

**DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO, MANEJO CLÍNICO E CONTINUIDADE DO CUIDADO**

**CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PRIMARY HEALTH CARE:
CHALLENGES FOR DIAGNOSIS, CLINICAL MANAGEMENT AND CONTINUITY OF CARE**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-016>

Laila Thamares Ribeiro Rodrigues

Acadêmica de Medicina pela Universidade Brasil – UB

E-mail: lailathamares@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1794-3971>

Josiane Cristina Ferraz Borin Mezacasa

Acadêmica de Enfermagem pela UNILAGO

E-mail: josiane_borin@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8497-3351>

Jaqueline da Silva Vieira Moreira

Acadêmica de Enfermagem pela UNILAGO

E-mail: enfermeirajakimoreira@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7868-5883>

Victória Letícia da Silva Aranha

Acadêmica de Enfermagem pela UNILAGO

E-mail: vileticia048@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5359-2331>

Ivo Eduardo Amaral Vignardi

Acadêmico de Medicina pela Unisul, Tubarão – SC

E-mail: ivoedu123@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9535-5109>

Sara Fim Rodrigues

Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil – UB

E-mail: saralaqafim@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9212-2916>

Thais de Oliveira Artuzi

Acadêmica de Medicina pela Universidade Brasil – UB, Fernandópolis; cirurgião dentista pela UNESP

E-mail: thaisartuzi778@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3236-507X>

Kaline Antunes dos Santos Almada

Acadêmica de Medicina pela Universidade Brasil – UB

E-mail: kaline.almadaadm@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8540-6981>

Luciana Aparecida Rocha

Especialista

E-mail: luciana.mesopolis@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2729-5154>

Amanda Oliva Spaziani

Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

E-mail: spazianimedicina@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8651-8078>

Nicezia Vilela Junqueira Franqueiro

Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil

E-mail: junqueira.franqueiro@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5721-3320>

Sonia Maria Carneiro de Morais Franco

Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca – UNIFRAN

E-mail: soniamcmf@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3789-7740>

Ana Elisa Pereira da Silva

Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade Brasil – UB

E-mail: anaelisapereiradasilva1405@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9310-2115>

Vinicius de Lima Lovadini

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: viniciuslovadini@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9066-2160>

Resumo

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica constitui importante problema de saúde pública, com elevada carga de morbimortalidade, incapacidade funcional e utilização de serviços de saúde. Este capítulo objetiva analisar o papel da Atenção Primária à Saúde no reconhecimento precoce, diagnóstico, manejo clínico e continuidade do cuidado às pessoas com DPOC, com ênfase nos desafios presentes no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma revisão narrativa, elaborada a partir de documentos técnico-científicos nacionais e internacionais e de literatura relacionada à epidemiologia, diagnóstico, tratamento e organização do cuidado. A análise evidencia que o subdiagnóstico permanece como obstáculo central, especialmente em razão da naturalização dos sintomas, da baixa disponibilidade de espirometria e da fragmentação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. O manejo adequado exige associação entre tratamento farmacológico e intervenções não farmacológicas, incluindo cessação do tabagismo, vacinação, atividade física, educação em saúde, avaliação da técnica inalatória e prevenção de exacerbações. Também se destaca a necessidade de abordagem das multimorbidades e de articulação entre Atenção Primária, atenção especializada, reabilitação e serviços de urgência. Conclui-se que a qualificação da assistência depende da ampliação da

capacidade diagnóstica, educação permanente das equipes, adoção de protocolos atualizados e fortalecimento da coordenação do cuidado. Uma Atenção Primária resolutiva pode reduzir atrasos diagnósticos, complicações e hospitalizações evitáveis, contribuindo para maior integralidade e longitudinalidade na atenção às pessoas com DPOC.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Diagnóstico; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Doenças Crônicas; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is an important public health problem associated with a high burden of morbidity, mortality, functional disability, and health service utilization. This chapter aims to analyze the role of Primary Health Care in early recognition, diagnosis, clinical management, and continuity of care for people with COPD, emphasizing the challenges found within the Brazilian Unified Health System. This is a narrative review based on national and international technical and scientific documents and literature addressing epidemiology, diagnosis, treatment, and organization of care. The analysis shows that underdiagnosis remains a major obstacle, particularly because respiratory symptoms are often normalized, access to spirometry is limited, and care is fragmented across health care settings. Appropriate management requires combining pharmacological treatment with nonpharmacological interventions, including smoking cessation, vaccination, physical activity, health education, inhaler technique assessment, and prevention of exacerbations. The management of multimorbidity and coordination among Primary Health Care, specialized care, pulmonary rehabilitation, and emergency services are also essential. It is concluded that improving care depends on expanding diagnostic capacity, continuing professional education, adopting updated clinical protocols, and strengthening care coordination. Effective Primary Health Care can reduce diagnostic delays, complications, and avoidable hospitalizations while promoting comprehensive and longitudinal care for people living with COPD.

