

Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Sociodemographic and Clinical Profile of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

César de Andrade de Lima¹
Juliana da Rocha Cabral²
Camila França de Lima³
Jéssica de Oliveira Inácio⁴
Morgana Cristina Leôncio de Lima⁵
Regina Célia de Oliveira⁶
Maria Sandra Andrade⁷
Clarissa Mourão Pinho⁵

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes diagnosticados e internados com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de referência em pneumologia no Estado de Pernambuco no ano de 2018. Participaram do estudo 70 pacientes, utilizando-se um questionário sociodemográfico e clínico. A análise dos dados foi realizada mediante estatística descritiva, associação entre as variáveis e comparação das proporções percentuais, por meio do software Statistical Package for Social Science e teste Qui-quadrado. **Resultados:** Evidenciou-se um perfil predominante do sexo masculino, com idade ≥ 60 anos e baixa escolaridade. A maioria tem diagnóstico recente, são ex-tabagistas, com carga-tabágica elevada, fazendo uso de formoterol/budesonida e brometo de tiotrópio. Desse modo, a compreensão do perfil sociodemográfico e clínico de pacientes diagnosticados com doença pulmonar obstrutiva crônica no âmbito hospitalar são de suma importância para o planejamento de ações que visem à redução da gravidade da doença, estímulo ao tratamento e a mudanças comportamentais de vida. **Conclusão:** Conclui-se que qualificar as práticas multidisciplinares da equipe que presta a assistência aos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica favorece melhores condições clínicas, funcionais e de qualidade de vida. Apesar de caracterizar-se como uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, ainda constitui relevante problema de saúde pública, com destaque mundial.

DESCRIPTORES

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Assistência Hospitalar. Pneumopatias. Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and clinical profile of patients diagnosed and hospitalized with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in a reference hospital in pulmonology in the state of Pernambuco in 2018. 70 patients participated in the study, through a sociodemographic and clinical questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics, association between variables and comparison of percentage proportions, using the Statistical Package for Social Science software and the Chi-square test. **Results:** A predominant male profile is evident, aged ≥ 60 years and with low education. Most have a recent diagnosis, are ex-smokers, with a high smoking burden, using Formoterol/Budesonide and Tiotropium Bromide. Understanding the sociodemographic and clinical profile of patients diagnosed with COPD at the hospital level is of great importance for planning actions aimed at reducing the severity of the disease, stimulating treatment and behavioral changes in life. **Conclusion:** it is concluded that qualifying the multidisciplinary practices of the team that provides assistance favors better clinical, functional and quality of life conditions. Although it is characterized as a preventable and treatable respiratory disease, it is still a relevant public health problem, with worldwide prominence.

DESCRIPTORS

Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Hospital Assistance. Lung Diseases. Health Profile.

¹ Enfermeiro. Mestrando do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Enfermeira. Doutoranda do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Enfermeira. Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, Brasil.

⁴ Enfermeira. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Hospital Otávio de Freitas, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutoranda do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁶ Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Docente do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁷ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um termo clínico amplo, podendo ser definida como uma síndrome clínica caracterizada por sinais respiratórios crônicos, anormalidades pulmonares estruturais, comprometimento da função pulmonar ou a combinação destes, impactando diretamente na realização das atividades diárias e na qualidade de vida¹.

É uma doença pulmonar prevenível e tratável, porém, com altos números de morbimortalidade, onde anualmente cerca de 3 milhões de pessoas no mundo evoluem para óbito devido a DPOC, sendo esperado para 2030 que tal doença seja a terceira maior causa de mortes do mundo². No Brasil, no período entre 1998 a 2016 foram confirmados 790 mil óbitos por DPOC, sendo mais prevalente no sexo masculino e a Região Sul, por sua vez, apresentou a maior taxa de mortalidade³.

O processo-doença relacionado à DPOC é resultado da exposição por longos períodos a gases e partículas nocivas ao trato respiratório, associado a fatores relacionados ao indivíduo, como questões genéticas, hiperresponsividade das vias aéreas e desenvolvimento inadequado dos pulmões durante a infância. O tabaco também se constitui como um importante fator associado ao processo de adoecimento, porém, atualmente, a exposição ocupacional é enfatizada como um importante fator de risco a ser considerado⁴.

