



CURSO DE MEDICINA

MARIA CLARA RÊGO DE ARAÚJO

**PERFIL ETIOLOGICO DOS PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO
FIBROCÍSTICAS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
SALVADOR**

Salvador – BA

2022

Maria Clara Rêgo de Araújo

**PERFIL ETIOLOGICO DOS PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO
FIBROCÍSTICAS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
SALVADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para ingresso no internado do curso de Medicina.

Orientadora: Dra. Carolina Bittencourt

Salvador – BA

2022

RESUMO

INTRODUÇÃO: A bronquiectasia é doença bronco pulmonar caracterizada por um processo infeccioso e inflamatório crônico, que provoca a longo prazo alterações anatômicas que culminam com a dilatação permanente dessas vias. É uma doença associada a grande morbidade e redução da qualidade de vida dos seus portadores, pois é associada a internações prolongadas e medicamentos de alto custo. Antigamente era considerada uma doença órfã, ou seja, pouco frequente, porém com o avanço dos meios diagnósticos tem-se visto que se trata de uma doença muito mais frequente na população. **OBJETIVOS:** Descrever o perfil etiológico e demográfico dos pacientes com bronquiectasias não-fibrocísticas atendidos no serviço de referência do Hospital Especializado Otávio Mangabeira. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, no qual serão coletados dados em prontuários de pacientes portadores de bronquiectasias não- fibrocísticas e não tuberculosas no Hospital Otavio Mangabeira entre 2019 e 2020. As variáveis coletadas são: sexo, idade, procedência, e diagnóstico etiológico. Estas serão descritas em porcentagem, média e desvio padrão. **RESULTADO:** O estudo avaliou 34 pacientes com bronquiectasias não-fibrocísticas atendidos no serviço de referência do Hospital Especializado Otávio Mangabeira. Desses, 61,76% (21) são do sexo feminino, e 38,24% são do sexo masculino. A idade variou entre 18 e 84 anos (média 50 anos). E 12 (35,3%) residiam em Salvador, enquanto 22 (64,7%) residam em outras cidades do estado da Bahia. No que tange o perfil etiológico, 73% (25) não tiveram seu diagnóstico etiológico determinado. Dos que obtiveram confirmação etiológica, 24% possuem Discinesia Ciliar, e destes 12% apresentam associação com a Síndrome de Kartagener. E 3% possuem deficiência do Anticorpo Antipolissacarídeo. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que houve um maior predomínio de bronquiectasias não fibrocísticas em pacientes do sexo feminino, com idade média de 50 anos, e residentes do interior do estado da Bahia. Do ponto de vista etiológico, a maior parte dos pacientes não tiveram uma confirmação etiológica (73%). Dos que obtiveram, 24% possuem discinesia ciliar, e destes, 12% estão associados síndrome de Kartagener. E 3% foram diagnosticados com deficiência do Anticorpo Antipolissacarídeo.

Palavras-chave: Bronquiectasia. Diagnóstico. Etiologia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Bronchiectasis is a bronchopulmonary disease characterized by a chronic infectious and inflammatory process that causes long-term anatomical changes that culminate in the permanent dilation of these pathways. It is a disease associated with great morbidity and reduced quality of life for its patients, as it is associated with prolonged hospitalizations AND high-cost medications. In the past, it was considered an orphan disease, that is, infrequent, but with the advancement of diagnostic means it has been seen that it is a much more frequent disease in the population. **OBJECTIVES:** To describe the etiological and demographic profile of patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis treated at the referral service of the Otávio Mangabeira Specialized Hospital. **METHODOLOGY:** This is a retrospective descriptive study, in which data will be collected from the medical records of patients with non-fibrocystic and non-tuberculous bronchiectasis at Hospital Otavio Mangabeira between 2019 and 2020. The variables collected are: sex, age, origin, and etiological diagnosis. These will be described in percentage, mean and standard deviation. **RESULT:** The study evaluated 34 patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis treated at the referral service of the Otávio Mangabeira Specialized Hospital. Of these, 61.76% (21) are female, and 38.24% are male. The age ranged between 18 and 84 years (mean 50 years). And 12 (35.3%) resided in Salvador, while 22 (64.7%) reside in other cities in the state of Bahia. Regarding the etiological profile, 73% (25) did not have their etiological diagnosis determined. Of those who obtained etiological confirmation, 24% have Ciliary Dyskinesia, and of these 12% are associated with Kartagener Syndrome. And 3% have Antipolysaccharide Antibody deficiency. **CONCLUSION:** It was concluded that there was a greater predominance of non-fibrocystic bronchiectasis in female patients, with a mean age of 50 years, and residents of the interior of the state of Bahia. From an etiological point of view, most patients did not have an etiological confirmation (73%). Of those who obtained, 24% have ciliary dyskinesia, and of these, 12% are associated with Kartagener syndrome. And 3% were diagnosed with Antipolysaccharide Antibody deficiency.

