



**QUALIS**  
**A2**



# **DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS- REVISÃO DE LITERATURA<sup>1</sup>**

## **CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS – LITERATURE REVIEW**

**Belisa Santana Coelho LIMA**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: Belltube00@gmail.com**

**ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-0758-041X>**

**Gabriel Dias GODOI**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: ggodoi518@gmail.com**

**ORCID: <http://orcid.org/0009-0004-0645-5775>**

**Ana Clara Cunha DIAS**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: Anaclarinha11\_2017@icloud.com**

**ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-0893-9666>**

**Maria Eduarda Amaro PEIXOTO**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: mariaeduardaamaropeixoto@gmail.com**

**ORCID: <http://orcid.org/0009-0006-6055-3063>**

**Cristiano Ferreira da Silva FELIPE**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: cf825479@gmail.com**

**ORCID: <http://orcid.org/0009-0001-8357-2463>**

**Laiza Pereira LACERDA**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: Laiza.viera@afya.com.br**

**ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8057-5853>**

### **RESUMO**

Esta revisão de literatura analisou os principais aspectos relacionados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), abordando fatores de risco, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. A DPOC é uma enfermidade respiratória progressiva caracterizada pela limitação persistente do fluxo aéreo e importante comprometimento da função pulmonar, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade mundial. A metodologia consiste em uma

---

<sup>1</sup> COMO CITAR: (ABNT): LIMA, B. S. C.; GODOI, G. D.; DIAS, A. C. C.; PEIXOTO, M. E. A.; FELIPE, C. F. S.; LACERDA, L. P. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Aspectos Clínicos e Terapêuticos- Revisão de Literatura. **JNT Facit Business and Technology Journal**. Qualis A2. ISSN: 2526-4281, Mês de Maio de 2026 - Ed. 74. VOL. 03. Págs. Disponível: <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. Acesso em: \_\_/\_\_/\_\_.

revisão integrativa de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada por meio de buscas nas bases de dados Google Scholar, SciELO e PubMed, incluindo artigos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português e inglês, analisados por etapas de seleção, leitura crítica e síntese dos achados científicos. Os resultados demonstraram elevada prevalência da doença em indivíduos tabagistas e maiores de 40 anos, além de importante associação com exposição ocupacional, fumaça de biomassa e poluição atmosférica. Evidenciou-se que a inflamação crônica das vias aéreas promove remodelamento pulmonar progressivo, destruição alveolar e prejuízo das trocas gasosas, contribuindo para sintomas como dispneia, tosse crônica, produção de escarro e intolerância ao esforço físico. Observou-se ainda elevada frequência de exacerbações, hospitalizações e redução significativa da qualidade de vida dos pacientes acometidos. Em relação ao tratamento, destacaram-se a cessação do tabagismo, broncodilatadores, corticosteroides inalados, vacinação, reabilitação pulmonar e oxigenoterapia como estratégias fundamentais para controle clínico e prevenção de complicações. Conclui-se que a DPOC permanece como importante problema de saúde pública, exigindo diagnóstico precoce, prevenção dos fatores de risco e manejo terapêutico contínuo e individualizado.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Broncodilatadores. Reabilitação Pulmonar. Saúde Respiratória.

### ABSTRACT

This literature review analyzed the main aspects related to Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), addressing risk factors, pathophysiology, clinical manifestations, diagnosis, and treatment. COPD is a progressive respiratory disease characterized by persistent airflow limitation and significant impairment of pulmonary function, being considered one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. This is an integrative review with a qualitative and descriptive approach, carried out through searches in the Google Scholar, SciELO, and PubMed databases, including studies published between 2020 and 2025 in Portuguese and English. The results demonstrated a high prevalence of the disease among smokers and individuals over 40 years of age, in addition to an association with occupational exposure, biomass smoke, and air pollution. Chronic airway inflammation was shown to promote progressive pulmonary remodeling, alveolar destruction, and impairment of gas exchange, contributing to symptoms such as dyspnea, chronic cough, sputum production, and exercise intolerance. Regarding treatment, smoking cessation,

bronchodilators, inhaled corticosteroids, vaccination, pulmonary rehabilitation, and oxygen therapy were highlighted as fundamental strategies for clinical control and prevention of complications. It is concluded that COPD remains an important public health problem, requiring early diagnosis and continuous therapeutic management.