O tratamento da DPOC inclui métodos não-farmacológicos e farmacológicos e a adesão e persistência do tratamento influencia diretamente na qualidade de vida dos pacientes. O tratamento farmacológico é

dispendioso financeiramente, assim, desde 2013, o governo federal do Brasil distribui gratuitamente, pelo sistema único de saúde (SUS), os medicamentos do esquema terapêutico da DPOC, fato que pode ter relação com a diminuição da morbidade hospitalar em todas as regiões brasileiras⁵.

Contudo, não é incomum ocorrer variação na disponibilidade destes fármacos nos centros de referência, o que prejudica diretamente o esquema terapêutico dos pacientes, pois, o uso regular das medicações inalatórias resulta em menos exacerbações e hospitalizações^{5,6}.

Outro fator importante a ser discutido quanto ao tratamento da DPOC é a via de administração das medicações, o uso de medicações inalatórias é desafiador para os pacientes, uma vez que o conhecimento sobre a técnica inalatória e sua correta execução refletem na eficácia da medicação e, conseqüentemente, na evolução clínica da doença^{7,8}.

Diante deste contexto, ter o conhecimento acerca do perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com DPOC poderá subsidiar o fortalecimento da assistência prestada a estes pacientes em nível ambulatorial, possibilitando a tomada de medidas voltadas para a melhora da adesão medicamentosa e a qualidade de vida, bem como, a prevenção do internamento hospitalar.

A partir do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico de casos de pacientes diagnosticados e internados com doença pulmonar obstrutiva crônica em um hospital de referência.

METODOLOGIA

O estudo realizado é do tipo observacional e quantitativo, seguindo o delineamento descritivo e transversal. Foi realizado em enfermarias de pneumologia de um hospital de referência em doenças pulmonares do Estado de Pernambuco. Participaram do estudo os pacientes que deram entrada na unidade de internamento do hospital com diagnóstico de DPOC há pelo menos um ano, de ambos os sexos, que se encontravam internados há no mínimo uma semana. Excluiu-se àqueles com registro em prontuário de alteração cognitiva, diagnóstico de doença neurológica ou comprometimento do estado geral que impossibilitasse a participação na entrevista.

No período de coleta de dados, entre meses de maio a dezembro de 2018, foram internados na unidade estudada 203 pacientes com doenças pulmonares, sendo 70 pacientes com diagnóstico de DPOC e que respondiam aos critérios de inclusão deste estudo, constituindo a amostra populacional desta pesquisa.

Os participantes foram abordados e convidados a participar da pesquisa pelos próprios pesquisadores e, somente após explicação dos principais objetivos, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e anuência escrita em participar, iniciaram-se as entrevistas em salas individualizadas.

Para a coleta dos dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico próprio, em que foram verificadas as seguintes variáveis: sexo, procedência, estado civil, escolaridade, afiliação religiosa,

tempo de diagnóstico, acompanhamento ambulatorial, internamentos anteriores, tempo de internamento atual, uso de medicamentos inalatórios, uso de álcool, tabaco e outras drogas e doenças e manifestações clínicas relacionadas à DPOC.

Em seguida, os dados foram digitados duplamente e organizados em planilha eletrônica EPI INFO, versão 3.5.2. Para análise estatística, os dados foram exportados para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0.

Para avaliar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência das variáveis qualitativas. Ainda, aplicou-se o teste Qui-quadrado para comparação de proporção a fim de comparar os percentuais encontrados nos níveis das variáveis avaliadas.

Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Otávio de Freitas (HOF) sob o Parecer nº. 2.681.160.

RESULTADOS

Evidenciou-se uma amostra predominante composta por indivíduos do sexo masculino, idosos, aposentados e com baixa escolaridade. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p -valor $< 0,05$), indicando que o perfil descrito é relevantemente o mais prevalente entre os pacientes avaliados (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do perfil sociodemográfico de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica internados em um hospital de referência

Fator avaliado	n	%	p-valor [†]
Sexo			
Feminino	21	30,0	0,001
Masculino	49	70,0	
Idade			
39 a 59 anos	20	28,6	<0,001
60 anos ou mais	50	71,4	
Mínimo – Máximo	39,0 - 86,0		-
Média±Desvio padrão	63,7 ± 9,4		-
Procedência			
Recife	23	32,9	<0,001
Região Metropolitana	23	32,9	
Interior	23	32,9	
Outro estado	1	1,3	
Atividade laboral			
Desemprego	7	10,0	<0,001
Aposentado	37	52,9	
Benefício social	14	20,0	
Assalariado	3	4,3	
Autônomo	7	10,0	
Outro	2	2,9	
Estado civil			
Solteiro	5	7,1	<0,001
União estável	2	2,9	
Casado	55	78,6	
Viúvo	8	11,4	
Escolaridade			
Analfabeto	4	5,7	<0,001
Alfabetizado	2	2,9	
Ensino fundamental	33	47,1	
Ensino médio	27	38,6	
Ensino superior	4	5,7	
Religião			
Católica	44	62,9	<0,001
Evangélico	18	25,7	
Sem religião	4	5,7	
Outra	4	5,7	

