REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

FATORES ASSOCIADOS AO SUBDIAGNÓSTICO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FACTORS ASSOCIATED WITH THE UNDERDIAGNOSIS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PRIMARY HEALTH CARE

FACTORES ASOCIADOS AL SUBDIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Laila Thamares Ribeiro Rodrigues
Graduanda em Medicina pela Universidade Brasil – UB
lailathamares@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0006-1794-3971

Josiane Cristina Ferraz Borin Mezacasa
Acadêmico de Enfermagem pela UNILAGO
josiane_borin@yahoo.com.br
Orcid: https://orcid.org/0009-0003-8497-3351

Jaqueline da Silva Vieira Moreira
Acadêmico de Enfermagem pela UNILAGO
enfermeirajakimoreira@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-7868-5883

Victória Letícia da Silva Aranha
Acadêmico de Enfermagem pela UNILAGO
vileticia048@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0005-5359-2331

Ivo Eduardo Amaral Vignardi
Acadêmico de Medicina pela Unisul, Tubarão – SC
ivoedu123@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-9535-5109

Sara Fim Rodrigues
Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil – UB
saralaqafim@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-9212-2916

Thais de Oliveira Artuzi
Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil – UB, Fernandópolis; Cirurgião dentista pela UNESP
thaisartuzi778@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0000-3236-507X

Kaline Antunes dos Santos Almada
Acadêmica de Medicina pela Universidade Brasil – UB
kaline.almadaadm@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0003-8540-6981

Luciana Aparecida Rocha
Especialista em Economia e Marketing pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo – FIPE/USP

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

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
spazianimedicina@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8651-8078

Nicezia Vilela Junqueira Franqueiro
Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil
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
soniamcmf@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-3789-7740

Ana Elisa Pereira da Silva
Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade Brasil – UB
anaelisapereiradasilva1405@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9310-2115

Vinicius de Lima Lovadini
Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP
viniciuslovadini@hotmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9066-2160

Resumo

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) permanece subdiagnosticada na Atenção Primária à Saúde (APS), embora esse nível assistencial concentre contatos repetidos com pessoas expostas ao tabaco, à fumaça de biomassa e a agentes ocupacionais. O objetivo desta revisão narrativa foi analisar fatores relacionados ao usuário, à prática clínica e à organização dos serviços que favorecem o não reconhecimento da DPOC, além de discutir estratégias aplicáveis à APS brasileira. Realizou-se busca bibliográfica estruturada em MEDLINE/PubMed e SciELO, complementada por rastreamento de referências e consulta a documentos do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Foram priorizadas publicações de janeiro de 2005 a setembro de 2026 sobre diagnóstico, subdiagnóstico, busca de casos e acesso à espirometria, totalizando 31 referências na síntese final. A evidência indica que sintomas leves ou progressivos, normalização da dispneia, baixa percepção de risco e multimorbidade se associam a oportunidades diagnósticas perdidas, especialmente quando coexistem anamnese incompleta, atribuição dos sintomas ao envelhecimento, baixa familiaridade profissional com a espirometria e fluxos diagnósticos pouco definidos. Estudos brasileiros conduzidos em populações selecionadas de risco relataram proporções de subdiagnóstico em torno de 70%, mas esses achados não constituem estimativa nacional atual. A resposta mais consistente não é o rastreamento indiscriminado de pessoas assintomáticas, e sim

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

a busca oportunística ou direcionada de casos entre adultos com sintomas e/ou fatores de risco relevantes, seguida de confirmação por espirometria pós-broncodilatador de qualidade. Conclui-se que reduzir o subdiagnóstico exige qualificar a suspeição clínica, ampliar o acesso regional à espirometria, assegurar interpretação técnica adequada e acompanhar a conclusão do percurso diagnóstico.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Subdiagnóstico; Atenção Primária à Saúde; Espirometria; Busca de casos.

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) remains underdiagnosed in Primary Health Care (PHC), although this level of care repeatedly encounters people exposed to tobacco, biomass smoke and occupational agents. This narrative review analyzed patient-related, clinical and health-service factors associated with missed COPD diagnosis and discussed strategies applicable to Brazilian PHC. A structured search was conducted in MEDLINE/PubMed and SciELO, supplemented by reference tracking and documents from the Brazilian Ministry of Health, the World Health Organization and the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Publications from January 2005 to September 2026 addressing diagnosis, underdiagnosis, case finding and access to spirometry were prioritized, with 31 references included in the final synthesis. Evidence indicates that mild or progressive symptoms, normalization of dyspnea, low risk perception and multimorbidity are associated with missed diagnostic opportunities, particularly when combined with incomplete history taking, attribution of symptoms to ageing, limited professional familiarity with spirometry and poorly defined diagnostic pathways. Brazilian studies conducted in selected at-risk populations have reported underdiagnosis proportions around 70%, but these findings should not be interpreted as a current national estimate. The most consistent response is not indiscriminate screening of asymptomatic adults, but opportunistic or targeted case finding among adults with symptoms and/or relevant risk factors, followed by confirmation with high-quality post-bronchodilator spirometry. Reducing underdiagnosis therefore requires better clinical suspicion, expanded regional spirometry access, qualified interpretation and monitoring of diagnostic pathway completion.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Underdiagnosis; Primary Health Care; Spirometry; Case finding.

Resumen

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) continúa subdiagnosticada en la Atención Primaria de Salud (APS), aunque este nivel asistencial mantiene contactos repetidos con personas expuestas al tabaco, al humo de biomasa y a agentes ocupacionales. Esta revisión narrativa analizó los factores relacionados con el usuario, la práctica clínica y la organización de los servicios asociados al no reconocimiento de la EPOC, y discutió estrategias aplicables a la APS brasileña. Se realizó una búsqueda estructurada en MEDLINE/PubMed y SciELO, complementada con rastreo de referencias y documentos del Ministerio de Salud de Brasil, la Organización Mundial de la Salud y la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

Disease. Se priorizaron publicaciones de enero de 2005 a septiembre de 2026 sobre diagnóstico, subdiagnóstico, búsqueda de casos y acceso a la espirometría, con 31 referencias incluidas en la síntesis final. La evidencia indica que los síntomas leves o progresivos, la normalización de la disnea, la baja percepción de riesgo y la multimorbilidad se asocian con oportunidades diagnósticas perdidas, especialmente cuando coexisten anamnesis incompleta, atribución de síntomas al envejecimiento, escasa familiaridad profesional con la espirometría y flujos diagnósticos poco definidos. Estudios brasileños realizados en poblaciones seleccionadas de riesgo informaron proporciones de subdiagnóstico cercanas al 70%, pero estos hallazgos no deben interpretarse como una estimación nacional actual. La respuesta más consistente no es el cribado indiscriminado de personas asintomáticas, sino la búsqueda oportunista o dirigida de casos entre adultos con síntomas y/o factores de riesgo relevantes, seguida de confirmación mediante espirometría posbroncodilatadora de calidad.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Subdiagnóstico; Atención Primaria de Salud; Espirometría; Búsqueda de casos.

1. Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição respiratória heterogênea, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo decorrente de alterações das vias aéreas, dos alvéolos ou de ambos. A exposição ao tabaco permanece entre os fatores de risco mais importantes, mas a doença também se relaciona à fumaça de biomassa, poeiras e gases ocupacionais, poluição atmosférica, infecções respiratórias precoces e trajetórias desfavoráveis de crescimento pulmonar. Essa diversidade é particularmente relevante no Brasil, onde exposições domésticas, laborais e ambientais coexistem e nem sempre são registradas durante a consulta. A definição clínica deve ser interpretada em conjunto com a história de sintomas e exposições e com a confirmação funcional, conforme o PCDT brasileiro atualizado, a GOLD 2026 e a atualização da Organização Mundial da Saúde de 2026 (BRASIL, 2025; GOLD, 2026; WHO, 2026).

Estimativas internacionais situam a DPOC entre as principais causas de morte e incapacidade. A análise de Adeloye et al. (2022) calculou prevalência global de aproximadamente 10,3% entre pessoas de 30 a 79 anos em 2019, o que correspondeu a cerca de 392 milhões de indivíduos, embora diferenças metodológicas e de disponibilidade de espirometria produzam variação importante entre países. Na América Latina, o estudo PLATINO encontrou prevalências

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

expressivas em cinco grandes cidades. Em São Paulo, a prevalência foi de 15,8% entre adultos com 40 anos ou mais quando se utilizou a relação fixa VEF1/CVF inferior a 0,70 após broncodilatador (MENEZES et al., 2005).

A magnitude epidemiológica contrasta com a baixa proporção de pessoas que conhecem o diagnóstico. Na avaliação inicial do PLATINO em São Paulo, a maior parte dos participantes com obstrução persistente não possuía diagnóstico médico prévio, e o tratamento era incomum entre os casos não reconhecidos (NASCIMENTO et al., 2007). Nove anos depois, o seguimento dessa coorte registrou taxa de subdiagnóstico de 70% entre os novos casos, mostrando que o contato continuado com serviços de saúde não conduziu, por si só, à identificação oportuna (MOREIRA et al., 2014).

Na APS, o subdiagnóstico assume significado próprio. Esse nível de atenção acompanha tabagistas e ex-tabagistas, trabalhadores expostos, pessoas com hipertensão, cardiopatias, diabetes, ansiedade e infecções respiratórias recorrentes. Muitos desses usuários comparecem diversas vezes antes que a hipótese de DPOC seja formulada. A oportunidade diagnóstica pode ser perdida quando a tosse é tratada isoladamente, a dispneia é atribuída ao sedentarismo ou à idade, ou a exacerbação é registrada apenas como bronquite, pneumonia ou crise de asma. O atraso não decorre de uma única falha, mas do acúmulo de pequenas omissões ao longo do itinerário assistencial.

O diagnóstico de DPOC não deve ser reduzido a um valor espirométrico isolado. Ele pressupõe contexto clínico compatível, presença de sintomas respiratórios e/ou fatores de risco relevantes e demonstração objetiva de limitação persistente do fluxo aéreo pela espirometria pós-broncodilatador. O PCDT brasileiro atualizado e a GOLD 2026 mantêm a relação VEF1/CVF inferior a 0,70 após broncodilatador como critério de confirmação, mas reconhecem que o ponto de corte fixo pode classificar em excesso alguns idosos e deixar de reconhecer alterações relevantes em adultos mais jovens. Por isso, resultados próximos ao limiar devem ser interpretados à luz da qualidade técnica, idade, sintomas, exposições e, quando necessário, repetidos ou confrontados com o limite inferior da normalidade, sem

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

substituir o critério confirmatório adotado nas diretrizes (BRASIL, 2025; GRAFÍNO et al., 2021; SINGH et al., 2025; GOLD, 2026).

Para esta revisão, subdiagnóstico foi definido operacionalmente como a ausência de diagnóstico prévio, registro clínico ou autorrelato de DPOC em pessoas que, no estudo de origem, apresentavam quadro clínico compatível e obstrução persistente confirmada por espirometria. Reconhece-se, entretanto, que os estudos empregaram definições distintas, incluindo ausência de diagnóstico médico prévio associada à relação VEF1/CVF pós-broncodilatador abaixo do ponto de corte adotado. Sobrediagnóstico foi considerado o registro ou rótulo de DPOC sem confirmação funcional compatível. Essas categorias não são simétricas e podem coexistir no mesmo serviço, razão pela qual as proporções entre estudos não foram tratadas como diretamente intercambiáveis (DIAB et al., 2018).

Esta revisão tem como objetivo analisar os fatores individuais, clínicos, profissionais e organizacionais associados ao subdiagnóstico da DPOC na APS, com ênfase no contexto brasileiro, e discutir oportunidades para uma busca de casos seletiva, factível e articulada à confirmação espirométrica.

2. Revisão da Literatura

2.1 Subdiagnóstico da DPOC na Atenção Primária à Saúde

Nesta revisão, o subdiagnóstico da DPOC é tratado como a discrepância entre doença clinicamente plausível e funcionalmente demonstrável e a ausência de reconhecimento prévio no sistema de saúde, respeitando a definição utilizada em cada estudo. Em parte da literatura, o desfecho corresponde à ausência de diagnóstico médico autorreferido; em outros trabalhos, à inexistência de registro clínico entre participantes com obstrução pós-broncodilatador. Essa heterogeneidade metodológica é relevante porque modifica o denominador e impede que percentuais oriundos de populações, períodos e critérios distintos sejam interpretados como uma única estimativa de prevalência.

No Brasil, Queiroz, Moreira e Rabahi (2012) avaliaram 200 usuários com mais de 40 anos e exposição tabágica ou à fumaça de biomassa em unidades básicas de Aparecida de Goiânia. Sessenta e três apresentaram critérios clínicos e funcionais

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

de DPOC, mas apenas 18 tinham diagnóstico anterior, correspondendo a subdiagnóstico de 71,4%. Expectoração, sibilância e dispneia eram mais frequentes entre os previamente reconhecidos, enquanto os casos sem diagnóstico apresentavam melhor função pulmonar e doença predominantemente leve ou moderada. O achado mostra que a prática tende a reconhecer o estágio mais ruidoso, não o momento em que ainda há maior margem para prevenção de declínio e exacerbações.