**Keywords:** Smoking. Bronchodilators. Pulmonary Rehabilitation. Respiratory Health.

## INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória crônica caracterizada por limitação persistente e progressiva do fluxo aéreo, geralmente associada à resposta inflamatória anormal dos pulmões à exposição prolongada a partículas e gases nocivos. A doença engloba alterações compatíveis com bronquite crônica e enfisema pulmonar, resultando em comprometimento significativo da função pulmonar e redução da qualidade de vida dos indivíduos acometidos (Gold, 2024).

A DPOC representa um importante problema de saúde pública mundial, estando entre as principais causas de morbimortalidade e incapacidade funcional. O aumento da prevalência da doença está relacionado principalmente à persistência do tabagismo, ao envelhecimento populacional e à exposição contínua a fatores ambientais nocivos. Além disso, a enfermidade apresenta elevado impacto socioeconômico em decorrência do aumento das hospitalizações, afastamentos laborais e custos associados ao acompanhamento clínico e terapêutico (Who, 2023).

O tabagismo permanece como principal fator de risco para o desenvolvimento da DPOC, sendo responsável pela maioria dos casos diagnosticados. Entretanto, outros fatores também exercem influência significativa na fisiopatologia da doença, incluindo exposição ocupacional a poeiras e substâncias químicas, fumaça de biomassa, poluição atmosférica e predisposição genética, especialmente relacionada à deficiência de alfa-1 antitripsina (SBPT, 2021).

A exposição contínua a agentes irritantes desencadeia um processo inflamatório crônico nas vias respiratórias inferiores, favorecendo remodelamento brônquico, hipersecreção de muco, destruição alveolar e perda progressiva da elasticidade pulmonar. Essas alterações promovem limitação persistente do fluxo expiratório, aprisionamento aéreo e prejuízo das trocas gasosas, contribuindo para a progressão da doença e redução da capacidade funcional dos pacientes (Agustí et al., 2021).

As manifestações clínicas mais frequentes incluem dispneia progressiva, tosse crônica, produção persistente de escarro e intolerância ao esforço físico. Em estágios avançados, a doença pode evoluir com exacerbações recorrentes, insuficiência respiratória e hipoxemia, impactando diretamente a qualidade de vida e aumentando os índices de mortalidade associados à enfermidade (Lopez-campos et al, 2022). S

O diagnóstico da DPOC baseia-se na associação entre história clínica, presença de fatores de risco e confirmação espirométrica da limitação persistente do fluxo aéreo. A espirometria permanece como principal exame diagnóstico, sendo caracterizada pela relação VEF1/CVF pós-broncodilatador inferior a 0,70, permitindo confirmar a obstrução crônica das vias aéreas e auxiliar na classificação da gravidade da doença (Celli; Wedzicha, 2020).

Além do comprometimento pulmonar, a DPOC frequentemente está associada ao desenvolvimento de comorbidades cardiovasculares, metabólicas e musculoesqueléticas, aumentando a complexidade clínica e terapêutica. O tratamento envolve abordagem multiprofissional e associação entre medidas farmacológicas e não farmacológicas, destacando-se cessação do tabagismo, broncodilatadores, corticosteroides inalados, vacinação, reabilitação pulmonar e oxigenoterapia domiciliar em casos específicos. Essas intervenções contribuem para redução dos sintomas, prevenção de exacerbações e melhora da qualidade de vida dos pacientes (Gold, 2024).

Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos observados nas últimas décadas, a DPOC ainda permanece subdiagnosticada, especialmente nos estágios iniciais da doença, favorecendo progressão clínica e aumento das complicações associadas. Dessa forma, torna-se fundamental ampliar a compreensão acerca dos fatores relacionados ao desenvolvimento, diagnóstico e manejo terapêutico da enfermidade.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os principais aspectos clínicos, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos relacionados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica descritos na literatura científica recente.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa e natureza descritiva, desenvolvida com a finalidade de reunir e analisar evidências científicas acerca dos aspectos clínicos, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Google Scholar, SciELO e PubMed, utilizando descritores em português e inglês, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Entre os termos empregados destacam-se: “Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, “DPOC”, “tabagismo” e “pulmonary rehabilitation”.

Os critérios de inclusão compreenderam artigos científicos publicados entre os anos de 2020 e 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, e com relação direta ao tema estudado. Foram excluídas publicações duplicadas, artigos incompletos e estudos que não apresentavam relevância para os objetivos da pesquisa.