[†]p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Acerca do perfil clínico dos pacientes com DPOC, observou-se que o tempo de diagnóstico variou entre um e 20 anos, sendo a maioria com diagnóstico entre um e dois anos. Verificou-se que a maior parte dos entrevistados tem acompanhamento ambulatorial (80,0%) e relataram ter sido internado previamente (74,3%), com tempo de internação atual variando entre um a 365 dias. Destaca-se que a medicação mais utilizada foi o formoterol/budesonida (Alenia) e brometo de tiotrópio (Spiriva) (44,3%), seguido de

salbutamol (Aerolin), Alenia e Spiriva (25,7%) (Tabela 2).

Evidenciou-se, na distribuição das manifestações clínicas e doenças associadas à DPOC, a alta prevalência da dispneia para os médios e mínimos esforços (97,1% e 92,9%, respectivamente) e tosse seca (91,4%). Apenas, 18,6% eram dependentes de oxigênio. Acerca das comorbidades associadas, 90,0% tinham hipertensão arterial sistêmica e 60,0% diabetes de mellitus (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do perfil clínico de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica internados em um hospital de referência

Fator avaliado	n	%	p-valor ¹
Tempo de diagnóstico			
Até dois anos	29	41,4	0,211
Entre três a cinco anos	24	34,3	
A partir de seis anos	17	24,3	
Mínimo – Máximo 1,0 - 20,0 anos	-	-	-
Média±Desvio padrão 4,9 ± 4,3 anos	-	-	-
Acompanhamento ambulatorial			
Sim	56	80,0	<0,001
Não	14	20,0	
Internamento anterior			
Sim	52	74,3	<0,001
Não	18	25,7	
Quanto internamentos (quantidade)			
Mínimo – Máximo 1,0 - 7,0	-	-	-
Média±Desvio padrão 2,6 ± 1,3	-	-	-
Tempo internado atualmente (em dias)			
Mínimo – Máximo 1,0 - 365,0	-	-	-
Média±Desvio padrão 30,6 ± 54,3	-	-	-
Medicamentos inalatórios			
Formoterol/Budesonida	10	14,3	
Formoterol/Budesonida + Brometo de Tiotrópio	31	44,3	
Salbutamol	1	1,4	
Salbutamol + Formoterol/Budesonida + Brometo de Tiotrópio	18	25,7	<0,001
Salbutamol + Brometo de Tiotrópio	2	2,9	
Salbutamol + Formoterol/Budesonida	7	10,0	
Bromidato de fenoterol + Formoterol/Budesonida	1	1,4	
Doença/manifestação clínica associada			
	Sim n(%)	Não n(%)	
Dispneia aos médios esforços	68(97,1)	2(2,9)	<0,001
Dispneia aos mínimos esforços	65(92,9)	5(7,1)	<0,001
Tosse seca	64(91,4)	6(8,6)	<0,001
Hipertensão	63(90,0)	7(10,0)	<0,001
Diabetes	42(60,0)	28(40,0)	0,094
Tosse produtiva	37(52,9)	33(47,1)	0,833
Passado de Tuberculose	27(38,6)	43(61,4)	0,056
Pneumonia	15(21,4)	55(78,6)	<0,001
Câncer de pulmão	14(20,0)	56(80,0)	<0,001
Asma	14(20,0)	56(80,0)	<0,001
Dependência de oxigênio	13(18,6)	57(81,4)	<0,001
Bronquiectasia	3(4,3)	67(95,7)	<0,001

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Percebe-se que a maior parte dos participantes atualmente não faz uso de álcool, cigarro e drogas. Contudo, dos que alegaram não fazer mais uso de cigarro, todos possuem histórico de fumo (92,9%), o tempo de fumo variou entre 10 a 60 anos, a quantidade de cigarros entre sete e 60 cigarros/dia e carga tabágica entre 25 e 165 anos-maço (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Atualmente, a DPOC é considerada um problema de saúde pública. Estudos nacionais e internacionais apontam a associação da DPOC com o sexo masculino, ser idoso, com vínculo matrimonial e baixa escolaridade, ratificando os achados desse estudo^{4,9-11}.