Keywords: Bronchiectasis. Diagnosis. Etiology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	6
3 REVISÃO DE LITERATURA	7
4 METODOLOGIA	9
4.1 Desenho do estudo	9
4.2 Amostragem	9
4.2.1 Local:	9
4.2.2 Amostra:	9
4.2.3 Critérios de inclusão:	9
4.2.4 Critérios de exclusão:	9
4.3 Coleta de dados	9
4.3.1 Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados	9
4.4 Variáveis de estudo	9
4.5 Análise de dados	10
5 ASPECTOS ÉTICOS:	10
5.1 Riscos associados ao protocolo:	10
6 RESULTADOS	11
7 DISCUSSÃO	13
8 CONCLUSÃO	15
REFERENCIAS	16
Anexo A –Termo de consentimento livre e esclarecido	18
Anexo B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	20

1 INTRODUÇÃO

A bronquiectasia é uma doença pulmonar supurativa com múltiplos fenótipos clínicos, caracterizada por infecção, inflamação e dilatação anormal e permanente das vias respiratórias(1–6).

A associação de quadro infeccioso crônico, exarcebações e inflamações leva a um ciclo vicioso que resulta em lesão dos brônquios e parênquima pulmonar. (2,4,5) É uma doença associada a grande morbidade e comprometimento da qualidade de vida dos pacientes afetados pois está leva a internações prolongadas, visitas médicas frequentes e medicamentos de alto custo (1,2,5).Antigamente a bronquiectasia era considerada uma doença órfã. Doenças órfãs são aquelas que ocorrem em baixa frequência na população e por conta disso, muitas vezes, são negligenciadas.

O investimento em pesquisa e o desenvolvimento de novos tratamentos não ocorre como em doenças mais prevalentes na população (2,3). Porém hoje, com o avanço dos meios diagnóstico, como a tomografia computadorizada de toráx, tem-se visto que essa doença é mais frequente do que se antes imaginava. Além do aumento do acesso a meios mais acurados, outros fatores associados ao aumento do seu diagnóstico são: o aumento da expectativa de vida da população, o aumento das incidências de outras patologias que podem levar ao desenvolvimento de bronquiectasias e um aumento na difusão da suspeita diagnostica por parte dos médicos (2,3,6).

O impacto socioeconômico da bronquiectasia passou a ser mais estudado nos últimos tempos. É uma doença associada a altos custos, e eles aumentam conforme a gravidade da doença e de acordo com alguns fatores, como idade, infecção crônica por pseudomonas, exarcebações e admissões hospitalares (5,7). O diagnóstico clínico-etiológico precoce permite um melhor manejo do paciente, utilização de terapia específica dependendo da etiologia, reduz exarcebações e com isso, reduzir os custos econômicos associados a essa doença.(1,7,8)

2 OBJETIVOS

Primário:

Identificar o perfil etiológico de pacientes com bronquiectasias não- fibrocísticas atendidos no serviço de referência do Hospital Especializado Otávio Mangabeira de janeiro de 2020 a dezembro de 2020.

Secundário:

Determinar o perfil demográfico dos pacientes de acordo com sexo, procedência e idade;

3 REVISÃO DE LITERATURA

O termo bronquiectasia é definido como a evidência de uma dilatação irreversível das vias aéreas, sendo a tomografia de tórax o exame de imagem mais utilizado para constatar essa anormalidade. Essa condição pode ser desencadeada diversos fatores congênitas e adquiridas(9). A “hipótese do ciclo vicioso” de cole é a mais aceita para explicar o surgimento das bronquiectasias, ela propõe que fatores ambientais se associam a susceptibilidade do indivíduo na fisiopatologia dessa doença.

Dentre os fatores que tornariam os indivíduos mais susceptível tem-se, o comprometimento dos mecanismos de defesa, como o transporte mucociliar, disponibilidade de IgG e antiproteases (5,10) Um indivíduo com prejuízo dos mecanismos de defesa, elimina de forma deficiente as partículas biológicas e não biológicas e gases tóxicos inalados, por conta disso, esses insultos externos se perpetuam nas vias respiratória. Bactérias e vírus armazenados se multiplicam e colonizam as vias aéreas, o que vai disparar resposta imunológica do indivíduo.

