

# CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA DA REDE BÁSICA DE SAÚDE

CHAYENNE TEIXEIRA, FABIOLA HERMES CHESANI, EDILAINE KERKOSKI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ (UNIVALI). ITAJAÍ. SANTA CATARINA. BRASIL

edilaine@univali.br

## Introdução:

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tem causado um impacto no setor de saúde pública pelo número de internações hospitalares e gastos elevados para tratamento no Sistema Único de Saúde. Esse fato, despertou a atenção dos profissionais da saúde, pois além dos fatores de risco, da alta incidência e morbidade e as estimativas de maior aumento mundial de pessoas com DPOC, essa doença pode ser assintomática ou com sintomas de pouca relevância para a pessoa, dificultando o seu diagnóstico e controle (GOLD, 2013).

Segundo estimativas do ano de 2002, a DPOC era a quinta principal causa de morte nos Estados Unidos, porém atualmente passou a quarta causa. A incidência da DPOC continua aumentando, e a Organização Mundial da Saúde projeta um aumento de mais de 30% de morbimortalidade por DPOC nos próximos 16 anos, principalmente se não ocorrerem ações na rede básica de atenção à saúde, para reduzir os fatores de riscos. Estimativas dessa mesma organização, demonstra que a DPOC pode tornar-se, em 2030, a terceira maior causa de morte no mundo (WHO, 2011).

No Brasil, segundo dados epidemiológicos do ano de 2013, no banco de dados do Sistema Único de Saúde, as doenças do aparelho respiratório ocupam a décima posição em morbidade e décima primeira em mortalidade. Na Região Sul, os dados são mais alarmantes, pois a doença ocupa a sétima posição em morbidade e a sexta em mortalidade, posições superiores comparadas com outras regiões do país (BRASIL, 2013).

Os principais sintomas crônicos da doença são: dispneia, sibilância, tosse, produção de expectoração e intolerância ao exercício, associados à ansiedade e depressão, sendo estes os responsáveis pela alteração da relação entre saúde e qualidade de vida das pessoas com DPOC (CAMELIER et al, 2006).

A American Thoracic Society (ATS) e European Respiratory Society (ERS), em 2004, adotou a definição de que o tratamento das pessoas com DPOC deve seguir um programa interdisciplinar de assistência e moldado individualmente objetivando otimizar o rendimento físico, social e sua autonomia.

Um grande número de estudos tem demonstrado o valor desse tratamento na melhoria da execução de atividades de vida diárias realizadas com menor cansaço, traduzindo melhoria na autonomia social e física, tornando a pessoa mais independente, mais ativo fisicamente, ajudando-a a ficar mais educada sobre seu próprio cuidado de saúde e, como consequência, mais seguro de si (RODRIGUES, VIEGAS, LIMA, 2002).

Estudos que reforçam a necessidade dos profissionais da saúde que atuam na rede básica de saúde, estarem mais preparados para tratar a pessoa com DPOC, para que possam ofertar o melhor tratamento, pois estes atuam de forma próxima das famílias, conseguem melhor adesão ao tratamento, podendo permitir um maior controle dos sintomas e como consequência diminuição do número de internações hospitalares e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2010).

O propósito deste estudo foi caracterizar pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, cadastrados em duas Unidades Básicas de Saúde.

## Metodologia

Realizou-se um estudo exploratório descritivo com pessoas com DPOC que utilizavam a rede básica de saúde para tratamento, mais especificamente, duas unidades básicas de saúde (UBSs), de um município no Sul do país, escolhidas de forma intencional, pela facilidade de acesso e por serem cenários de práticas de estágios curriculares de uma universidade desse município.

Foram respeitados os aspectos éticos do trabalho com seres humanos, contemplando as determinações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o estudo aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa daquela universidade.