O estudo de Hamers et al. (2006) já havia identificado baixa competência diagnóstica para DPOC entre médicos da atenção primária brasileira e demonstrado que a disponibilização de espirometria aumentava substancialmente a detecção. A persistência de proporções semelhantes em estudos posteriores indica que o problema não foi resolvido apenas pela difusão das diretrizes. A espirometria entrou no discurso clínico, mas seu acesso, execução, interpretação e conexão com uma decisão assistencial continuam irregulares.

O estudo PUMA, desenvolvido em serviços de atenção primária de Argentina, Colômbia, Uruguai e Venezuela, ajuda a compreender a dimensão regional. Entre 1.540 participantes com espirometria válida, 309 apresentaram VEF1/CVF pós-broncodilatador inferior a 0,70; 77% não tinham diagnóstico anterior. Quando se utilizou o limite inferior da normalidade, o subdiagnóstico permaneceu elevado, em 73%. Obesidade, obstrução leve ou moderada, pele negra, ausência de dispneia ou sibilância, ausência de exacerbação e atendimento apenas pelo generalista estiveram associados ao não reconhecimento. A espirometria prévia reduziu tanto o subdiagnóstico quanto o diagnóstico incorreto (CASAS HERRERA et al., 2016).

Esses resultados não autorizam interpretar o generalista como causa isolada. O profissional decide dentro de uma rede que pode não ofertar exame, não devolver laudo, restringir solicitação, impor deslocamentos ou não garantir retorno. Quando há pressão assistencial elevada, a consulta tende a priorizar a queixa imediata e condições já institucionalizadas por protocolos, indicadores e disponibilidade terapêutica. A DPOC permanece fora da agenda até que uma exacerbação, internação ou incapacidade torne o problema incontornável.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

A produção recente acrescenta evidência sobre desigualdade territorial. Antunes et al. (2026) analisaram 718.464 espirometrias registradas no SUS em 2023 e 2024 e demonstraram distribuição espacial desigual entre municípios e regiões. O dado não mede diretamente a qualidade nem a indicação do exame, mas expõe uma condição básica: a chance de confirmar DPOC depende do lugar onde a pessoa vive e da capacidade regional de ofertar o procedimento. O subdiagnóstico, portanto, não é somente um problema de conhecimento clínico; é também expressão da organização desigual de recursos diagnósticos.

Quadro 1- Evidências centrais sobre subdiagnóstico da DPOC e acesso diagnóstico

Estudo	Cenário e população	Achado central	Contribuição para a APS
Menezes et al. (2005)	PLATINO, adultos ≥ 40 anos em São Paulo	Prevalência de DPOC de 15,8% pela relação fixa	Dimensiona a carga oculta na população
Nascimento et al. (2007)	PLATINO, São Paulo	DPOC amplamente não diagnosticada e não tratada	Mostra distância entre obstrução e reconhecimento clínico
Hamers et al. (2006)	Atenção primária brasileira	Baixa competência diagnóstica; espirometria ampliou detecção	Relaciona capacidade profissional e acesso ao exame
Queiroz et al. (2012)	200 usuários de UBS com risco, Aparecida de Goiânia	71,4% dos 63 casos confirmados não tinham diagnóstico	Evidencia perda de casos leves e moderados
Moreira et al. (2014)	Seguimento de nove anos do PLATINO	70% de subdiagnóstico entre novos casos	Demonstra persistência ao longo do tempo
Casas Herrera et al. (2016)	PUMA, 1.540 espirometrias válidas em quatro países	Subdiagnóstico de 77% pela relação fixa e 73% pelo LIN	Identifica fatores clínicos e importância da espirometria prévia
Martins et al. (2022)	1.162 hipertensos em nove UBS brasileiras	6,8% tinham DPOC confirmada; testes simples foram factíveis	Apoia busca de casos integrada a programas de crônicos
Antunes et al. (2026)	718.464 exames do SUS em 2023-2024	Distribuição regional desigual da espirometria	Introduz a dimensão territorial do acesso diagnóstico

Fonte: elaborado pelos autores.

2.2 Fatores relacionados ao usuário, aos sintomas e às exposições

A instalação gradual da limitação ventilatória favorece adaptação silenciosa. Muitas pessoas reduzem o ritmo ao caminhar, evitam escadas e distribuem tarefas ao longo do dia antes de nomear dispneia como sintoma. Tosse e expectoração podem ser naturalizadas como efeito esperado do cigarro, da poeira ou do envelhecimento. Quando o profissional pergunta apenas se existe falta de ar, sem explorar mudanças na atividade, a resposta negativa pode esconder restrição

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

funcional já relevante. A baixa percepção de sintomas não equivale à ausência de impacto.

O tabagismo produz uma ambivalência específica. Ele é o principal fator de risco reconhecido, porém sua centralidade pode estreitar o raciocínio. Ex-tabagistas com longa carga tabágica deixam de ser investigados porque cessaram há anos; pessoas que fumam pouco, mas por várias décadas, subestimam a exposição; e não fumantes com exposição à biomassa ou ocupacional são excluídos da hipótese. Em mulheres, a exposição prolongada à fumaça de lenha em ambientes pouco ventilados pode não ser espontaneamente relatada como risco respiratório. Em trabalhadores, poeiras minerais, vapores, fumos metálicos e produtos químicos são frequentemente registrados de forma genérica, sem duração, intensidade ou uso efetivo de proteção.

A carga tabágica em maços-ano é útil, mas não deve operar como barreira rígida. A GOLD (2026) recomenda considerar sintomas respiratórios, exposição e outros fatores de risco. A adoção automática de um limiar elevado pode deixar de fora indivíduos suscetíveis, pessoas com crescimento pulmonar comprometido e aqueles cuja doença resulta de múltiplas exposições de menor intensidade. A anamnese deve reconstruir a trajetória respiratória, incluindo infecções na infância, asma, tuberculose prévia, condições de moradia e trabalho.

A multimorbidade desvia a atenção e também mascara manifestações. Dispneia e intolerância ao esforço em pessoas com obesidade, insuficiência cardíaca, anemia, ansiedade ou descondicionamento costumam ser explicadas pela condição mais evidente. A coexistência é frequente e uma causa não exclui a outra. No estudo brasileiro de Martins et al. (2022), a busca de casos entre hipertensos com 40 anos ou mais foi factível em nove unidades básicas e identificou DPOC clinicamente confirmada em 6,8% dos 1.162 participantes. A hipertensão funcionou como porta de entrada programática para investigar uma doença que compartilhava idade e tabagismo como determinantes.

Baixa escolaridade, insegurança laboral, renda limitada e distância do serviço interferem na conclusão do diagnóstico. A espirometria exige comparecimento, compreensão das manobras e, em muitos arranjos, deslocamento para outro ponto

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

da rede. O usuário que trabalha sem flexibilidade, cuida de dependentes ou paga transporte pode não realizar o exame mesmo depois de solicitado. O não comparecimento, então, aparece no prontuário como escolha individual, embora resulte de uma oferta pouco compatível com a vida cotidiana.