O processo inflamatório crônico dessas vias leva a lesão estrutural do pulmão, o que culmina com a piora dos mecanismos de limpeza dessas vias. Isso gera um ciclo vicioso, em que a amplificação do processo inflamatório e aumento da lesão anatômica das vias leva a piora progressiva a fisiologia pulmonar e a sintomatologia do paciente associada a um aumento das exarcebações(5,8–10). Normalmente, as bronquiectasias acometem difusamente o pulmão de forma bilateral. Dentre as condições que afetam difusamente esse pulmão tem-se as infecções virais e bacterianas que podem desencadear o desenvolvimento de bronquiectasia. Na discinesia ciliar, condição que afeta diretamente os mecanismos de defesa pulmonares, o padrão de acometimento também é difuso. Em situações como na obstrução brônquica, o padrão de acometimento pulmonar é mais localizado(11–13).

Deve-se suspeitar de bronquiectasia em qualquer paciente com história de tosse crônica, produtiva, que possui infecções respiratórias de repetição(2).

A confirmação do diagnóstico se dá através da constatação de áreas de dilatação brônquica não reversíveis na tomografia computadorizada de tórax. Esse exame é considerado o padrão ouro para detecção de bronquiectasia, e os achados

encontrados nele já são suficientes para confirmar ou excluir o diagnóstico(2,4,6). Alguns dos achados característicos são: dilatação das vias aéreas com diâmetro do brônquio 1,5 vezes maior do que vaso que o acompanha (sinal do anel de sinete), ausência de afilamento do brônquio na periferia do pulmão e espessamento da parede brônquica(14–16).

Alguns achados adicionais podem sugerir alguma causa específica como, por exemplo, o achado de enfisema concomitante que é sugestivo de doença pulmonar obstrutiva crônica. Dependendo da distribuição regional das lesões, é possível pensar em alguns diagnósticos etiológicos específicos, como por exemplo, o predomínio de lesões em lobo superior é achado comum da fibrose cística. O envolvimento de regiões anteriores como o lobo médio e língula pode remeter a micobactérias não tuberculosas ou panbronquiolite difusa. O predomínio na região inferior é comum em várias condições como a discinesia ciliar, quadros aspirativos, paciente com comprometimento da deglutição e doença do refluxo gastroesofágico(17–19).

A busca pela etiologia da bronquiectasia é importante pois em alguns cenários permite um tratamento mais específico dependendo do agente que está causando a injúria o que pode melhorar o quadro do paciente. Porém, nem sempre é possível achar a etiologia para aquela bronquiectasia. A bronquiectasia é considerada de causa desconhecida quando não se é possível definir um diagnóstico mesmo com todos os exames. A frequência de cada uma das etiologias varia geograficamente, porém a maior prevalência é das etiologias pós infecciosas. Num estudo realizado em 6 centros da América Latina, sendo quatro deles brasileiros, com um total de 651 paciente, demonstrou que 40% possuíam uma etiologia pós infecciosa, em 31% a causa não foi determinada, em 9% os pacientes possuem discinesia ciliar, e o restante possuía doenças de vias aéreas com DPOC, asma, e doenças reumatológicas(20–22).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo retrospectivo, no qual foram coletados dados em prontuários de pacientes portadores de bronquiectasias não- fibrocísticas e não tuberculosas.

4.2 Amostragem

4.2.1 Local: ambulatório pneumologia do Hospital Especializado Otávio Mangabeira. Período: maio a junho de 2021, de pacientes atendidos entre 2019 e 2020.

4.2.2 Amostra: 40 pacientes acompanhados.

4.2.3 Critérios de inclusão: Pacientes com bronquiectasias não- fibrocísticas e não tuberculosas atendidos entre 2019 e 2020.

4.2.4 Critérios de exclusão: Pacientes com diagnóstico de bronquiectasia fibrocística e pacientes com bronquiectasia por tuberculose.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram colhidos de prontuários de pacientes acompanhados no ambulatório pneumologia do Hospital Especializado Otávio Mangabeira.