Para direcionar a pesquisa, utilizou-se a seguinte questão norteadora: Quais evidências científicas recentes abordam os principais aspectos relacionados ao diagnóstico, manifestações clínicas, fisiopatologia e tratamento da DPOC?

A elaboração do estudo ocorreu em quatro etapas: (1) identificação das publicações científicas; (2) triagem dos estudos mais relevantes; (3) leitura analítica do material selecionado; e (4) organização das informações para síntese dos resultados e construção da revisão.

Por utilizar exclusivamente dados secundários disponíveis em domínio público, esta pesquisa não necessitou de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **Aspectos Epidemiológicos da DPOC**

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) representa uma das principais causas de morbimortalidade mundial, sendo considerada importante problema de saúde pública devido à elevada prevalência, progressão incapacitante e impacto socioeconômico associado. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a DPOC está entre as principais causas de morte no mundo, sendo responsável por milhões de óbitos anuais, especialmente em países de baixa e média renda, onde o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado ainda permanece limitado (World Health Organization, 2023).

Estudos epidemiológicos demonstram aumento progressivo da incidência e prevalência da doença nas últimas décadas, fenômeno diretamente relacionado ao envelhecimento populacional, persistência do tabagismo e exposição contínua a poluentes ambientais. Além disso, muitos pacientes permanecem sem diagnóstico devido à subvalorização dos sintomas iniciais e baixa realização de exames espirométricos na atenção primária à saúde (Lopez-Campos et al, 2022).

A prevalência da DPOC apresenta maior relação com indivíduos acima de 40 anos e histórico prolongado de tabagismo. Entretanto, pesquisas recentes demonstram crescimento significativo da doença em indivíduos não tabagistas expostos à fumaça de biomassa, principalmente em populações rurais e socialmente vulneráveis. A utilização de fogões à lenha em ambientes pouco ventilados representa importante fator associado ao desenvolvimento da enfermidade, especialmente entre mulheres (Salvi; Barnes, 2020).

Outro aspecto relevante refere-se ao impacto socioeconômico da DPOC. A doença está associada a elevados índices de hospitalização, afastamentos laborais, aposentadoria precoce e necessidade contínua de acompanhamento multiprofissional. As exacerbações agudas representam uma das principais causas de internação hospitalar por doenças respiratórias crônicas, contribuindo significativamente para aumento da mortalidade e sobrecarga dos sistemas públicos de saúde (Mannino; Buist, 2021).

### **Etiologia e Fatores de Risco**

O tabagismo permanece como principal fator etiológico relacionado ao desenvolvimento da DPOC, sendo responsável pela maioria dos casos diagnosticados mundialmente. A fumaça do cigarro contém milhares de substâncias tóxicas capazes de promover lesão epitelial, inflamação persistente das vias respiratórias inferiores e destruição progressiva do parênquima pulmonar (Vogelmeier et al, 2020).

A exposição prolongada ao tabaco promove aumento do estresse oxidativo pulmonar, desequilíbrio entre proteases e antiproteases e liberação contínua de mediadores inflamatórios, favorecendo remodelamento brônquico e redução progressiva da função pulmonar. Estudos demonstram que a gravidade da DPOC apresenta relação direta com a carga tabágica acumulada ao longo da vida (Rabe; Watz, 2022).

Além do tabagismo ativo, o tabagismo passivo também apresenta associação significativa com alterações respiratórias crônicas e desenvolvimento de limitação do fluxo aéreo, principalmente em indivíduos expostos continuamente em ambientes domiciliares e ocupacionais (Mannino; Buist, 2021).

Outros fatores ambientais exercem importante participação no desenvolvimento da doença. A exposição contínua à fumaça de biomassa proveniente da queima de lenha, carvão vegetal e resíduos orgânicos está associada ao desenvolvimento de inflamação pulmonar crônica e aumento do risco de DPOC, sobretudo em regiões rurais e países em desenvolvimento (Salvi; Barnes, 2020).

A exposição ocupacional a poeiras minerais, sílica, fumaças metálicas, vapores químicos e poluentes industriais também representa importante fator de risco para comprometimento respiratório crônico. Trabalhadores da construção civil, mineração, agricultura e indústrias químicas apresentam maior predisposição ao desenvolvimento da doença devido à inalação contínua de partículas irritantes (Barnes, 2020).