As experiências de estigma também importam. Alguns fumantes evitam relatar sintomas por culpa ou antecipação de censura; outros temem receber uma doença associada a incapacidade permanente. Estudo qualitativo sobre busca de casos mostrou que negação, dificuldade de reconhecer sintomas, receio do teste e baixa prioridade atribuída às queixas respiratórias limitavam a participação. Barreiras práticas, como dificuldade de conseguir consulta e ausência de devolutiva após a espirometria, completavam esse percurso (ENOCSON et al., 2018).

2.3 Fatores clínicos e profissionais

A expressão clínica da DPOC é pouco específica. Tosse, secreção, sibilância, dispneia e infecções repetidas podem ocorrer em asma, insuficiência cardíaca, bronquiectasias, sequelas de tuberculose e outras condições. Essa sobreposição exige raciocínio longitudinal. O erro surge quando a incerteza inicial se cristaliza em um rótulo sem teste ou quando a coexistência de doenças impede investigar obstrução persistente. Revisão sobre acurácia diagnóstica na APS encontrou ampla variação de subdiagnóstico e sobrediagnóstico de asma e DPOC, reforçando a insuficiência da avaliação baseada apenas em sintomas (SÃO JOSÉ et al., 2014).

A atribuição ao envelhecimento é recorrente. Dispneia em idosos pode ser interpretada como consequência inevitável da idade, do sedentarismo ou do peso. Em adultos mais jovens, a hipótese de DPOC é afastada, mesmo diante de exposições intensas. Essa dupla distorção é ampliada pelo uso irrefletido da relação fixa VEF1/CVF, que pode classificar excesso de idosos e deixar de reconhecer valores anormais para a idade em pessoas mais jovens. Grafíno et al. (2021) mostraram que os critérios da GOLD e do limite inferior da normalidade não são intercambiáveis. A interpretação deve explicitar o critério e considerar o contexto clínico.

A espirometria é um procedimento dependente de qualidade. Equipamento sem calibração, orientação incompleta, número insuficiente de manobras, ausência

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

de broncodilatador ou laudo produzido sem curvas aceitáveis podem gerar falso conforto ou diagnóstico indevido. A crença de que o exame é excessivamente difícil convive com treinamentos episódicos que não asseguram manutenção da competência. A revisão de Yamada et al. (2022), que incluiu 18 estudos, identificou barreiras em múltiplos domínios: conhecimento sobre a utilidade do teste, habilidades técnicas, confiança na interpretação, recursos, fluxos e influência do ambiente de trabalho.

Mesmo quando a espirometria existe, a solicitação pode ser baixa. Walters et al. (2005) observaram barreiras organizacionais e técnicas e reconhecimento insuficiente de seu papel essencial. Joo et al. (2011) associaram o uso do exame e a acurácia diagnóstica a características do sistema e do cuidado. Esses achados sustentam que cursos isolados têm efeito limitado quando não há agenda protegida, profissional responsável, manutenção do equipamento, protocolo de encaminhamento e retorno do resultado.

Outra oportunidade perdida ocorre após exacerbações. Episódios tratados com antibióticos, corticoide ou nebulização podem ser registrados como infecção aguda sem revisão posterior. A consulta de seguimento deveria recuperar o histórico de episódios, verificar tabagismo e exposição, avaliar sintomas basais e programar espirometria após estabilização. Se cada evento é tratado como ocorrência autônoma, a trajetória permanece invisível.

O prontuário pode favorecer ou dificultar o reconhecimento. Registros de tabagismo sem quantificação, ocupação sem exposição, repetição de códigos inespecíficos e ausência de escala de dispneia impedem que a equipe perceba padrões. Alertas eletrônicos simples podem identificar adultos com exposição e consultas repetidas por queixas respiratórias, mas o alerta precisa estar ligado a uma ação possível. Sistemas que apenas acrescentam avisos a agendas sobrecarregadas tendem a produzir fadiga e pouca mudança.

2.4 Fatores organizacionais e territoriais na APS brasileira

A APS brasileira reúne condições favoráveis para o diagnóstico oportuno: base territorial, vínculo, acompanhamento de condições crônicas, atuação multiprofissional e contato domiciliar. Essas características permitem reconhecer

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

perda funcional e exposições que não aparecem em uma consulta isolada. Contudo, a capacidade diagnóstica depende da articulação com a atenção especializada e com serviços de apoio. A unidade que suspeita, mas não consegue confirmar, mantém o usuário em uma zona intermediária entre risco conhecido e doença não nomeada.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da DPOC vigente no SUS foi atualizado pela Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 29, de 27 de novembro de 2025, que revogou o protocolo aprovado em 2021. O documento orienta que a suspeita diagnóstica seja construída a partir da história clínica, dos sintomas respiratórios e dos fatores de risco, com confirmação por espirometria pós-broncodilatador. A relação VEF1/CVF inferior a 0,70 permanece como referência diagnóstica, mas o próprio PCDT alerta para limitações do ponto de corte fixo em diferentes faixas etárias. Na APS, a aplicação da diretriz depende não apenas da indicação correta do exame, mas de oferta regional, qualidade técnica, interpretação e devolutiva assistencial (BRASIL, 2025).

A concentração do equipamento em serviços de referência não é necessariamente inadequada, porque a qualidade exige volume, manutenção e supervisão. O problema aparece quando a centralização não é acompanhada de regulação ágil, transporte sanitário, comunicação do resultado e suporte à interpretação. Modelos regionais podem combinar indicação e acompanhamento pela equipe de referência com realização em polos, unidades móveis ou pontos itinerantes. O objetivo não é instalar um aparelho em cada unidade, mas assegurar que qualquer usuário elegível complete o exame em tempo clinicamente razoável.

Corrêa et al. (2023) defenderam a expansão da espirometria no SUS por meio de capacitação e estratégias de telessaúde. A tele-espirometria pode apoiar a revisão de curvas, a padronização de laudos e o suporte a profissionais em regiões com menor disponibilidade de especialistas. Essa possibilidade, entretanto, depende de conectividade, governança de dados, definição de responsabilidades e canal para discussão de resultados duvidosos. A tecnologia pode qualificar o fluxo, mas não substitui a organização da referência, da contrarreferência e do seguimento.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

A disponibilidade também é afetada por prioridades concorrentes. Hipertensão, diabetes, pré-natal, imunização e condições transmissíveis possuem rotinas e indicadores consolidados. Doenças respiratórias crônicas frequentemente aparecem de forma fragmentada, sobretudo quando não há marcador de desempenho relacionado à identificação, cessação do tabagismo, confirmação funcional e acompanhamento. Isso não significa criar metas de diagnóstico a qualquer custo. Indicadores mal desenhados podem estimular rotulação sem espirometria. Devem-se monitorar processos seguros, como proporção de pessoas elegíveis avaliadas, tempo até o exame, qualidade das curvas e devolutiva documentada.