Keywords: Chronic Disease; Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Diagnosis; Primary Health Care; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) constitui uma condição respiratória heterogênea caracterizada por sintomas persistentes, como dispneia, tosse e produção de secreção, associados a alterações das vias aéreas e do parênquima pulmonar que podem resultar em limitação persistente do fluxo

aéreo. A compreensão contemporânea da doença reconhece que sua origem é multifatorial e que diferentes trajetórias ao longo da vida podem culminar em comprometimento da função pulmonar. O tabagismo permanece como uma das exposições de maior relevância, mas fatores ocupacionais, poluição atmosférica, exposição à fumaça de biomassa, infecções respiratórias, alterações do desenvolvimento pulmonar e susceptibilidade individual também participam do processo de adoecimento (GOLD, 2026).

A magnitude da DPOC ultrapassa os limites da pneumologia e a posiciona como problema relevante para a Saúde Coletiva. A Organização Mundial da Saúde reconhece a doença entre as principais causas de morte no mundo, com repercussões expressivas sobre incapacidade, qualidade de vida, produtividade e utilização de serviços. A carga é particularmente importante em países de baixa e média renda, onde exposições ambientais e ocupacionais podem coexistir com dificuldades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportuno (WHO, 2026).

No Brasil, o cuidado às condições crônicas depende de uma rede capaz de acompanhar indivíduos por períodos prolongados e de articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A Atenção Primária à Saúde (APS), por seus atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, ocupa posição estratégica nesse processo. A proximidade territorial das equipes permite identificar pessoas expostas a fatores de risco, reconhecer sintomas persistentes, organizar a investigação diagnóstica, acompanhar o tratamento e coordenar o acesso a serviços especializados quando necessário.

Apesar dessa potencialidade, o diagnóstico tardio e o subdiagnóstico permanecem frequentes. Sintomas como tosse crônica e dispneia podem ser naturalizados por usuários e profissionais, sobretudo entre pessoas idosas ou com longa história de tabagismo. Ao mesmo tempo, a disponibilidade desigual de espirometria limita a confirmação diagnóstica em muitos territórios. A consequência é um percurso assistencial no qual alguns indivíduos recebem sucessivos tratamentos para episódios agudos sem que a doença de base seja reconhecida, enquanto outros podem receber diagnóstico clínico sem confirmação funcional adequada.

A atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da DPOC no âmbito do Sistema Único de Saúde reforça a importância de padronizar critérios diagnósticos, tratamento e acompanhamento. A existência de diretrizes, contudo, precisa ser acompanhada de capacidade concreta de implementação, disponibilidade de tecnologias diagnósticas, acesso aos medicamentos e organização dos fluxos entre os diferentes pontos da rede (Brasil, 2026).

Este capítulo tem como objetivo analisar o papel da APS no reconhecimento precoce, diagnóstico, manejo clínico e continuidade do cuidado das pessoas com DPOC, com atenção especial aos desafios observados no SUS. Busca-se discutir fatores de risco e determinantes sociais, barreiras ao diagnóstico,

intervenções farmacológicas e não farmacológicas, prevenção de exacerbações, abordagem das multimorbidades e estratégias de coordenação da Rede de Atenção à Saúde.

2 METODOLOGIA

O capítulo foi desenvolvido como revisão narrativa de caráter descritivo e analítico, orientada pela questão: quais são os principais desafios e possibilidades de atuação da Atenção Primária à Saúde no diagnóstico, manejo e continuidade do cuidado das pessoas com DPOC? A revisão narrativa foi adotada por permitir integração entre evidências epidemiológicas, recomendações clínicas e aspectos organizacionais do cuidado, favorecendo uma discussão aplicada ao contexto da APS e do SUS.