4.3.1 Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizadas fichas contendo os dados dos prontuários dos pacientes coletadas pela professora Carolina Bittencourt que é médica pneumologista do ambulatório, com os quais será construída uma planilha no software Microsoft Excel 2020;

4.4 Variáveis de estudo

Sexo, idade, procedência, diagnóstico etiológico: (indeterminado, discinesia ciliar, síndrome de Kartagener, Imunodeficiências, Aspergilose broncopulmonar alérgica, outra).

4.5 Análise de dados

Os dados da planilha do software Microsoft Excel 2020 foram analisados e posteriormente transferidos para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) a fim de ser feita a análise estatística. Os dados descritivos transferidos para o SPSS e foram analisados da seguinte maneira: para as variáveis categóricas, a análise estatística foi feita por meio de porcentagem, para as variáveis numéricas, as variáveis consideradas normais foram feitas por meio de medias ou desvio padrão.

5 ASPECTOS ÉTICOS:

Obedecendo rigorosamente a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que respalda as pesquisas com seres humanos, este trabalho, é um braço de uma pesquisa mais ampla que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMS (ANEXO 3).

CAAE: 45016021.7.0000.5544

5.1 Riscos associados ao protocolo:

A pesquisa apresenta os riscos de: constrangimento e mobilização emocional em caso de vazamento de dados. Para redução dos riscos, apenas a pesquisadora principal fará a coleta dos dados e aplicação do TCLE. Ao perceber qualquer risco ou danos significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o fato será comunicado imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, para avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Os dados foram armazenados em mídia USB (pen drive) destinada exclusivamente para fins da pesquisa, durante até 3 anos após publicação do artigo. Após este tempo serão descartados.

6 RESULTADOS

Os pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do hospital Otavio Mangabeira, apresentavam idade média de 46,59 anos ($\pm 18,10$), variando entre 18 e 84 anos. A idade que mais se repetiu nessa amostra foi 31 anos, aparecendo três vezes. Nessa mesma mostra, dos 34 participantes, 13 eram do sexo masculino (M), representando 38,24%, e 21 do sexo feminino (F), representando 61,76%. No que tange a procedência 12 (35,3%) dos 34 participantes residiam em Salvador, e 22 (64,7%) residiam em outras cidades do estado da Bahia. As outras cidades da Bahia mais registradas foram: Riachão do Jacuípe (2), Lauro de Freitas (2), Euclides da Cunha (2) e Iaçú (2). (Tabela 1)

Tabela 1. Dados demográficos dos pacientes com bronquiectasias não- fibrocísticas atendidos no serviço de referência do Hospital Especializado Otávio Mangabeira

Características	Valores
Idade em anos (média \pm DP)	49,59 \pm 18,01
Sexo N(%)	
Feminino	21 (61,76%)
Masculino	13 (38,24%)
Procedência N(%)	
Salvador BA	12 (35,30%)
Outras Cidades da BA	22 (64,70%)
Total =	34(100,00%)

Quanto ao perfil etiológico dessa amostra, 25 (73%) pacientes não obtiveram diagnóstico etiológico definido. 4 (12%) pacientes obtiveram a confirmação de Discinesia Ciliar como causa etiológica. Outros 4 (12%), obtiveram a confirmação etiológica de Síndrome de Kartagener. E 1 (3%) paciente obteve a confirmação etiológica de Deficiência de Anticorpo Antipolissacarídeo. (Gráfico 1)