A rotatividade de profissionais e a concentração da tarefa em uma única pessoa tornam o serviço vulnerável. A equipe precisa compartilhar critérios de suspeição, enquanto execução e interpretação podem permanecer com profissionais treinados. Agentes comunitários de saúde podem reconhecer limitação funcional, fumaça de lenha e exposição laboral durante visitas; enfermagem pode qualificar anamnese, aplicar instrumentos e organizar seguimento; medicina integra diagnóstico diferencial; fisioterapia e profissionais de função pulmonar apoiam a qualidade técnica. A divisão do trabalho deve proteger o sigilo e evitar que questionários sejam usados como diagnóstico final.

Desigualdades territoriais exigem planejamento regional. A produção nacional de espirometrias não deve ser avaliada apenas pelo total. Taxas municipais e regionais, distância percorrida, tempo de espera e proporção de exames inconclusivos revelam dimensões distintas do acesso. O estudo de Antunes et al. (2026) oferece base para essa vigilância, ao demonstrar que o volume registrado no SUS em 2023 e 2024 se distribuiu de modo heterogêneo. A alocação de polos deve considerar população acima de 40 anos, prevalência de tabagismo, exposições ocupacionais e de biomassa, internações por doenças respiratórias e vazios assistenciais.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

Quadro 2- Fatores associados ao subdiagnóstico e respostas possíveis na APS.

Dimensão	Mecanismo de subdiagnóstico	Sinal observável	Resposta possível
Usuário	Normalização da tosse e da dispneia	Redução de atividade sem queixa espontânea	Perguntar sobre tarefas abandonadas e ritmo de caminhada
Exposição	Foco exclusivo no tabagismo atual	Ex-tabagista, biomassa ou risco ocupacional não registrado	Reconstruir exposições ao longo da vida
Clínica	Sintomas atribuídos à idade ou comorbidade	Tratamentos repetidos sem revisão diagnóstica	Reavaliar após estabilização e considerar coexistência
Profissional	Baixa confiança na espirometria	Poucas solicitações ou laudos ignorados	Educação permanente ligada a casos e supervisão
Serviço	Oferta distante ou fluxo incompleto	Solicitação sem exame ou sem retorno	Polos regionais, rastreamento do percurso e telessaúde
Gestão	Ausência de monitoramento	Diagnóstico apenas após internação	Usar eventos sentinela e indicadores de conclusão diagnóstica

Fonte: elaborado pelos autores.

2.5 Consequências clínicas e programáticas

O subdiagnóstico priva o usuário de intervenções que independem de doença avançada. Cessação do tabagismo, redução de exposições, vacinação, atividade física orientada, educação para reconhecer exacerbações e manejo de comorbidades podem ser iniciados precocemente. O diagnóstico também permite evitar medicamentos inadequados, planejar seguimento e discutir prognóstico sem esperar uma internação. O benefício não deriva do rótulo isolado, mas da mudança concreta no cuidado.

Casos não reconhecidos podem apresentar exacerbações tratadas tardiamente, uso repetido de urgência e declínio funcional não monitorado. Ao mesmo tempo, programas de busca de casos precisam demonstrar que a identificação se converte em manejo efetivo. A experiência do programa BLISS mostrou que localizar doença não garante automaticamente cuidado posterior de qualidade e que a adesão aos convites pode ser limitada (ADAB et al., 2021). A etapa diagnóstica deve ser desenhada junto com a capacidade de acompanhar.

O impacto econômico é ambivalente. A ampliação de testes exige investimento, mas exames direcionados podem evitar ciclos de tratamento empírico, duplicidade de consultas e internações futuras. Martins et al. (2022) compararam

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

questionários, microespirômetro e pico de fluxo em hipertensos da APS brasileira. O questionário SBQ apresentou sensibilidade de 75,9% e especificidade de 59,2%; o pico de fluxo teve menor sensibilidade e maior especificidade. A combinação mais eficiente dependeu do custo, da capacidade local e do número de casos detectados. Não existe instrumento único que resolva todos os cenários.

A distinção entre rastreamento populacional e busca de casos é central. Rastreamento populacional corresponde à oferta sistemática de teste a indivíduos assintomáticos sem seleção clínica individual, estratégia para a qual não há recomendação de benefício líquido na população geral assintomática. Busca de casos, por outro lado, dirige a avaliação a pessoas que apresentam sintomas respiratórios persistentes e/ou fatores de risco relevantes, podendo ocorrer de forma oportunística durante contatos rotineiros com a APS ou de forma ativa em grupos previamente definidos. Portanto, a recomendação contrária ao rastreamento indiscriminado não se aplica à investigação clínica de pessoas sintomáticas ou expostas (USPSTF, 2022; GOLD, 2026).

3. Metodologia

Trata-se de revisão narrativa da literatura, desenvolvida com busca estruturada e síntese crítica. Esse delineamento foi escolhido porque a pergunta envolve estudos epidemiológicos, pesquisas de acurácia, avaliações de implementação, estudos qualitativos e documentos normativos. A revisão narrativa permite integrar desenhos distintos e discutir como os fatores se relacionam no percurso do usuário, desde o reconhecimento dos sintomas até a confirmação funcional. Para reduzir arbitrariedade, foram adotados princípios de transparência descritos por Green, Johnson e Adams (2006) e os domínios de qualidade da escala SANRA, especialmente explicitação da relevância, objetivo, estratégia de busca, referenciação e apresentação equilibrada dos achados (BAETHGE; GOLDBECK-WOOD; MERTENS, 2019).

A busca foi realizada em 14 de setembro de 2026 nas bases MEDLINE, por meio do PubMed, e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Empregaram-se descritores MeSH e termos livres em português e inglês, combinados por operadores

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

booleanos: ("Pulmonary Disease, Chronic Obstructive" OR COPD OR DPOC) AND (diagnosis OR underdiagnosis OR under-diagnosis OR case finding OR screening OR spirometry OR diagnóstico OR subdiagnóstico OR busca de casos OR espirometria) AND ("Primary Health Care" OR primary care OR Atenção Primária OR Atenção Básica OR Saúde da Família) AND (Brazil OR Brasil OR "Latin America"). Buscas complementares foram realizadas nas listas de referências dos artigos centrais e em páginas oficiais do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, GOLD e U.S. Preventive Services Task Force. A atualização normativa considerou o PCDT aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 29/2025, a GOLD 2026 e a ficha técnica da WHO atualizada em junho de 2026.