Foram priorizados documentos técnico-científicos de organismos nacionais e internacionais reconhecidos, incluindo o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde e a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Também foram considerados artigos científicos de revisão e estudos relacionados à prevalência, subdiagnóstico, espirometria, cessação do tabagismo, reabilitação pulmonar e organização do cuidado em doenças respiratórias crônicas.

A análise foi organizada em eixos temáticos: fatores de risco e determinantes sociais; identificação e confirmação diagnóstica; subdiagnóstico e oportunidades perdidas; manejo clínico e intervenções não farmacológicas; exacerbações e prevenção de agravos; multimorbidade; coordenação da rede; e perspectivas para qualificação da assistência. Por se tratar de capítulo de revisão narrativa, não foram realizados procedimentos de metanálise, avaliação formal de risco de viés ou estimativa de efeito combinado. As informações foram interpretadas de maneira crítica, buscando relacionar as recomendações disponíveis às condições concretas de organização da APS brasileira.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 DPOC, FATORES DE RISCO E DETERMINANTES DO PROCESSO DE ADOECIMENTO

A DPOC resulta da interação entre exposições ambientais e características individuais que interferem no desenvolvimento, manutenção e declínio da função pulmonar. Embora o tabagismo seja o fator de risco mais conhecido, sua centralidade não deve obscurecer outras exposições relevantes. A fumaça proveniente da queima de biomassa, a poluição atmosférica, poeiras e agentes químicos ocupacionais, tabagismo passivo e infecções respiratórias recorrentes podem contribuir para o desenvolvimento da doença, especialmente em populações socialmente vulneráveis (GOLD, 2026; WHO, 2026).

A exposição ocupacional merece atenção particular na APS. Trabalhadores rurais, da construção civil, mineração, indústria e outras atividades podem permanecer durante décadas expostos a poeiras, vapores e partículas. A investigação clínica, portanto, deve incluir história ocupacional detalhada e não se

limitar ao consumo de tabaco. A ausência dessa abordagem pode atrasar o reconhecimento de indivíduos sintomáticos que nunca fumaram ou que apresentam carga tabágica aparentemente pequena.

Também se reconhece que trajetórias de baixo crescimento pulmonar podem favorecer o desenvolvimento de obstrução crônica na vida adulta. Prematuridade, infecções respiratórias na infância, asma, exposição precoce a poluentes e fatores genéticos podem interferir na função pulmonar máxima atingida. Essa perspectiva amplia a compreensão da DPOC como resultado de processos acumulados ao longo do curso de vida, e não apenas como consequência de uma exposição iniciada na idade adulta.

Os determinantes sociais participam dessa distribuição de risco. Baixa renda, moradias com ventilação inadequada, uso de combustíveis poluentes, inserção ocupacional em ambientes insalubres e menor acesso a serviços diagnósticos não se distribuem de forma homogênea. Assim, medidas clínicas precisam ser articuladas a ações de vigilância, saúde do trabalhador, controle do tabagismo e políticas ambientais. A abordagem territorial da APS favorece essa leitura porque permite relacionar adoecimento respiratório às condições concretas de vida da população adscrita.

3.2 IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

A suspeita clínica de DPOC deve ocorrer diante de sintomas respiratórios persistentes associados a exposições relevantes. Dispneia progressiva, tosse crônica, expectoração, sibilância e episódios frequentes de infecção respiratória constituem sinais que justificam investigação. O reconhecimento pode ser dificultado porque a progressão costuma ser lenta. Algumas pessoas reduzem gradualmente o ritmo de atividades e deixam de perceber a limitação como sintoma, atribuindo-a ao envelhecimento, excesso de peso ou falta de condicionamento.

A consulta de APS oferece oportunidade para explorar a capacidade funcional de forma simples. Perguntas sobre dificuldade para caminhar em terreno plano, subir escadas, realizar tarefas domésticas ou acompanhar pessoas da mesma idade podem revelar dispneia que não seria relatada espontaneamente. Da mesma forma, consultas motivadas por sintomas respiratórios recorrentes devem ser analisadas longitudinalmente. A repetição de episódios em uma pessoa com exposição significativa exige investigação do problema de base, e não apenas tratamento de cada evento isoladamente.