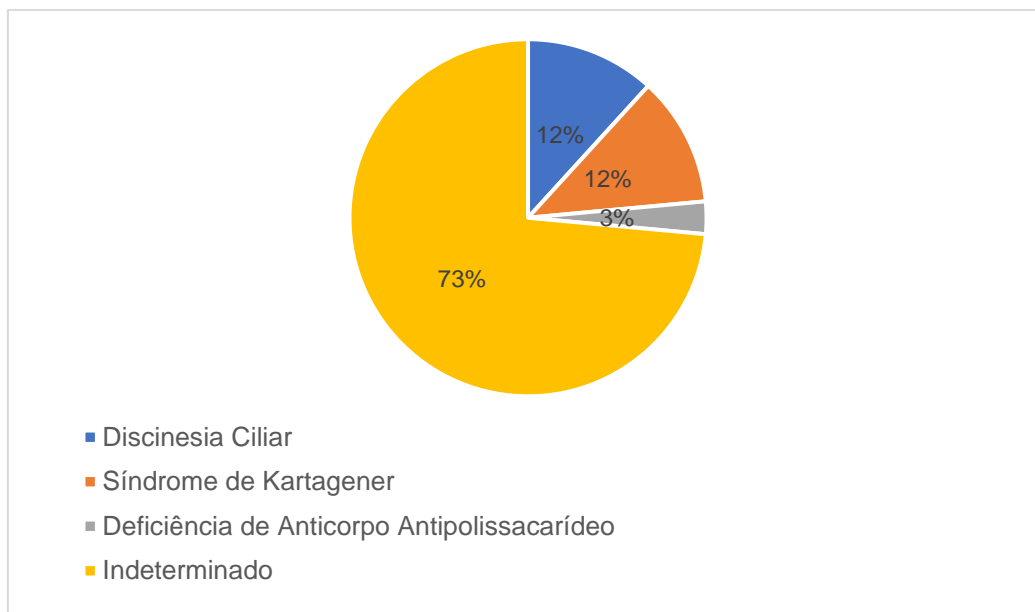


Gráfico 1. Distribuição etiológica dos pacientes com bronquiectasias não-fibrocísticas atendidos no serviço de referência do Hospital Especializado Otávio Mangabeira

7 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar o perfil etiológico de pacientes com bronquiectasias não-fibrocísticas atendidos no serviço de referência do Hospital Especializado Otávio Mangabeira e traçar seu perfil demográfico com base nas variáveis de sexo, procedência e idade. Foi demonstrado um predomínio de bronquiectasias em pacientes com idades variando entre 18 e 84 anos (média de 50 anos), do sexo feminino e residentes de outras cidades do interior da Bahia. Um estudo realizado nos Estados Unidos em 2013 sobre a prevalência e incidência de bronquiectasias não fibrocísticas demonstrou uma maior prevalência entre as mulheres e aumentando com a idade, corroborando com o achado do presente estudo(23). Estimativas de 2015 no Reino Unido também apontam para uma prevalência maior em mulheres, sendo de 1 a cada 206 nos homens e 1 a cada 176 nas mulheres(24). No entanto, a obtenção de um perfil epidemiológico desses pacientes encontra empecilhos por se tratar de uma doença considerada pouco prevalente na população, o que pode ser explicado pela dificuldade de se realizar o diagnóstico adequado desses pacientes(4,6). Por conta disso, pouco se investe no desenvolvimento de estudos epidemiológicos sobre o tema, o que faz com que as estimativas de prevalência e incidência sejam escassas(6).

No que tange ao perfil etiológico, a maior parte dos pacientes (73%) não tiveram seu diagnóstico etiológico estabelecido. Dos 27% que tiveram sua etiológica confirmada 24% possuem Discinesia Ciliar, desses 24%, 12% têm Síndrome de Kartagener associada e o 1% restante possui Deficiência de Anticorpo Antipolissacarídeo. Na publicação de 2019 do conselho brasileiro sobre bronquiectasias não fibrocísticas foi evidenciado que a etiologia pós infecciosa é uma das mais frequentes, ficando entre 20%-32%, enquanto que a causa foi desconhecida ou indeterminada foi contabilizada em 24%-32%. Corroborando com essa evidência, um estudo realizado com 1.258 pacientes oriundos de 7 bancos de dados da Europa, evidenciou que em 40% dos pacientes não foi possível achar a causa, em 20% a causa foi pós-infecciosa(6). Em contrapartida, um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que apenas 6% dos pacientes apresentam bronquiectasias idiopáticas; 31,1% foram causadas por doenças autoimunes e 17% por imunodeficiências(21). Comparando-se os dados com o presente estudo, podemos perceber que grande parcela dos pacientes com

evidência radiológica/história clínica compatível com bronquiectasias não tiveram sua etiologia diagnosticada. Além disso, o perfil etiológico varia bastante de região para região e depende dos recursos diagnósticos disponíveis nos serviços de saúde. É preciso levar em consideração que uma parcela dos pacientes desse estudo nos quais não foi determinada a causa, existiu uma insuficiência dos recursos diagnósticos, além da dificuldade de rastreamento e manutenção da investigação etiológica. Por conta disso, muitas evidências etiológicas podem ter deixado de ser avaliadas. Além disso, a amostra estudada é reduzida, e por conta disso sua extrapolação para fins epidemiológicos é limitada; porém evidencia a necessidade de mais estudos e investimentos no diagnóstico desses pacientes.

