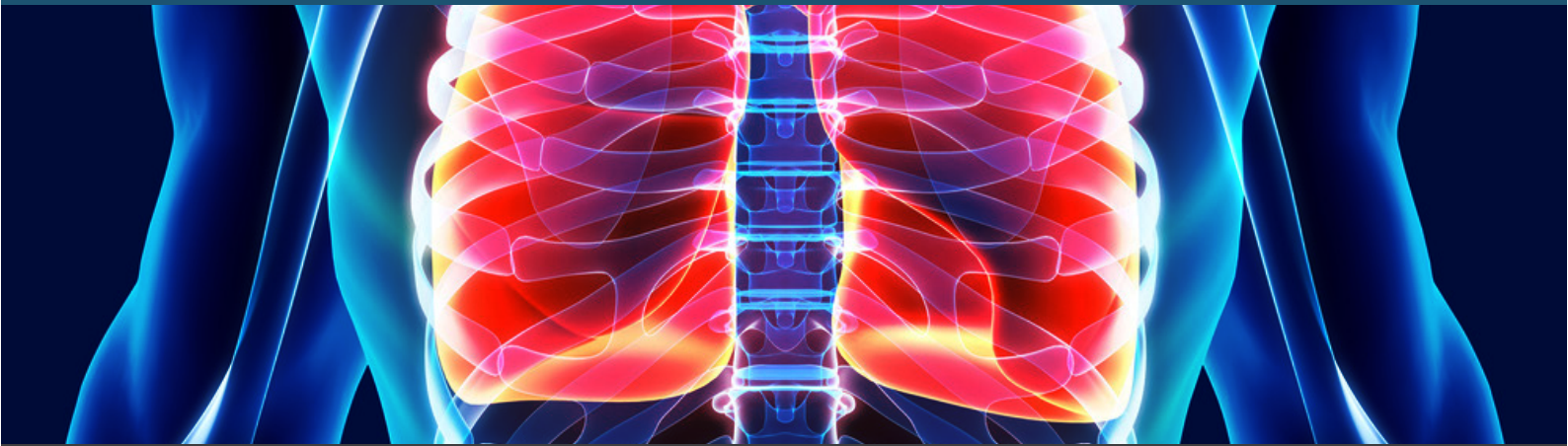


Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica:

da identificação precoce ao manejo integrado



Segundo a GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*), a **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)** é uma condição caracterizada por **sintomas respiratórios persistentes decorrentes de anormalidades nas vias aéreas que levam a uma obstrução crônica do fluxo de ar**. Trata-se de uma das três principais causas de morte no mundo, especialmente em países de baixa e média renda, configurando um importante desafio para a saúde pública, ainda que seja prevenível e tratável. Estima-se que o número de pessoas com DPOC aumente nas próximas décadas, impulsionado pela exposição contínua aos fatores de risco e envelhecimento populacional¹.

A DPOC resulta da interação entre fatores genéticos e exposições ambientais acumuladas ao longo da vida. O tabagismo é a principal causa, seguido pela inalação de partículas tóxicas e poluição. Em alguns casos, fatores individuais também desempenham papel relevante, como as mutações no gene *SERPINA1*, responsável pela deficiência de alfa-1 antitripsina, condição associada a maior risco de enfisema precoce e declínio da função pulmonar. **Essa heterogeneidade clínica reforça a importância do diagnóstico precoce e do manejo individualizado**¹.

O diagnóstico da DPOC baseia-se, segundo a GOLD, na **demonstração de obstrução fixa do fluxo aéreo após o uso de broncodilatador, definida por relação VEF1/CVF pós-broncodilatador inferior a 0,7. A avaliação deve ser considerada em todo paciente com dispneia, tosse crônica, produção de escarro ou histórico de exposição a fatores de risco**¹. Contudo, discute-se a necessidade de critérios mais abrangentes, capazes de refletir a heterogeneidade da doença e de reconhecer precocemente diferentes formas de apresentação relacionadas à exposição ambiental². Nesse cenário, o **diagnóstico precoce pode envolver tanto o rastreamento em indivíduos aparentemente saudáveis, mas expostos a fatores de risco, quanto a busca ativa em pacientes com sintomas respiratórios ou histórico de exposição. A distinção entre essas abordagens é fundamental para ampliar a identificação de casos não reconhecidos e favorecer intervenções em estágios iniciais**³.

O manejo segue uma abordagem gradual, com o objetivo de controlar sintomas, reduzir exacerbações e diminuir a mortalidade. A **terapia tripla**, composta por glicocorticoide inalatório, antagonista muscarínico de longa ação (**LAMA**) e agonista β_2 de longa ação (**LABA**), mostrou-se superior às combinações duplas em pacientes que permanecem sintomáticos ou com exacerbações⁴. Em ensaio clínico de fase 3, randomizado, envolvendo pacientes com DPOC moderada a muito grave e ao menos uma exacerbação no último ano, **a terapia tripla com budesonida (160 µg ou 320 µg), glicopirrolato e formoterol resultou em menor taxa anual de exacerbações moderadas ou graves quando comparada aos regimes duplos**. O regime com budesonida 320 µg reduziu em 24% a taxa de exacerbações em relação a glicopirrolato–formoterol (IC95%: 0,69–0,83) e em 13% em relação a budesonida–formoterol (IC95%: 0,79–0,95). **As taxas de eventos adversos foram semelhantes entre todos os grupos, reforçando a superioridade da estratégia tripla⁴.**

Esses resultados reforçam a relevância do tratamento farmacológico, mas deixam claro que o manejo da DPOC não se limita às intervenções medicamentosas. **Medidas não farmacológicas desempenham papel igualmente decisivo**, incluindo a cessação do tabagismo, o incentivo à prática regular de atividade física, a participação em programas de reabilitação pulmonar e a revisão periódica da técnica inalatória, adesão e resposta clínica¹. **Tais estratégias contribuem para o controle dos sintomas já instaurados e para a prevenção de novas exacerbações**. Revisões sistemáticas e meta-análises demonstram que a cessação do tabagismo, em particular, está associada à melhora significativa da função pulmonar, ao alívio dos sintomas, ao aumento da tolerância ao exercício e à redução da mortalidade⁵. Nesse contexto, a conscientização do paciente sobre o impacto da adoção de hábitos saudáveis torna-se essencial, pois se traduz não apenas em melhora clínica, mas em ganhos efetivos de qualidade de vida.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). GLOBAL STRATEGY FOR PREVENTION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD: 2025 Report. 2025;
2. Ananth S, Hurst JR. ERJ advances: state of the art in definitions and diagnosis of COPD. Vol. 61, European Respiratory Journal. European Respiratory Society; 2023.
3. Aaron SD, de Oca MM, Celli B, Bhatt SP, Bourbeau J, Criner GJ, et al. Early Diagnosis and Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease The Costs and Benefits of Case Finding. Am J Respir Crit Care Med. 2024 Apr 15;209(8):928–37.
4. Rabe KF, Martinez FJ, Ferguson GT, Wang C, Singh D, Wedzicha JA, et al. Triple Inhaled Therapy at Two Glucocorticoid Doses in Moderate-to-Very-Severe COPD. New England Journal of Medicine. 2020 Jul 2;383(1):35–48.
5. Wang Z, Qiu Y, Ji X, Dong L. Effects of smoking cessation on individuals with COPD: a systematic review and meta-analysis. Vol. 12, Frontiers in Public Health. Frontiers Media SA; 2024.