Além dos fatores ambientais, a predisposição genética também exerce influência significativa no desenvolvimento da DPOC. Destaca-se a deficiência de alfa-1 antitripsina, condição hereditária associada ao surgimento precoce de enfisema pulmonar, inclusive em indivíduos não tabagistas. Essa deficiência promove maior susceptibilidade à destruição alveolar e comprometimento funcional respiratório progressivo (Stoller; Aboussouan, 2021).

### **Fisiopatologia da DPOC**

A fisiopatologia da DPOC caracteriza-se por resposta inflamatória crônica desencadeada pela exposição contínua a partículas e gases nocivos. Esse processo inflamatório envolve ativação de neutrófilos, macrófagos e linfócitos T, promovendo liberação de citocinas inflamatórias, proteases e radicais livres responsáveis pela destruição progressiva do tecido pulmonar (Agustí et al, 2021).

As alterações inflamatórias promovem remodelamento estrutural das vias aéreas inferiores, hipertrofia das glândulas mucosas e aumento da produção de muco, favorecendo obstrução brônquica persistente. Paralelamente, ocorre destruição dos septos alveolares e perda da elasticidade pulmonar, alterações típicas do enfisema pulmonar (Barnes, 2020).

O desequilíbrio entre proteases e antiproteases representa mecanismo fisiopatológico importante no desenvolvimento da doença. O aumento da atividade de enzimas proteolíticas favorece degradação das fibras elásticas pulmonares, contribuindo para perda da arquitetura alveolar e comprometimento das trocas gasosas (Stoller; Aboussouan, 2021).

Essas alterações resultam em limitação persistente do fluxo expiratório, aprisionamento aéreo e hiperinsuflação pulmonar, levando ao aumento do trabalho respiratório e redução progressiva da capacidade funcional dos pacientes. Em estágios avançados, podem ocorrer hipoxemia, hipercapnia e insuficiência respiratória crônica (Celli; Wedzicha, 2020).

Além do comprometimento pulmonar, a inflamação sistêmica associada à DPOC favorece o desenvolvimento de comorbidades cardiovasculares, metabólicas e

musculoesqueléticas, contribuindo para pior prognóstico clínico e aumento da mortalidade. Estudos recentes também demonstram associação significativa entre DPOC e desenvolvimento de sarcopenia, osteoporose e doenças cardiovasculares (Criner et al, 2022).

### **Manifestações Clínicas**

A DPOC apresenta evolução lenta e progressiva, sendo frequentemente subdiagnosticada nos estágios iniciais devido à interpretação tardia dos sintomas pelos pacientes. A dispneia progressiva constitui a principal manifestação clínica da doença, inicialmente relacionada aos esforços físicos moderados e evoluindo gradativamente até limitar atividades cotidianas simples (Celli; Wedzicha, 2020).

A tosse crônica, geralmente acompanhada de produção persistente de escarro, também representa sintoma frequente. Em muitos casos, os pacientes tabagistas negligenciam esses sintomas por longos períodos, contribuindo para atraso diagnóstico e progressão silenciosa da doença (Miravittles; Ribera, 2021).

Outras manifestações clínicas incluem sibilância, sensação de aperto torácico, fadiga e intolerância ao exercício físico. A limitação funcional decorrente da dispneia favorece redução da prática de atividades físicas e piora progressiva do condicionamento cardiorrespiratório (McCarthy et al, 2021).

Nos estágios avançados, os pacientes podem evoluir com cianose, emagrecimento importante, utilização de musculatura acessória da respiração e sinais de insuficiência respiratória crônica. Além disso, exacerbações recorrentes apresentam associação direta com aceleração da perda funcional pulmonar e pior prognóstico clínico (Wedzicha; Seemungal, 2021).

Estudos recentes evidenciam elevada prevalência de ansiedade e depressão entre indivíduos acometidos pela DPOC, fatores relacionados à pior adesão terapêutica, aumento das hospitalizações e redução significativa da qualidade de vida (Yohannes; Alexopoulos, 2021).

### **Exacerbações e Complicações**

As exacerbações da DPOC correspondem à piora aguda dos sintomas respiratórios além da variabilidade habitual da doença, geralmente desencadeadas por infecções virais, bacterianas ou exposição a agentes irritantes ambientais. Esses episódios apresentam grande relevância clínica, pois contribuem diretamente para aceleração da perda da função pulmonar, aumento da mortalidade e piora progressiva da qualidade de vida dos pacientes (Wedzicha; Seemungal, 2021).