8 CONCLUSÃO

De acordo com os dados obtidos no presente estudo sobre o perfil etiológico de pacientes com bronquiectasias não-fibrocísticas atendidos no serviço de referência do Hospital Especializado Otávio Mangabeira, concluiu-se que, dos 34 pacientes avaliados, 73% (25) não tiveram seu diagnóstico etiológico determinado. Dos que obtiveram confirmação etiológica, 24% possuem Discinesia Ciliar, e destes 12% apresentam associação com a Síndrome de Kartagener. E 3% possuem deficiência do Anticorpo Antipolissacarídeo. No que tange ao perfil demográfico, 21 eram do sexo feminino, representando 61,76% da amostra. A idade dos participantes variou entre 18 e 84 anos (média de 50 anos \pm 18,10), e 22 deles (64,70%) residiam em cidades do interior da Bahia.

REFERENCIAS

1. Gao Y hua, Guan W jie, Liu S xia, Wang L, Cui J juan, Chen R chang, et al. Aetiology of bronchiectasis in adults: A systematic literature review. *Respirology*. 2016;21(8):1376–83.
2. AP C, N P. Bronquiectasias - Uma Doença Órfã. *Pulmão RJ [Internet]*. 2014;23(3):201–8.
3. Bousquet J, Jeffery PK, Buse WW JM and VAM, Of S, Art THE. State of the Art State of the Art : 1978;36(5):20–3.
4. O'Donnell AE. Bronchiectasis update. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2018;31(2):194–8.
5. Chandrasekaran R, mac Aogáin M, Chalmers JD, Elborn SJ, Chotirmall SH. Geographic variation in the aetiology, epidemiology and microbiology of bronchiectasis. *BMC Pulmonary Medicine*. 2018;18(1):1–14.
6. Pereira MC, Athanazio RA, Roth Dalcin P de T, Fernandes de Figueiredo MR, Gomes M, de Freitas CG, et al. Consenso brasileiro sobre bronquiectasias não fibrocísticas. *SciELO*. 2019;45(4):1–24.
7. de La Rosa D, Martínez-Garcia MA, Oliveira C, Girón R, Máiz L, Prados C. Annual direct medical costs of bronchiectasis treatment. *Chronic Respiratory Disease*. 2016;13(4):361–71.
8. Amalakuhan B, Maselli DJ, Martinez-Garcia MA. Update in bronchiectasis 2014. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2015;192(10):1155–61.
9. King PT. The pathophysiology of bronchiectasis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2009;4:411–9.
10. Presentations D. a), 8. 2002;346(18):1383–93.
11. Mccomsey GA, Godfrey C, Aweeka F. *Cr Ipt Cr Ipt Pt*. 2015;1–32.
12. Johnston IDA, Lambert HP, Anderson HR, Patel S. Respiratory Morbidity and Lung Function After Whooping-Cough. *The Lancet*. 1983;322(8359):1104–8.
13. Kaschula ROC, Druker J, Kipps A. Late morphologic consequences of measles: A lethal and debilitating lung disease among the poor. *Reviews of Infectious Diseases*. 1983;5(3):395–404.
14. Desai SR, Wells AU, Cheah FK, Cole PJ, Hansell DM. The reproducibility of bronchial circumference measurements using computed tomography. *British Journal of Radiology*. 1994;67(795):257–62.

15. Lynch DA, Newell J, Hale V, Dyer D, Corkery K, Fox NL, et al. with Symptomatic. 1999;(July):53–8.
16. Kang EY, Miller RR, Müller NL. Bronchiectasis: Comparison of preoperative thin-section CT and pathologic findings in resected specimens. *Radiology*. 1995;195(3):649–54.
17. Kudoh S, Keicho N. Diffuse Panbronchiolitis. *Clinics in Chest Medicine* [Internet]. 2012;33(2):297–305. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccm.2012.02.005>
18. Franquet T, Giménez A, Rosón N, Torrubia S, Sabaté JM, Pérez C. Aspiration diseases: Findings, pitfalls, and differential diagnosis. *Radiographics*. 2000;20(3):673–85.
19. Olm MAK, Caldini EG, Mauad T. Diagnóstico de discinesia ciliar primária. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2015;41(3):251–63.
20. Athanazio R, Pereira MC, Grambicka G, Cavalcanti-Lundgren F, de Figueiredo MF, Arancibia F, et al. Latin America validation of FACED score in patients with bronchiectasis: An analysis of six cohorts. *BMC Pulmonary Medicine*. 2017;17(1):1–9.
21. Shoemark A, Ozerovitch L, Wilson R. Aetiology in adult patients with bronchiectasis. *Respiratory Medicine*. 2007;101(6):1163–70.
22. Lonni S, Chalmers JD, Goeminne PC, McDonnell MJ, Dimakou K, Soyza A de, et al. Page 1 of 27. 2015;1–27.
23. Weycker D, Hansen GL, Seifer FD. Prevalence and incidence of noncystic fibrosis bronchiectasis among US adults in 2013. *Chronic Respiratory Disease*. 2017;14(4):377–84.
24. Quint JK, Millett ERC, Joshi M, Navaratnam V, Thomas SL, Hurst JR, et al. Changes in the incidence, prevalence and mortality of bronchiectasis in the UK from 2004 to 2013: A population-based cohort study. *European Respiratory Journal* [Internet]. 2016;47(1):186–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.01033-2015>