Foram priorizados trabalhos publicados entre janeiro de 2005 e setembro de 2026. O marco inicial incluiu a publicação do estudo PLATINO, fundamental para dimensionar a prevalência e a invisibilidade diagnóstica da DPOC na América Latina. Consideraram-se estudos com adultos atendidos na APS ou provenientes da população geral que apresentassem dados sobre prevalência não diagnosticada, fatores associados, uso ou qualidade da espirometria, instrumentos de pré-seleção, barreiras profissionais e organizacionais ou trajetórias anteriores ao diagnóstico. Diretrizes clínicas, documentos governamentais e revisões de alta pertinência foram utilizados para interpretar critérios diagnósticos e implicações programáticas.

Foram excluídos estudos restritos ao tratamento farmacológico sem relação com reconhecimento diagnóstico, séries exclusivamente hospitalares sem informação sobre o percurso anterior, trabalhos pediátricos, publicações sem informação suficiente para verificar população, método e resultado e textos cuja definição de DPOC não permitia distinguir diagnóstico clínico de obstrução confirmada. Como se trata de revisão narrativa, não foi utilizada meta numérica de inclusão nem critério de encerramento baseado apenas na repetição temática. A seleção foi orientada pela pertinência à pergunta, diversidade de desenhos e cenários, qualidade de descrição metodológica e contribuição para os eixos analíticos previamente definidos. A síntese final reuniu 31 referências, entre estudos primários, revisões, diretrizes e documentos institucionais.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

A extração foi organizada em matriz contendo local, desenho, população, definição de DPOC, definição de subdiagnóstico, proporção de casos não reconhecidos, fatores associados, método de confirmação e implicações para a APS. A síntese ocorreu em quatro eixos: fatores ligados ao usuário e às exposições; fatores clínicos e profissionais; fatores organizacionais e territoriais; e estratégias para reduzir oportunidades perdidas. Resultados de contextos internacionais foram utilizados como apoio interpretativo, sem pressupor transferência automática ao Sistema Único de Saúde. Não foi realizada avaliação formal de risco de viés de cada estudo, o que constitui limitação do delineamento narrativo. Para reduzir interpretações indevidas, priorizaram-se fontes primárias verificáveis, estudos com confirmação por espirometria pós-broncodilatador e documentos normativos vigentes.

4. Resultados e Discussão

4.1 Estratégias para reduzir o subdiagnóstico

A literatura revisada sustenta a busca de casos em pessoas com maior probabilidade pré-teste, mas as formas específicas de operacionalização na APS brasileira ainda dependem de contexto e avaliação local. Com base nesses achados, e distinguindo evidência observada de proposta organizacional dos autores, considera-se apropriado integrar a identificação de casos às consultas de rotina, ao acompanhamento de hipertensão e diabetes, às ações de cessação do tabagismo, à vacinação e ao atendimento por infecção respiratória. Nesses contatos, sintomas persistentes e exposições relevantes podem orientar a indicação de investigação. Perguntas sobre tosse, expectoração, sibilância, dispneia, redução de atividade, tabagismo atual ou anterior, biomassa e exposições ocupacionais ampliam a suspeição, inclusive entre não fumantes e ex-tabagistas.

Instrumentos breves podem padronizar a pré-seleção, mas não substituem julgamento clínico nem espirometria. O escore PUMA utiliza sexo, idade, carga tabágica, dispneia, expectoração, tosse e espirometria anterior. Na validação original, versões simples e ponderadas apresentaram acurácia média de 76% e 79%, respectivamente (LÓPEZ VARELA et al., 2016). A escolha de ponto de corte deve

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

equilibrar capacidade de exame e risco de perder casos. Questionários muito sensíveis podem sobrecarregar uma rede com oferta pequena; instrumentos muito específicos deixam de fora doença inicial.

A microespirometria, o pico de fluxo e questionários estruturados podem atuar como instrumentos de pré-seleção em estratégias de busca de casos, especialmente onde o acesso à espirometria é limitado. Esses recursos não confirmam DPOC e não devem substituir a espirometria diagnóstica pós-broncodilatador. No estudo brasileiro entre hipertensos, combinações de testes mostraram viabilidade operacional e diferentes relações entre sensibilidade, especificidade e custo (MARTINS et al., 2022). Quando adotados, esses instrumentos precisam integrar protocolo explícito que defina quem é avaliado, ponto de corte, prazo para confirmação, conduta diante de teste negativo com alta suspeição e forma de registrar o desfecho.

A confirmação diagnóstica exige espirometria pós-broncodilatador realizada com controle de qualidade. Isso envolve equipamento validado, calibração ou verificação apropriada, treinamento e supervisão, manobras aceitáveis e reprodutíveis, protocolo padronizado e laudo que permita interpretação clínica. O limite inferior da normalidade pode acrescentar informação em situações limítrofes e reduzir parte da classificação inadequada relacionada à idade, mas não deve ser apresentado como substituto automático do critério adotado pelo PCDT e pela GOLD. Do mesmo modo, microespirometria e pico de fluxo são ferramentas de triagem ou pré-seleção, não testes confirmatórios. Resultados discordantes da clínica ou tecnicamente duvidosos devem ser revistos e, quando necessário, repetidos (BRASIL, 2025; SINGH et al., 2025; GOLD, 2026).

Polos regionais apoiados por telessaúde podem ampliar escala sem perder qualidade. A unidade de origem seleciona e prepara o usuário; o polo realiza o exame; uma central revisa tecnicamente e emite laudo; o resultado retorna à equipe, que integra os achados e comunica a decisão. Cada etapa deve ter prazo e responsável. Sem rastreamento do percurso, a solicitação pode desaparecer entre sistemas que não conversam.

A educação permanente precisa partir de casos reais da rede. Sessões curtas podem revisar prontuários de pessoas diagnosticadas após internação, identificar

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

contatos anteriores, discutir indicações não reconhecidas e observar a qualidade de espirometrias recentes. Esse método aproxima conteúdo e trabalho e evita capacitação abstrata. O objetivo é construir competência coletiva para suspeitar, testar, interpretar e acompanhar.

A comunicação com o usuário deve evitar fatalismo. Explicar que a DPOC é tratável, que a cessação do tabagismo continua benéfica e que o exame exige esforço, mas é seguro, reduz medo e culpa. A devolutiva precisa informar o que foi encontrado, as incertezas e os próximos passos. Enocson et al. (2018) mostraram que ausência de feedback desestimula participação e enfraquece a confiança na busca de casos.

Por fim, a gestão deve monitorar oportunidades perdidas. Novos diagnósticos após internação, exacerbações repetidas sem espirometria, solicitações não realizadas e laudos sem consulta de retorno são eventos sentinela. A análise não deve procurar culpados, mas localizar falhas de fluxo. A combinação de dados epidemiológicos e revisão de trajetórias permite diferenciar baixa suspeição, acesso insuficiente, exame de baixa qualidade e perda de seguimento.

