuam exacerbando e têm eosinófilos ≥ 300 células/ μ l se beneficiariam da tripla terapia incluindo CI. O risco de pneumonia não foi maior nos pacientes em terapia tríplice quando comparado aos em monoterapia ou dupla terapia.

Em tempos de novas associações de LABA + LAMA e LABA + LAMA + CIs, a individualização do tratamento

será de fundamental importância. É sempre importante ressaltar que o tratamento farmacológico da DPOC deve ser complementado por medidas como a cessação do tabagismo, incentivo à atividade física, reabilitação pulmonar e vacinação.⁽³⁾ No entanto, toda essa nova evidência que se descortina não terá valor se esse conhecimento não for disseminado. Não podemos correr o risco de termos uma atenção básica que considera que todo paciente que apresenta chiado é portador de asma, que não valerá a pena fazer a espirometria, uma vez que a única alternativa terapêutica é LABA + CIs, e que acredita que, como LAMA foi aprovado para asma, prescrevendo LABA + LAMA + CIs tudo estará sendo tratado. Vamos evitar que o fenômeno ocorrido no Reino Unido no padrão de prescrição para DPOC em que todos migraram de LABA + CIs para LABA + LAMA + CIs⁽⁸⁾ não atinja nossos pacientes sem critérios claros e bem definidos. Afinal, se tratar menos pode fazer respirar menos, tratar demais não necessariamente fará respirar mais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Cadernos de Atenção Básica. no. 25. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [homepage on the Internet]. Bethesda: GOLD [cited 2019 Jan 10]. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD – 2019 Report. [Adobe Acrobat document, 155p.]. Available from: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>
3. Fernandes FLA, Cukier A, Camelier AA, Fritscher CC, Costa CHD, Pereira EDB, et al. Recommendations for the pharmacological treatment of COPD: questions and answers. *J Bras Pneumol.* 2017;43(4):290-301. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000153>
4. Pinto CR, Lemos ACM, Assunção-Costa LA, Alcântara AT, Yamamura LLL, Souza GS, et al. Management of COPD within the Brazilian Unified Health Care System in the state of Bahia: an analysis of real life medication use patterns. *J Bras Pneumol.* 2019;45(1):e20170194
5. Giacomelli IL, Steidle LJ, Moreira FF, Meyer IV, Souza RG, Pincelli MP. Hospitalized patients with COPD: analysis of prior treatment. *J Bras Pneumol.* 2014;40(3):229-37. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132014000300005>
6. Teixeira PJZ, Huber A, Colombo C, Canterle DB, Souza RM, Zulkoski AL, Costa CC. Concordância entre o tratamento preconizado pelo GOLD 2011 e o tratamento farmacológico utilizado *J Bras Pneumol.* 2013;39(Suppl 1R):R9-R9.
7. Cazzola M, Rogliani P, Calzetta L, Matera MG. Triple therapy versus single and dual long-acting bronchodilator therapy in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J.* 52(6). pii: 1801586.
8. Brusselle G, Price D, Gruffydd-Jones K, Miravittles M, Keininger DL, Stewart R, et al. The inevitable drift to triple therapy in COPD: an analysis of prescribing pathways in the UK. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015;10:2207-17.