A confirmação diagnóstica exige demonstração de obstrução persistente ao fluxo aéreo por espirometria, interpretada em conjunto com sintomas e história de exposição. O GOLD 2026 mantém a espirometria como elemento fundamental do diagnóstico, evitando que a DPOC seja definida apenas pela presença de sintomas ou pelo histórico tabágico (GOLD, 2026). Essa exigência é importante também para reduzir diagnósticos incorretos, especialmente em indivíduos com asma, insuficiência cardíaca, bronquiectasias, sequelas de tuberculose ou outras condições capazes de produzir sintomas semelhantes.

No SUS, a disponibilidade do exame é heterogênea. Nem todas as unidades de APS necessitam possuir equipamento próprio, mas a rede regional deve garantir acesso em tempo oportuno, execução com qualidade técnica e retorno do resultado à equipe responsável. A simples existência de um serviço de espirometria distante ou com longas filas não resolve o problema do diagnóstico. Fluxos regionalizados, teleconsultoria, capacitação técnica e sistemas de referência e contrarreferência podem ampliar a efetividade da investigação.

3.3 SUBDIAGNÓSTICO E OPORTUNIDADES PERDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O subdiagnóstico é um dos principais problemas relacionados à DPOC. Uma parcela dos casos somente é reconhecida após exacerbações importantes, procura repetida por urgência ou hospitalização. Essa trajetória revela oportunidades perdidas ao longo do cuidado, sobretudo quando havia sinais clínicos e fatores de risco previamente identificáveis.

A naturalização da tosse em fumantes e a interpretação da dispneia como consequência inevitável da idade são exemplos frequentes. Outro problema ocorre quando episódios de piora respiratória são tratados como infecções isoladas sem revisão da história clínica. A longitudinalidade, característica essencial da APS, pode reduzir esse tipo de falha quando os registros são utilizados para reconhecer padrões de recorrência e mudanças funcionais ao longo do tempo.

Por outro lado, o excesso de diagnóstico clínico sem confirmação também merece atenção. A utilização prolongada de medicamentos inalatórios em pessoas sem avaliação funcional pode produzir custos desnecessários e retardar a investigação de outras causas. O desafio é equilibrar sensibilidade para suspeitar da doença com rigor na confirmação diagnóstica.

A educação permanente das equipes tem papel decisivo. Médicos, enfermeiros e demais profissionais precisam reconhecer sintomas sugestivos, indicações da espirometria, fatores de risco e critérios de encaminhamento. Protocolos locais e ferramentas de apoio à decisão podem reduzir variações injustificadas na prática e favorecer a identificação das pessoas que realmente necessitam de investigação.

3.4 MANEJO CLÍNICO E INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

O manejo da DPOC deve ser individualizado e combinar intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Broncodilatadores inalatórios constituem base importante do tratamento sintomático, e a escolha do esquema depende da intensidade dos sintomas, histórico de exacerbações e características clínicas. O tratamento precisa seguir protocolos atualizados e ser revisto periodicamente, evitando a manutenção automática de prescrições quando não há benefício ou quando surgem novas necessidades (Brasil, 2026; GOLD, 2026).

A técnica inalatória é componente essencial da efetividade terapêutica. Dispositivos diferentes exigem habilidades distintas, e idosos ou pessoas com limitações motoras e cognitivas podem encontrar dificuldades específicas. A prescrição deve ser acompanhada de demonstração prática, observação do usuário e correção dos erros. Quando os sintomas persistem, a técnica e a adesão devem ser verificadas antes de concluir que houve falha farmacológica.

A cessação do tabagismo permanece entre as intervenções de maior impacto para pessoas que continuam fumando. A APS possui condições favoráveis para realizar aconselhamento, avaliar dependência, ofertar tratamento quando indicado e acompanhar recaídas. Abordagens moralizantes tendem a reduzir o vínculo e devem ser substituídas por estratégias centradas na pessoa, considerando que a dependência da nicotina é uma condição crônica passível de múltiplas tentativas de cessação.

A vacinação integra a prevenção de agravos, pois infecções respiratórias podem precipitar exacerbações e hospitalizações. O acompanhamento na APS permite verificar situação vacinal e orientar o usuário conforme as recomendações vigentes. A educação em saúde também deve incluir reconhecimento de sinais de piora, importância da adesão, redução de exposições e desenvolvimento de estratégias de autocuidado.