Apesar da predominância do sexo

Tabela 3. Caracterização dos hábitos comportamentais dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica internados em um hospital de referência

Fator avaliado	n	%	p-valor ¹
Uso de Álcool			
Sim	2	2,9	<0,001
Não	68	97,1	
Fumante			
Sim	5	7,1	<0,001
Não	65	92,9	
Tipo de fumo			
Industrial	67	95,7	<0,001
Não industrial	3	4,3	
Tempo de fumo (anos)			
Mínimo – Máximo 10,0 - 60,0	-	-	
Média±Desvio padrão 40,1 ± 10,4	-	-	
Quantidade de cigarros (unidades/dia)			
Mínimo – Máximo 7,0 - 60,0	-	-	
Média±Desvio padrão 39,0 ± 10,0	-	-	
Carça tabágica (anos/maco)			
Mínimo – Máximo 25,0 - 165,0	-	-	
Média±Desvio padrão 81,3 ± 27,6	-	-	
Ex-fumante			
Sim	65	92,9	<0,001
Não	5	7,1	
Anos em que parou de fumar			
Menos de 1 ano	10	15,4	
1 a 5 anos	28	43,1	0,009
6 ou mais anos	27	41,5	
Uso de drogas ilícitas			
Não	70	100,0	-

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

masculino, observa-se um aumento da incidência da DPOC no sexo feminino. Tal mudança é justificada pelo aumento do número de mulheres que fazem uso do cigarro. Em estudo internacional recente, realizado nos Estados Unidos, verificou-se que a prevalência de DPOC era maior entre as mulheres, idosas, com baixa escolaridade, residentes em áreas rurais e com histórico de asma¹². Ainda, a literatura revela que mulheres com DPOC apresentam repercussões mais graves e maior taxa de mortalidade quando comparadas ao sexo masculino¹³.

A despeito da prevalência daqueles com diagnóstico recente, chama atenção que a maior parte dos pacientes era de idosos,

o que pode sugerir o diagnóstico tardio na população estudada. Nesta perspectiva, a ausência de diagnóstico precoce e adequado para DPOC contribui negativamente para melhora clínica do paciente e predispõe a internações hospitalares¹¹.

Outro aspecto que deve ser destacado é a relação do uso da terapia medicamentosa para DPOC e as taxas de hospitalização, mortes e custos com a saúde, uma vez que a não persistência ou a não adesão aos medicamentos contribuem para estes. Estudo internacional realizado com cerca 46 mil pacientes com DPOC revelou que 65,3% apresentaram baixa persistência na continuidade da terapia medicamentosa e

70% foram considerados não aderentes, após 12 meses de tratamento⁷.

Destaca-se que, dependendo do grau de comprometimento, a doença pode causar impactos individuais, tais como: comprometimento na realização das atividades de vida diária, dificuldades nas relações conjugais, familiares e sexuais, acarretando alterações psíquicas e sociais, comprometendo assim, a qualidade de vida do indivíduo. Além disso, a enfermidade é responsável pelo aumento dos gastos no âmbito da saúde, uma vez que com a progressão da doença, os pacientes apresentam exacerbações recorrentes, resultando em hospitalizações mais frequentes^{14,15}.

São mencionados na literatura como fatores que contribuem para a inadequação do tratamento da DPOC: baixa escolaridade, baixa renda, comorbidades, relação médico-paciente, dificuldade no uso do dispositivo inalatório, de acesso aos serviços e medicamentos no âmbito do SUS, falta de conhecimento acerca das diretrizes terapêuticas por parte dos médicos^{7,16,17}. Diante disso, as esferas governamentais precisam (re)planejar ações em saúde que visem o fortalecimento da adesão medicamentosa e que, com isso, seja possível favorecer uma melhor qualidade de vida e uma menor probabilidade de internamento em pessoas diagnosticadas com DPOC.

A fim de fortalecer a adesão medicamentosa faz-se necessário maior estreitamento no elo entre o paciente e os serviços ambulatoriais, sendo fundamental o retorno periódico do paciente a consulta multiprofissional, orientações sobre o uso correto e consistente dos medicamentos,

manejo de comorbidades, referência para programas de cessação do tabagismo e reabilitação pulmonar¹⁸. O estabelecimento do vínculo entre profissionais-paciente-serviço favorece a possibilidade de se construir uma prática do cuidar que busque a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários. Assim, estratégias pensadas em detrimento das terapêuticas tornam a prática do cuidado mais sutil e, conseqüentemente, melhoram a adesão¹⁹.