Durante as exacerbações ocorre intensificação do processo inflamatório pulmonar, aumento da produção de secreções e agravamento da obstrução brônquica, favorecendo piora importante da dispneia e comprometimento das trocas gasosas. Em muitos casos, os pacientes necessitam de hospitalização, suporte ventilatório e uso intensivo de medicamentos broncodilatadores e corticosteroides sistêmicos (Vogelmeier et al, 2020).

Pacientes com exacerbações frequentes apresentam maior risco de internações recorrentes, insuficiência respiratória aguda e necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. Além disso, estudos evidenciam que cada episódio de exacerbação contribui para declínio progressivo do VEF1 e pior prognóstico clínico a longo prazo (Celli; Wedzicha, 2020).

Entre as principais complicações associadas à DPOC destacam-se hipertensão pulmonar, cor pulmonale, pneumonias recorrentes, tromboembolismo pulmonar e aumento significativo do risco cardiovascular. A inflamação sistêmica persistente favorece desenvolvimento de aterosclerose, insuficiência cardíaca e eventos isquêmicos cardiovasculares, aumentando consideravelmente os índices de morbimortalidade (Mannino; Buist, 2021).

Além das alterações cardiovasculares, a DPOC também está associada a importantes repercussões sistêmicas, incluindo perda de massa muscular, osteoporose, caquexia pulmonar e intolerância progressiva ao exercício físico. Essas alterações comprometem significativamente a funcionalidade e independência dos pacientes acometidos (Criner et al, 2022).

## **DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico da DPOC baseia-se na associação entre história clínica compatível, presença de fatores de risco e confirmação espirométrica da limitação persistente do fluxo aéreo. A investigação diagnóstica deve ser considerada principalmente em indivíduos acima de 40 anos com histórico de tabagismo, exposição ocupacional a poeiras e sintomas respiratórios crônicos (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2024).

A espirometria permanece como padrão-ouro diagnóstico da doença, sendo caracterizada pela relação VEF1/CVF pós-broncodilatador inferior a 0,70, confirmando presença de obstrução persistente das vias aéreas (Celli; Wedzicha, 2020).

Além da confirmação diagnóstica, a avaliação clínica deve considerar intensidade dos sintomas, limitação funcional, frequência de exacerbações e impacto

da doença sobre a qualidade de vida dos pacientes. Instrumentos como a escala Modified Medical Research Council (mMRC) e o COPD Assessment Test (CAT) auxiliam na classificação clínica e no acompanhamento terapêutico (Jones et al, 2020).

Exames complementares também apresentam importância na avaliação da gravidade da doença e investigação de complicações associadas. A radiografia de tórax pode demonstrar hiperinsuflação pulmonar e alterações compatíveis com enfisema, enquanto a tomografia computadorizada permite avaliação mais detalhada do comprometimento estrutural pulmonar (Barnes, 2020).

A gasometria arterial é indicada principalmente em pacientes com suspeita de insuficiência respiratória ou doença avançada, possibilitando identificação de hipoxemia e hipercapnia. O teste de caminhada de seis minutos também pode ser utilizado para avaliação funcional e prognóstica dos pacientes com limitação importante da capacidade física (Agustí et al, 2021).

Apesar dos avanços diagnósticos observados nos últimos anos, a literatura demonstra que a DPOC ainda permanece amplamente subdiagnosticada, especialmente em indivíduos com sintomas leves ou histórico tabágico negligenciado. Esse atraso diagnóstico favorece progressão silenciosa da doença e aumento das complicações associadas (Lopez-Campos et al, 2022).

### **Tratamento Farmacológico**

O tratamento farmacológico da DPOC possui como principais objetivos reduzir sintomas, melhorar a tolerância ao exercício físico, prevenir exacerbações e promover melhor qualidade de vida aos pacientes. A escolha terapêutica deve considerar intensidade dos sintomas, frequência de exacerbações e gravidade da limitação pulmonar (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2024).

Os broncodilatadores constituem a base terapêutica da doença, promovendo relaxamento da musculatura lisa brônquica, melhora do fluxo aéreo e redução da dispneia. Os principais medicamentos utilizados incluem beta-2 agonistas e antimuscarínicos de curta e longa duração, administrados preferencialmente por via inalatória (Vogelmeier et al, 2020).