A atividade física e a reabilitação pulmonar possuem efeito importante sobre capacidade funcional, sintomas e qualidade de vida. A dispneia frequentemente produz um ciclo de inatividade, perda de condicionamento e aumento da intolerância ao esforço. Programas estruturados de reabilitação podem romper esse ciclo, embora sua disponibilidade ainda seja limitada em vários territórios. Quando o acesso formal não existe, a APS pode orientar atividade física compatível com a condição clínica e articular alternativas comunitárias, sem substituir a reabilitação especializada quando esta é indicada.

3.5 EXACERBAÇÕES, MULTIMORBIDADE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

As exacerbações correspondem a períodos de piora aguda dos sintomas respiratórios e estão associadas a declínio funcional, redução da qualidade de vida e maior risco de hospitalização. Pessoas com episódios prévios apresentam maior probabilidade de novos eventos, tornando o histórico de exacerbações um elemento importante da avaliação clínica (GOLD, 2026).

A APS deve atuar na identificação precoce da piora, no tratamento de episódios compatíveis com sua capacidade resolutiva e na organização do encaminhamento quando houver sinais de gravidade. Após atendimento de urgência ou hospitalização, o retorno à unidade é particularmente importante para revisar o esquema terapêutico, técnica inalatória, adesão, condições que precipitaram o evento e necessidade de avaliação especializada.

Planos de autocuidado podem orientar o usuário sobre sinais que exigem procura por atendimento. A comunicação deve ser objetiva e adaptada à capacidade de compreensão da pessoa e de seus familiares.

O objetivo não é transferir ao usuário a responsabilidade pelo manejo da doença, mas fornecer instrumentos para reconhecer mudanças importantes e utilizar adequadamente a rede.

A multimorbidade acrescenta complexidade. Doenças cardiovasculares, ansiedade, depressão, osteoporose, alterações nutricionais, perda de massa muscular, câncer de pulmão e distúrbios metabólicos podem coexistir e modificar sintomas e prognóstico. A APS possui vantagem comparativa para lidar com essa realidade porque acompanha a pessoa de forma integral, evitando que cada condição seja tratada como problema isolado.

A saúde mental merece atenção. A sensação de falta de ar pode desencadear medo, restrição de atividades e isolamento social. Ansiedade e sintomas depressivos podem, por sua vez, reduzir adesão e participação em atividades físicas. A avaliação clínica deve contemplar essas dimensões e acionar a rede de apoio conforme a necessidade.

3.6 COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A APS é responsável por parcela expressiva do acompanhamento das pessoas com DPOC, mas não atua de maneira isolada. Pneumologia, serviços de diagnóstico, reabilitação, assistência farmacêutica, urgência e hospitais precisam compor uma rede funcional. O encaminhamento para especialista não significa transferência definitiva da responsabilidade clínica. A unidade de origem deve manter vínculo, acompanhar outras condições e integrar as recomendações recebidas.

A fragmentação entre os pontos da rede pode produzir repetição de exames, prescrições divergentes, perda de seguimento e dificuldade para compreender o percurso do usuário. Sistemas de referência e contrarreferência, prontuários interoperáveis e protocolos regionais favorecem continuidade. O apoio matricial e a telessaúde também podem ampliar a resolutividade, sobretudo em municípios que não dispõem de pneumologista de forma permanente.

A integração com a vigilância em saúde e a saúde do trabalhador é igualmente relevante. A identificação de concentração de sintomas respiratórios em determinado território ou grupo ocupacional pode sinalizar exposições que exigem intervenção coletiva. O cuidado individual, nesse caso, precisa dialogar com ações de prevenção ambiental e ocupacional.

O planejamento local pode utilizar indicadores como número de pessoas com diagnóstico confirmado, proporção de tabagistas acompanhados, histórico de exacerbações, hospitalizações e cobertura vacinal. Esses dados ajudam a identificar fragilidades e orientar educação permanente, busca ativa e revisão dos fluxos de acesso à espirometria e à atenção especializada.

3.7 DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SUS

A qualificação do cuidado à DPOC no SUS depende de enfrentar desigualdades de acesso. A extensão territorial brasileira, a concentração de serviços especializados e a disponibilidade irregular de exames tornam necessário organizar redes regionalizadas. O diagnóstico não pode depender exclusivamente da capacidade financeira do usuário para realizar espirometria fora do sistema público.