4.2 Discussão

A literatura revisada indica associação entre subdiagnóstico da DPOC, baixa visibilidade clínica e limitações na capacidade de confirmação. Pessoas com obstrução menos intensa, poucos sintomas declarados e menor utilização de serviços apresentam maior probabilidade de permanecer sem diagnóstico em diferentes estudos. Esse padrão aparece em investigações brasileiras, latino-americanas e internacionais, mas as proporções não são diretamente comparáveis por diferenças de população, período, ponto de corte espirométrico e definição de diagnóstico anterior. Assim, os achados devem ser interpretados como evidência de um problema recorrente, e não como uma medida única de magnitude nacional.

No contexto brasileiro, Queiroz, Moreira e Rabahi (2012) encontraram 71,4% de subdiagnóstico entre 63 participantes com DPOC confirmada em uma amostra selecionada de usuários de unidades básicas de Aparecida de Goiânia. Moreira et al. (2014), no seguimento da coorte PLATINO em São Paulo, registraram 70% de subdiagnóstico entre novos casos identificados naquele estudo. Em quatro países

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

latino-americanos, o PUMA relatou 77% segundo a relação fixa e 73% pelo limite inferior da normalidade (CASAS HERRERA et al., 2016). Esses percentuais descrevem populações e períodos específicos e não devem ser generalizados como estimativa nacional atual. Além disso, diferenças no critério funcional e na definição de diagnóstico prévio influenciam a comparabilidade.

Os estudos mostram que a disponibilidade de espirometria, isoladamente, não garante diagnóstico oportuno. Barreiras de solicitação, execução, qualidade, interpretação e retorno aparecem de forma recorrente, assim como limitações de conhecimento e de organização do serviço (YAMADA et al., 2022). A partir dessa evidência, os autores propõem que intervenções na APS combinem qualificação da suspeição clínica, acesso ao exame e definição de fluxos de devolutiva e seguimento. Essa proposta é uma síntese organizacional derivada da literatura e não deve ser interpretada como efeito diretamente demonstrado por um único estudo.

Busca de casos e rastreamento populacional não são equivalentes. A GOLD 2026 reforça uma abordagem proativa de case finding em pessoas com sintomas persistentes ou fatores de risco, enquanto não recomenda espirometria populacional indiscriminada em adultos assintomáticos de baixo risco. Na prática da APS, a busca pode ser oportunística, quando ocorre durante uma consulta por outro motivo, ou ativa, quando grupos de maior risco são convidados para avaliação. Em ambos os casos, instrumentos de pré-seleção podem apoiar a decisão de testar, mas a confirmação permanece dependente de espirometria pós-broncodilatador e do contexto clínico (GOLD, 2026; USPSTF, 2022).

Os dados recentes sobre a distribuição de espirometrias no SUS acrescentam uma dimensão territorial ao problema. Antunes et al. (2026) analisaram os registros de 2023 e 2024 e identificaram heterogeneidade espacial na oferta do exame entre municípios e regiões. O estudo não estima diretamente a prevalência de subdiagnóstico nem a qualidade individual dos testes, mas documenta desigualdade de acesso a um recurso necessário para confirmação funcional. A partir desse achado, estratégias de regionalização com polos, unidades móveis ou tele-espirometria podem ser consideradas conforme densidade populacional, distância e capacidade instalada, desde que sua efetividade seja avaliada no contexto local.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

Há lacunas na produção brasileira. São necessários estudos multicêntricos na Estratégia Saúde da Família, com representação das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, análise de raça ou cor, gênero, renda, ocupação, biomassa e ruralidade. Também faltam avaliações pragmáticas que meçam não somente novos diagnósticos, mas cessação do tabagismo, vacinação, exacerbações, qualidade de vida, uso de urgência e custos. Uma intervenção que eleva registros sem melhorar esses desfechos terá valor limitado.

Esta revisão possui limitações. O método narrativo não assegura exaustividade, não produz estimativa combinada e não incluiu avaliação formal de risco de viés de cada estudo. A busca concentrou-se em MEDLINE/PubMed e SciELO, complementada por referências e fontes institucionais, o que pode ter deixado de recuperar publicações indexadas exclusivamente em outras bases. A literatura brasileira permanece concentrada em poucos centros, e parte das evidências organizacionais provém de outros sistemas de saúde. Estudos clássicos foram mantidos por sua relevância histórica, mas seus resultados não foram tratados como representativos da situação nacional atual. Durante a síntese, resultados diretamente observados foram separados de inferências e propostas programáticas dos autores, com prioridade para estudos que utilizaram confirmação espirométrica.

5. Conclusão

O subdiagnóstico da DPOC na APS é um fenômeno multifatorial. Os estudos revisados associam o não reconhecimento a sintomas pouco valorizados, exposições não registradas, multimorbidade, menor gravidade funcional, baixa utilização de serviços e dificuldades relacionadas ao acesso, à execução e à interpretação da espirometria. Esses achados não autorizam atribuir o problema a uma única categoria profissional ou a uma única deficiência da rede. A identificação oportuna depende da combinação entre suspeição clínica fundamentada, confirmação funcional de qualidade e continuidade do cuidado.

A evidência disponível favorece a busca oportunística ou direcionada de casos entre adultos com sintomas e/ou fatores de risco relevantes, em contraste com o rastreamento populacional indiscriminado de assintomáticos. Instrumentos breves,

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

microespirometria e pico de fluxo podem apoiar a pré-seleção quando utilizados de forma protocolada, mas não substituem a confirmação por espirometria pós-broncodilatador. Polos regionais, unidades móveis e tele-espirometria constituem possibilidades organizacionais a serem avaliadas segundo acesso, qualidade, custo e capacidade de seguimento.

Para a APS brasileira, a literatura sugere oportunidades de integrar a saúde respiratória a rotinas já existentes, como cessação do tabagismo, cuidado de condições crônicas, vacinação, saúde do trabalhador e seguimento após infecções ou exacerbações. Essas propostas devem ser entendidas como aplicações programáticas derivadas da síntese, e não como intervenções cuja efetividade esteja integralmente estabelecida para todos os territórios. Estudos multicêntricos e avaliações pragmáticas são necessários para estimar impacto sobre confirmação diagnóstica, desfechos clínicos, equidade e custos.

Nota para avaliação duplo-cega: a identificação dos autores e a declaração individual de contribuições CRediT foram removidas desta versão. A declaração completa deve constar na versão identificada após validação das contribuições efetivamente realizadas por cada autor.