O tratamento da DPOC vem tornando-se cada vez mais eficaz. Entretanto, mudanças no estilo de vida são necessárias e incluem: redução de exposições a fatores de risco como fumaças, cessação do tabagismo, incentivo à atividade física, educação sobre a doença e seu curso, reabilitação, oxigenoterapia, manejo de comorbidades, tratamentos cirúrgicos e farmacológicos. Este último constitui um dos principais pilares desse manejo, e muitos avanços têm sido atingidos na área nos últimos anos. Muitas são as opções, limitações, potenciais riscos e benefícios de cada tratamento. Nesse sentido existem disponíveis os inaladores pressurizados como Fenoterol, Salbutamol e Ipratrópio (brometo); inalador de pó como Formoterol/budesonida, Formoterol; e inalador formador de névoa como Tiotrópio²⁰.

Além de controle da doença, a terapia farmacológica associada às mudanças comportamentais de vida garante melhora das manifestações clínicas como tosse, dispnéia aos esforços, expectoração e purulência do escarro. Ademais, reduz as chances da evolução para o quadro de DPOC exacerbada que é caracterizada como um evento no curso natural da doença, caracterizada

por sustentada piora das manifestações clínicas respiratórias do paciente, além das variações normais do dia a dia e que resulta na necessidade de alterar a medicação regular do paciente²¹.

O tabagismo é, portanto, apontado como fator intimamente associado à DPOC e representa um importante problema de saúde pública. É atualmente considerado como uma doença neurocomportamental causada pela dependência de nicotina, sendo fator de risco para várias comorbidades, como doenças cardiovasculares, câncer, acidente vascular encefálico e DPOC. A cessação do tabagismo é um ponto-chave no controle da DPOC, pois ocorre uma lentificação no processo de perda da função pulmonar, reduzindo incapacidades e mortalidade²².

Geralmente, fumantes com DPOC têm maior carga tabágica quando comparados a indivíduos fumantes sem DPOC e devido à ansiedade e depressão a autoeficácia na cessação do vício é comprometida, sendo necessárias maiores intervenções tendo como objetivo alterar a história natural da doença e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos²³.

Percebe-se a necessidade de um planejamento estratégico de trabalho que possa ser mais condizente com a realidade e execução de políticas mais eficazes que busquem estimular uma maior integralidade

na assistência prestada aos indivíduos com DPOC, realizando ações de educação e promoção da saúde em nível ambulatorial, com vistas a intervir nos fatores de riscos, bem como, auxiliar no uso correto dos dispositivos inalatórios, assiduidade às consultas e autocuidado^{14,24}.

Diante do exposto, compreender o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes diagnosticados com DPOC em um serviço hospitalar de referência é de suma importância no planejamento de ações que visem à redução da gravidade da doença, estímulo ao tratamento e às mudanças comportamentais de vida, além, de favorecer melhores condições clínicas, funcionais e de qualidade de vida.

Ainda, pode-se destacar a relevância do estudo para as práticas multidisciplinares da equipe que presta assistência aos pacientes com diagnóstico de DPOC, seja no contexto da prevenção, exacerbação doença, controle ou reabilitação, possibilitando integrar ações que vão desde a prevenção até a reabilitação, diante da ampliação da visão sobre o paciente com DPOC.

É relevante destacar ainda a limitação deste estudo, visto que o mesmo foi realizado em apenas um serviço de saúde, que presta assistência pelo sistema único de saúde, o que pode favorecer um viés no que concerne ao perfil sociodemográfico da amostra.