A ampliação da capacidade diagnóstica deve ocorrer acompanhada de qualidade. Espirometrias mal executadas ou interpretadas podem produzir conclusões equivocadas. Capacitação das equipes responsáveis pelo exame, critérios de aceitabilidade e apoio especializado para interpretação são componentes indispensáveis. Tecnologias digitais podem facilitar a emissão de laudos e a discussão de casos à distância.

Outro desafio é a continuidade do acesso aos medicamentos e dispositivos adequados. A interrupção do tratamento por indisponibilidade, dificuldade de dispensação ou incapacidade de utilizar determinado inalador compromete o controle da doença. Assistência farmacêutica e equipe clínica precisam atuar de forma articulada para identificar barreiras e selecionar alternativas factíveis.

A organização do cuidado deve ainda reduzir a dependência exclusiva da demanda espontânea. Pessoas com DPOC conhecida e alto risco de exacerbação podem se beneficiar de acompanhamento programado, revisão periódica da técnica inalatória, avaliação de sintomas e atualização do plano terapêutico. Os agentes comunitários de saúde podem colaborar na identificação de usuários que perderam seguimento e na observação de condições domiciliares relacionadas a exposição e adesão.

Por fim, é necessário preservar o caráter centrado na pessoa. Metas clínicas precisam ser discutidas considerando sintomas, funcionalidade, expectativas, contexto familiar e capacidade de realizar as intervenções propostas. A aplicação mecânica de protocolos, sem consideração das condições concretas de vida, tende a limitar a efetividade das recomendações.

4 CONCLUSÃO

A DPOC representa um desafio relevante para a Saúde Coletiva e para a organização das redes de atenção em razão de sua elevada carga de morbidade, mortalidade e incapacidade. Embora existam recursos diagnósticos e terapêuticos capazes de modificar a trajetória clínica, parte importante dos usuários ainda enfrenta atraso no reconhecimento da doença, acesso limitado à espirometria e fragmentação do cuidado.

A análise desenvolvida neste capítulo demonstra que a APS reúne condições estratégicas para reduzir essas limitações. A longitudinalidade permite reconhecer mudanças graduais na capacidade funcional e recorrência de sintomas, enquanto a proximidade territorial favorece identificação de fatores de risco e determinantes sociais. A integralidade amplia o foco para além da função pulmonar, incorporando multimorbidades, saúde mental, vacinação, atividade física, cessação do tabagismo e necessidades sociais.

A qualificação da assistência requer ampliar o acesso à confirmação diagnóstica, assegurar tratamento farmacológico adequado, revisar sistematicamente a técnica inalatória, prevenir exacerbações e fortalecer os mecanismos de referência e contrarreferência. Educação permanente, protocolos clínicos atualizados, telessaúde e integração com vigilância e saúde do trabalhador podem aumentar a capacidade resolutiva das equipes.

A DPOC não deve ser tratada exclusivamente como problema da atenção especializada. Uma APS organizada, capaz de suspeitar, confirmar, acompanhar e coordenar o cuidado, pode reduzir hospitalizações evitáveis e melhorar a qualidade de vida. O fortalecimento desse nível de atenção constitui, portanto, componente essencial de uma resposta equitativa às doenças respiratórias crônicas no SUS.

REFERÊNCIAS

ADELOYE, D. et al. Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 10, n. 5, p. 447-458, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2026 report**. [S. l.]: GOLD, 2026.

LABAKI, W. W.; ROSENBERG, S. R. Chronic obstructive pulmonary disease. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 3, p. ITC17-ITC32, 2020.

MIRAVITLLES, M.; RIBERA, A. Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. **Respiratory Research**, v. 18, art. 67, 2017.

RABE, K. F.; WATZ, H. Chronic obstructive pulmonary disease. **The Lancet**, v. 389, n. 10082, p. 1931-1940, 2017.

SINGH, D. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: the GOLD science committee report 2019. **European Respiratory Journal**, v. 53, n. 5, 1900164, 2019.

VOGELMEIER, C. F. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 report: GOLD executive summary. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 195, n. 5, p. 557-582, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)**. Geneva: World Health Organization, 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care**. Geneva: World Health Organization, 2020.