Referências

ADAB, Peymané et al. Case-finding and improving patient outcomes for chronic obstructive pulmonary disease in primary care: the BLISS research programme including cluster RCT. Southampton: NIHR Journals Library, 2021. DOI: 10.3310/pgfar09130.

ADELOYE, Davies 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, London, v. 10, n. 5, p. 447-458, 2022. DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00511-7.

ANTUNES, Marcos Otávio Brum et al. Regional disparities in access to spirometry in the Brazilian public health system. Respiratory Research & Clinical Practice, Brasília, v. 52, n. 1, e20250227, 2026. DOI: 10.36416/1806-3756/e20250227.

BAETHGE, Christopher; GOLDBECK-WOOD, Sandra; MERTENS, Stephan. SANRA: a scale for the quality assessment of narrative review articles. Research Integrity and Peer Review, London, v. 4, art. 5, 2019. DOI: 10.1186/s41073-019-0064-8.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças respiratórias crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 29, de 27 de novembro de 2025.

CASAS HERRERA, Alejandro et al. COPD underdiagnosis and misdiagnosis in a high-risk primary care population in four Latin American countries: a key to enhance disease diagnosis. The PUMA Study. PLOS ONE, San Francisco, v. 11, n. 4, e0152266, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0152266.

CORRÊA, Ricardo Amorim et al. Increasing patient access to spirometry in the Unified Health System in Brazil: no longer a dream but a near reality. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 49, n. 6, e20230384, 2023. DOI: 10.36416/1806-3756/e20230384.

DIAB, Nandini et al. Underdiagnosis and overdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, New York, v. 198, n. 9, p. 1130-1139, 2018. DOI: 10.1164/rccm.201804-0621CI.

ENOCSON, Alexandra et al. Case-finding for COPD in primary care: a qualitative study of patients' perspectives. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Auckland, v. 13, p. 1623-1632, 2018. DOI: 10.2147/COPD.S147718.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2026 report. [S. l.]: GOLD, 2026. Disponível em: https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/. Acesso em: 14 set. 2026.

GRAFÍNO, Mónica et al. Spirometry for the diagnosis of airway obstruction in patients with risk factors for COPD: the GOLD and lower limit of normal criteria. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 47, n. 3, e20210124, 2021. DOI: 10.36416/1806-3756/e20210124.

GREEN, Bart N.; JOHNSON, Claire D.; ADAMS, Alan. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. Journal of Chiropractic Medicine, Amsterdam, v. 5, n. 3, p. 101-117, 2006. DOI: 10.1016/S0899-3467(07)60142-6.

HAMERS, Raph et al. Chronic obstructive pulmonary disease in Brazilian primary care: diagnostic competence and case-finding. Primary Care Respiratory Journal, London, v. 15, n. 5, p. 299-306, 2006. DOI: 10.1016/j.pcrj.2006.07.008.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

HILL, Kate et al. Prevalence and underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among patients at risk in primary care. Canadian Medical Association Journal, Ottawa, v. 182, n. 7, p. 673-678, 2010. DOI: 10.1503/cmaj.091784.

JONES, Rupert C. M. et al. Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: a retrospective study of a clinical cohort. The Lancet Respiratory Medicine, London, v. 2, n. 4, p. 267-276, 2014. DOI: 10.1016/S2213-2600(14)70008-6.

JOO, Michael J. et al. Determinants of spirometry use and accuracy of COPD diagnosis in primary care. Journal of General Internal Medicine, New York, v. 26, n. 11, p. 1272-1277, 2011. DOI: 10.1007/s11606-011-1770-x.

LAMPRECHT, Bernd et al. Determinants of underdiagnosis of COPD in national and international surveys. Chest, Glenview, v. 148, n. 4, p. 971-985, 2015. DOI: 10.1378/chest.14-2535.

LÓPEZ VARELA, Maria Victorina et al. Development of a simple screening tool for opportunistic COPD case finding in primary care in Latin America: the PUMA study. Respirology, Carlton, v. 21, n. 7, p. 1227-1234, 2016. DOI: 10.1111/resp.12834.

MARTINS, S. M. et al. Accuracy and economic evaluation of screening tests for undiagnosed COPD among hypertensive individuals in Brazil. npj Primary Care Respiratory Medicine, London, v. 32, art. 55, 2022. DOI: 10.1038/s41533-022-00303-w.

MENEZES, Ana Maria Baptista et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. The Lancet, London, v. 366, n. 9500, p. 1875-1881, 2005. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67632-5.

MOREIRA, Graciane Laender et al. PLATINO, a nine-year follow-up study of COPD in the city of São Paulo, Brazil: the problem of underdiagnosis. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 40, n. 1, p. 30-37, 2014. DOI: 10.1590/S1806-37132014000100005.

NASCIMENTO, Oliver A. et al. Chronic obstructive pulmonary disease is underdiagnosed and undertreated in São Paulo (Brazil): results of the PLATINO study. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, Ribeirão Preto, v. 40, n. 7, p. 887-895, 2007. DOI: 10.1590/S0100-879X2006005000133.

QUEIROZ, Maria Conceição de Castro Antonelli Monteiro de; MOREIRA, Maria Auxiliadora Carmo; RABAHI, Marcelo Fouad. Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 38, n. 6, p. 692-699, 2012. DOI: 10.1590/S1806-37132012000600003.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 12/08/2026 - **Accepted:** 17/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/r60h9881
Pages: 1-25

SÃO JOSÉ, Bruno Piassi de et al. Diagnostic accuracy of respiratory diseases in primary health units. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 60, n. 6, p. 599-612, 2014. DOI: 10.1590/1806-9282.60.06.021.

SINGH, Dave et al. GOLD Science Committee recommendations for the use of pre- and post-bronchodilator spirometry for the diagnosis of COPD. European Respiratory Journal, Sheffield, v. 65, 2401603, 2025. DOI: 10.1183/13993003.01603-2024.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for chronic obstructive pulmonary disease: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. JAMA, Chicago, v. 327, n. 18, p. 1806-1811, 2022. DOI: 10.1001/jama.2022.5692.

WALTERS, Julia A. E. et al. Barriers to the use of spirometry in general practice. Australian Family Physician, Sydney, v. 34, n. 3, p. 201-203, 2005.

WALTERS, Julia A. et al. Factors associated with misdiagnosis of COPD in primary care. Primary Care Respiratory Journal, London, v. 20, n. 4, p. 396-402, 2011. DOI: 10.4104/pcrj.2011.00039.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Geneva: WHO, 10 June 2026. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd). Acesso em: 16 set. 2026.

YAMADA, Janet et al. Barriers and enablers to objective testing for asthma and COPD in primary care: a systematic review using the Theoretical Domains Framework. Chest, Glenview, v. 161, n. 4, p. 888-905, 2022. DOI: 10.1016/j.chest.2021.10.030.

CC BY