Anexo A –Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa: PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROCÍSTICAS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DA BAHIA

Durante a leitura do documento abaixo fui informado(a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Fui procurado(a) pela Profa. Carolina Bittencourt da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, médica com o registro nº 15170 no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia para participar do projeto de pesquisa com o título acima citado.

A Profa. Carolina Bittencourt explicou-me que fui convidado(a) pessoalmente para colaborar com a pesquisa acima, permitindo que as informações que irei fornecer sejam utilizadas para avaliação e uma melhor compreensão da forma como a doença se manifesta em pacientes portadores de bronquiectasias não-fibrocísticas.

Fui plenamente informado (a) que caso me sinta constrangido ou envergonhado, em responder a alguma pergunta, posso negar-me a responder as perguntas acima, não trazendo nenhum prejuízo ao meu tratamento e ou acompanhamento. Fui informado também que não terei nenhuma compensação financeira participando da pesquisa.

Os dados (idade, sexo, procedência, saturação de oxigênio e espirometria) serão coletados do meu prontuário para registro da pesquisa. A pesquisa apresenta os riscos de constrangimento e mobilização emocional em caso de vazamento de dados. Para redução dos riscos, apenas a pesquisadora principal fará a coleta do dados e aplicação do TCLE. Caso aconteça algum dano ou algum prejuízo decorrente da participação, serei ressarcido ou indenizado.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revista médica, mas a Profa. Carolina Bittencourt garantiu-me que jamais poderei ser identificado(a) como participante desta pesquisa. Ou seja, os dados serão publicados na revista médica SEM constar o meu

nome (ou as iniciais do meu nome) e o meu endereço. Esses dados serão preservados até 3 anos após a publicação, e posteriormente descartados.

Assim, considero-me satisfeito (a) com as explicações deste documento e também as explicações da Profa. Carolina Bittencourt, inclusive durante a leitura desse documento, realizada pela mesma, e que foi de forma pausada e clara, quando também tive a oportunidade de fazer perguntas. Portanto, no momento concordo em participar dessa pesquisa.

Mas, caso tenha alguma dúvida, poderei procurar a Dra. Carolina Bittencourt, no Ambulatório de Pneumologia do Hospital Especializado Octávio Mangabeira na 5ª feira (quinta-feira) de 8h às 17h, ou através do número (71)999731444. O TCLE é redigido em 2 (duas) vias que deverão ser assinadas e 1 (uma) ficará comigo.

Salvador, _____ de _____ de _____.

NOME:

.....

Assinatura ⇒

Testemunhas:

1.

NOME.....

Impressão datiloscópica

Assinatura ⇒

2.

NOME:

Assinatura ⇒

Dra. Carolina Bittencourt CRM 15170

Anexo B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO- FIBROCÍSTICAS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DA BAHIA

Pesquisador: Carolina Bittencourt Moura de Almeida

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 45016021.7.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.978.154

Apresentação do Projeto:

Bronquiectasia é uma dilatação definitiva dos brônquios, na qual há um adensamento da parede brônquica e hiperplasia glandular com ampliação da produção de muco, conseqüentemente, os pacientes com esta condição apresentam infecções de repetição. Dois importantes grupos a compõe, o das bronquiectasias secundárias a fibrose cística e o das bronquiectasias não-fibrocísticas. De forma semelhante ao que ocorre com outras doenças pulmonares crônicas, nota-se um aumento do número de pacientes diagnosticados com essa anormalidade, decorrente do processo de envelhecimento e maior expectativa de vida. Em virtude disso, há um grande impacto nos sistemas de atendimento em saúde relacionados a terapêutica direcionada a esses pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Objetivo Primário:

Identificar o perfil clínico de pacientes com bronquiectasias não- fibrocísticas atendidos no serviço de referência do Hospital Especializado Otávio Mangabeira.