REFERÊNCIAS

1. Celli BR, Wedzicha JA. Update on Clinical Aspects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*. 2019; 381(13):1257-1266.
2. Martins A, Vasques S, Santos P. Family determinants as a risk factor for chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Rev Port Med Geral Fam*. 2020;32(2):144-152.
3. Reiner GA, Gama BO, Vignardi D, Santos PSO, Kretzer MR, Gama, FO. Tendência temporal de mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica em adultos e idosos no Brasil no período de 1998 a 2016. *Arq Catarin Med*. 2019; 4:62-74.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: GOLD;2019.
5. Gonçalves-Macedo L, Lacerda EM, Markman-Filho B, Lundgren FLC, Luna CF. Tendências da morbidade e mortalidade da DPOC no Brasil, de 2000 a 2016. *J Bras Pneumol*. 2019; 45(6):e20180402.
6. Cukier A, Godoy I, Costa CH, Rubin AS, Gregorio MG, Neto AAA et al. Variabilidade dos sintomas diários de pacientes com DPOC estável no Brasil: um estudo observacional de vida real. *J Bras Pneumol*. 2020; 46(3):e20190223.
7. Mueller S, Wilke T, Bechtel B, Puneekar YS, Mitzner K, Virchow JC. Non-persistence and non-adherence to long-acting COPD medication therapy: A retrospective cohort study based on a large German claims dataset. *Respiratory Medicine*. 2017; 122:1-11.
8. Bastos C, Vieira S, Lima L. Gestão do regime farmacológico em doentes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev. Enf. Ref*. 2019; 6(20):57-65.
9. Barbosa ATF, Carneiro JA, Ramos GCF, Leite MT, Caldeira AP. Factors associated with Chronic Obstructive Pulmonary Disease among the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(1):63-73.
10. Torres KDP, Cunha GM, Valente JG. Trends in mortality from chronic obstructive pulmonary disease in Rio de Janeiro and Porto Alegre, Brazil, 1980-2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2018; 27(3):e2017139.
11. Leal LF, Cousin E, Bidinotto AB, Sganzerla D, Borges RB, Malta DC et al. Epidemiology and burden of chronic respiratory diseases in Brazil from 1990 to 2017: analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *Rev bras epidemiol*. 2020; 23: E200031.
12. Wheaton AG, Liu Y, Croft JB, VanFrank B, Croxton TL, Punturieri A, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Smoking Status — United States, 2017. *Centers for Disease Control and Prevention*. 2019; 68(24):533-8.
13. Kocaturk N, Kilic H, Baha A, Lee SD, Jones PW. Sex Difference in Chronic Obstructive Lung Disease. Does it Matter? A Concise Review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2016;13(6):799-806.
14. Lima CA, Oliveira RC, Oliveira SAG, Silva MAS, Lima AA, Andrade MS, et al. Quality of life, anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 1):e20190423.
15. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2019 Report). Wisconsin: GOLD; 2018.
16. Pinto CR, Lemos ACM, Assunção-Costa LA, Alcântara AT, Yamamura LLL, Souza GS, et al. Gerenciamento da DPOC no Sistema Único de Saúde do estado da Bahia: uma análise do padrão de utilização de medicamentos na vida real. *J Bras Pneumol*. 2019; 45(1):e20170194.
17. Giacomelli IL, Steidle LJM, Moreira FF, Meyer IV, Souza RG, Pincelli MP. Hospitalized patients with COPD: analysis of prior treatment. *J Bras Pneumol*. 2014; 40(3):229-237.
18. Reis AJ, Alves C, Furtado S, Ferreira J, Drummond M, Robalo-Cordeiro C. COPD exacerbations: management and hospital discharge. *Pulmonology*. 2018; 24(6):345-50.
19. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiv*. 2017; 27(4):1003-1022.
20. Fernandes FLA, Cukier A, Camelier AA, Fritscher CC, Costa CH, Pereira EDB, et al. Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas. *J Bras Pneumol*. 2017;43(4):290-301.
21. Viana RC, Pincelli MP, Pizzichini E, Silva AP, Manes J, Marconi TD, et al. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation in the intensive care unit: clinical, functional and quality of life at discharge and 3 months of follow up. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017; 29(1):47-54.
22. Corrêa da Silva LC, Araújo AJ, Queiroz AMD, Sales MPU, Castellano VCO. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. *J Bras Pneumol*. 2016; 42(4):290-8.
23. Sales MPU, Araújo AJ, Chatkin JM, Godoy I, Pereira LFF, Castellano MVCO, et al. Atualização na abordagem do tabagismo em pacientes com doenças respiratórias. *J Bras Pneumol*. 2019; 45(3):e20180314.

24. Costa CC, Berlese DB, Souza RM, Sebel S, Teixeira PJZ. Demographic and clinical profile of patients of chronic obstructive pulmonary disease in Southern Brazil. *Ciencia y Enfermeria*. 2017; 1:25-33.

CORRESPONDÊNCIA

Clarissa Mourão Pinho
Programa Associado de Pós-Graduação
em Enfermagem, Universidade de Pernambuco, Recife- PE.
Rua: Arnóbio Marquês, 310- Santo Amaro,
CEP: 50100-130, Recife - PE, Brasil.
E-mail: clarissa.mourao@hotmail.com