Os broncodilatadores de longa duração apresentam benefícios importantes sobre controle sintomático, redução das exacerbações e melhora da capacidade funcional, sendo amplamente recomendados para manutenção terapêutica dos pacientes sintomáticos (Rabe; Watz, 2022).

Em pacientes com exacerbações frequentes e perfil inflamatório eosinofílico, corticosteroides inalados podem ser associados ao tratamento broncodilatador. Essa associação demonstra redução significativa das exacerbações, embora também apresente relação com maior risco de pneumonia em alguns pacientes (Singh et al, 2020).

Durante exacerbações infecciosas, antibioticoterapia e corticosteroides sistêmicos podem ser necessários para estabilização clínica, redução do tempo de recuperação e prevenção de complicações respiratórias graves (Wedzicha; Seemungal, 2021).

Além disso, terapias mais recentes vêm sendo estudadas no manejo da DPOC, incluindo medicamentos biológicos e estratégias voltadas ao controle da inflamação sistêmica. Entretanto, muitos desses tratamentos ainda apresentam custo elevado e necessidade de maiores evidências científicas para ampla utilização clínica (Criner et al, 2022).

### **Tratamento não Farmacológico**

As medidas não farmacológicas desempenham papel fundamental no manejo da DPOC e devem ser instituídas em todos os estágios da doença. A cessação do tabagismo representa a intervenção mais eficaz para retardar a progressão da limitação pulmonar e reduzir mortalidade relacionada à enfermidade (Rabe; Watz, 2022).

A interrupção do tabagismo reduz significativamente a velocidade de declínio da função pulmonar e melhora a resposta terapêutica aos medicamentos broncodilatadores. Além disso, programas de apoio psicológico e terapia de reposição de nicotina apresentam benefícios importantes na adesão ao abandono do cigarro (Vogelmeier et al, 2020).

A reabilitação pulmonar também constitui estratégia essencial no tratamento da DPOC, envolvendo treinamento físico supervisionado, educação em saúde, suporte nutricional e acompanhamento multiprofissional. Estudos demonstram melhora significativa da capacidade funcional, redução da dispneia e melhora da qualidade de vida após participação em programas de reabilitação pulmonar (McCarthy et al, 2021).

A prática regular de atividade física apresenta benefícios importantes sobre condicionamento cardiorrespiratório, força muscular periférica e redução do sedentarismo, contribuindo diretamente para menor risco de hospitalizações e exacerbações recorrentes (Miravittles et al, 2021).

A vacinação contra influenza e pneumococo também desempenha papel importante na prevenção de infecções respiratórias e redução das exacerbações agudas. Essas medidas apresentam impacto significativo na redução das internações hospitalares e mortalidade associada à doença (World Health Organization, 2023).

Em pacientes com hipoxemia crônica, a oxigenoterapia domiciliar prolongada demonstra benefícios relevantes sobre sobrevida e qualidade de vida. A utilização adequada do oxigênio suplementar contribui para melhora da oxigenação tecidual e redução da sobrecarga cardiovascular (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2024).

### **Prognóstico e Qualidade de Vida**

O prognóstico da DPOC está diretamente relacionado à gravidade da limitação pulmonar, frequência das exacerbações, presença de comorbidades e adesão ao tratamento instituído. Pacientes com doença avançada apresentam importante comprometimento funcional e redução significativa da qualidade de vida (Miravittles et al, 2021).

A progressão da doença favorece limitação das atividades diárias, dependência funcional, isolamento social e piora do estado emocional dos pacientes. Sintomas como dispneia intensa, fadiga e intolerância ao esforço físico comprometem significativamente o desempenho ocupacional e social dos indivíduos acometidos (Yohannes et al, 2021).

Além das manifestações respiratórias, a presença de comorbidades cardiovasculares, metabólicas e psiquiátricas contribui para aumento da mortalidade e pior prognóstico clínico. Estudos demonstram elevada associação entre DPOC e doenças como insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, ansiedade e depressão (Criner et al, 2022).

A literatura evidencia que o diagnóstico precoce e a adesão adequada às medidas terapêuticas são fundamentais para retardar a progressão da doença e minimizar complicações associadas. Dessa forma, estratégias voltadas à prevenção dos fatores de risco, ampliação do diagnóstico precoce e fortalecimento da assistência multiprofissional tornam-se essenciais para redução do impacto da DPOC sobre a saúde pública (Lopez-Campos et al, 2022).