Objetivos Secundários:

1. Determinar o perfil demográfico dos pacientes de acordo com sexo, procedência e idade;

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.978.154

2. Descrever os sinais e sintomas mais encontrados nesses pacientes;
3. Descrever os índices de saturação de oxigênio e de espirometria nesses pacientes.
4. Especificar o diagnóstico etiológico das bronquiectasias

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

A pesquisa apresenta os riscos de constrangimento e mobilização emocional em caso de vazamento de dados. Para redução dos riscos, apenas a pesquisadora principal fará a coleta dos dados e aplicação do TCLE. Ao perceber qualquer risco ou danos significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o fato será comunicado imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, para avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Benefícios:

Os pacientes serão melhor estudados quanto aos seus sintomas, perfil clínico e diagnóstico etiológico, sendo possível planejar e reavaliar futuramente seus esquemas terapêuticos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Desenho do estudo: Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, no qual serão coletados dados no período de maio a junho de 2021 de pacientes atendidos entre 2019 e 2020, referentes a prontuários de 40 pacientes acompanhados no ambulatório pneumologia do Hospital Especializado Otávio Mangabeira. Os pacientes serão contactados via telefone para realização de consulta de rotina no ambulatório de Pneumologia, momento no qual será disponibilizado o TCLE para assinatura, caso concorde em participar da pesquisa.

Critérios de inclusão: Tendo como critério de inclusão pacientes com bronquiectasias não fibrocísticas maiores de 18 anos.

Critérios de exclusão: Serão excluídos pacientes com diagnóstico de bronquiectasia fibrocística, pacientes com bronquiectasia por tuberculose e aqueles pacientes menores de 18 anos.

Variáveis do estudo: As variáveis analisadas serão sexo, idade, procedência, valores de saturação de oxigênio e valores da espirometria.

Local: ambulatório pneumologia do Hospital Especializado Otávio Mangabeira.

Instrumento de coleta de dados: Será utilizada como instrumento de coleta uma planilha do software Microsoft Excel 2020, que será preenchida com dados obtidos dos prontuários. Os dados

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.978.154

serão armazenados em mídia USB (pen drive) destinada exclusivamente para fins da pesquisa, durante até 3 anos após publicação do artigo. Após este tempo serão descartados (apagados)."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: Apresenta devidamente datada e assinada;

Cronograma: ajustado na PB e projeto detalhado, com coleta de dados prevista para 15/09/2021 a 01/11/2021; inclui o que denomina de envio de "parecer final ao CEP em 03/02/2022 a 07/02/2022;

Orçamento: apresenta, no valor de R\$ 3.072,00, com financiamento próprio.

Carta Anuência: apresenta, assinada pelo responsável do Hospital Especializado Otávio Mangabeira;

TCLE: adequadamente apresentado na presente versão.

Recomendações:

1-Compatibilizar período de coleta de dados apresentado na carta resposta às pendências com o indicado no formulário básico da PB e projeto detalhado;

2-Considerando que o pesquisador não envia parecer ao CEP, mas, relatório ao CEP, indicamos corrigir a descrição "envio de parecer final ao CEP" por envio de relatório final ao CEP-BAHIANA, compatibilizando cronograma da carta resposta, formulário da PB e projeto detalhado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética desse protocolo de pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS e documentos afins, constatamos que as inadequações indicadas em parecer anterior (Parecer N. 4.791.514) foram sanadas na versão ora apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições

definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1034631.pdf	24/08/2021 13:26:30		Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.978.154

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa_brochura.docx	24/08/2021 13:26:10	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_3.docx	24/08/2021 13:21:51	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.docx	24/08/2021 13:21:19	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
Outros	ProjetodePesquisa_brochura.pdf	29/06/2021 16:07:53	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
Outros	TCLE_correcao.docx	10/06/2021 14:49:13	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_2.docx	10/06/2021 14:47:27	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	03/05/2021 21:42:40	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	03/05/2021 21:41:52	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochuraprojeto.pdf	28/03/2021 17:46:59	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	25/03/2021 15:33:41	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
Declaração de concordância	instituicaooparticipante.pdf	25/03/2021 15:08:56	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/03/2021 21:16:59	Carolina Bittencourt Moura de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 15 de Setembro de 2021

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br