### **CONCLUSÃO**

A DPOC é uma doença crônica progressiva de elevada relevância clínica e epidemiológica, com impacto significativo na morbimortalidade global. Evidências

atuais demonstram que sua fisiopatologia envolve mecanismos inflamatórios complexos e efeitos sistêmicos que ultrapassam o comprometimento pulmonar isolado.

A literatura reforça que a doença possui caráter multifatorial, envolvendo tanto fatores ambientais quanto biológicos, o que exige estratégias preventivas amplas e individualizadas. Além disso, o subdiagnóstico permanece um dos principais desafios na prática clínica, contribuindo para atraso terapêutico e pior prognóstico.

O manejo adequado da DPOC depende de abordagem multiprofissional, combinando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, com ênfase na cessação do tabagismo, reabilitação pulmonar e diagnóstico precoce. Desta forma, o fortalecimento de políticas de saúde pública e a ampliação do acesso ao diagnóstico são fundamentais para reduzir o impacto da DPOC na população.

## REFERÊNCIAS

AGUSTÍ, A. *et al.* Global initiative for chronic obstructive lung disease 2021 report: GOLD executive summary. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.202101-0027SO>.

BARNES, P. J. Chronic obstructive pulmonary disease: effects beyond the lungs. **PLoS Medicine**, v. 17, n. 9, p. e1003361, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003361>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à pessoa com doença respiratória crônica na atenção primária**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 10 jun 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 10 jun 2026.

CELLI, B. R.; WEDZICHA, J. A. Update on clinical aspects of chronic obstructive pulmonary disease. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1257-1266, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1900500>.

CRINER, G. J. *et al.* COPD: treatment and systemic effects. **Chest**, v. 161, n. 5, p. 1256-1270, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.11.012>.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATORS. Global burden of chronic respiratory diseases 1990–2020. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 9, p. 937-958, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00085-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00085-1).

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD: 2021 report**. Fontana: GOLD, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.202101-0027SO>.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD: 2024 report**. Fontana: GOLD, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1832/goldcopd.2024>.

JONES, P. W. *et al.* Development and first validation of the COPD Assessment Test. **European Respiratory Journal**, v. 35, n. 3, p. 556-564, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1183/09031936.00001809>.

LOPEZ-CAMPOS, J. L. *et al.* COPD epidemiology and underdiagnosis. **European Respiratory Journal**, v. 60, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.02196-2021>.

MANNINO, D. M.; BUIST, A. S. Global burden of COPD. **The Lancet**, v. 397, n. 10274, p. 1710-1711, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00724-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00724-3).

MCCARTHY, B. *et al.* Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub4>.

MIRAVITLLES, M.; RIBERA, A. Understanding COPD progression and symptom burden. **Respiratory Research**, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01693-0>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). **Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)**. Geneva, 2023. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 10 jun 2026.

RABE, K. F.; WATZ, H. Chronic obstructive pulmonary disease. **The Lancet**, v. 403, n. 10427, p. 1-16, 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02141-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02141-2).

SALVI, S.; BARNES, P. J. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. **The Lancet**, v. 397, n. 10273, p. 733-744, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32506-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32506-5).

SINGH, D. *et al.* Inhaled corticosteroids in COPD treatment: benefits and risks. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 201, n. 6, p. 623-641, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201908-1630CI>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Principais Recomendações do Consenso de DPOC da SBPT. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 4, p. e2021004, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e2021004>.

STOLLER, J. K.; ABOUSSOUAN, L. S. Alpha-1 antitrypsin deficiency and COPD. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 12, p. 1165-1175, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1911185>.

VOGELMEIER, C. F. *et al.* Global strategy for COPD management and prevention. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 202, n. 10, p. 1-24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.202009-3532SO>.

WEDZICHA, J. A.; SEEMUNGAL, T. A. COPD exacerbations: pathophysiology and impact. **The Lancet**, v. 397, n. 10279, p. 2045-2059, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00459-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00459-1).

YOHANNES, A. M.; ALEXOPOULOS, G. S. Depression and anxiety in patients with COPD. **Chest**, v. 159, n. 4, p. 1389-1396, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/space/j.chest.2020.09.030>.