As pessoas com DPOC foram identificadas por consultas aos prontuários das UBSs, indicadas pelos profissionais da saúde das UBSs, que se recordavam de pessoas que tinham consultado nas UBSs e pelas próprias pessoas com DPOC, que conheciam outras com a mesma doença em domicílios próximos. Após serem localizadas, foram convidadas a participarem da pesquisa por telefone ou diretamente no domicílio. Com o aceite a participação, foi agendado um encontro no domicílio dessas pessoas.

Não houveram restrições quanto ao gênero, idade ou gravidade da doença, apenas foi considerado critério de exclusão pessoas com alterações das funções neuro-cognitivas que fossem incapazes de responder ao roteiro estruturado da pesquisa, e aquelas que tivessem o exame espirométrico dentro da normalidade.

O diagnóstico da DPOC foi confirmado pela sintomatologia e pelo exame de espirometria, segundo critérios utilizados pela GOLD (2013). Caso a pessoa que aceitou participar, não tivesse realizado nenhum exame de espirometria, era encaminhada ao setor de fisioterapia daquela universidade, para realizar o exame gratuitamente. Cinco pessoas tinham descrição nos prontuários das UBSs, de sintomatologia da doença, porém nunca tinham realizado um exame de espirometria. Estas cinco pessoas foram encaminhadas para realizarem o exame na universidade, porém duas apresentaram resultados normais, portanto, excluídas da amostra.

A amostra foi intencional, a medida que se localizavam as pessoas com DPOC, ocorrido num período de seis meses, sendo composta por 22 pessoas com DPOC.

A coleta de dados foi orientada por um roteiro estruturado contendo os seguintes dados: idade; sexo; raça; nível de escolaridade; estado civil; profissão e ocupação atual; quantidade de salários mínimos; fatores de risco; doenças associadas; grau de comprometimento da função pulmonar (volume expiratório forçado no primeiro segundo - VEF<sub>1</sub>); tipo de tratamento; gastos com o tratamento; e utilização das unidades básicas de saúde.

Os registros das informações foram feitas no próprio roteiro e utilizou-se a análise estatística descritiva das variáveis estudadas, relatando-as em porcentagem e média com desvio padrão.

## Resultados

A idade variou entre 41 aos 81 anos, gerando uma média de  $68 \pm 9,50$  anos. Em relação ao sexo, 64% eram do sexo feminino e 36% do sexo masculino. Todas as pessoas se consideraram de raça branca.

Em relação ao grau de escolaridade, 18% eram analfabetos, 68% não haviam completado o ensino fundamental, 5% não havia completado o ensino médio e 9% completou o ensino superior.

Em relação ao estado civil 14 pessoas eram casadas, cinco eram viúvas, duas eram divorciadas e uma era solteira. A maioria das pessoas com DPOC relataram estar aposentadas (68%), 18% ainda trabalhavam e 14% relataram que sempre trabalharam como donas de casa e que continuavam esse tipo de trabalho. Das profissões consideradas como fator de risco para a doença, duas pessoas relataram terem trabalhado com pulverização de agrotóxicos em

agricultura urbana. Outro fator de risco como o tabagismo, demonstrou que 50% das pessoas eram ex-tabagistas, com tempo de cessação do tabagismo variando de três a 33 anos; e 32% eram tabagistas. Os 18% restantes, tiveram bronquite desde a infância ou desenvolveram complicações por infecções respiratórias recorrentes.

Apenas 14% das pessoas com DPOC relataram ter somente doença pulmonar, as demais (86%) relataram apresentar uma ou mais doenças associadas, como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doença vascular, insuficiência cardíaca, depressão, artrose e acidente vascular encefálico.

Os resultados das espirometrias demonstraram que a maioria das pessoas com DPOC estavam nos estágios mais avançados da doença, com 32% no estágio muito grave, 27% no grave e 41% moderados, com média de  $VEF_1(\%)$  de  $26,8 \pm 3,63$ ,  $41,91 \pm 5,35$  e  $67,61 \pm 7,74$ , respectivamente.

Quando questionadas sobre o tratamento que realizavam, todas relataram consultas médicas nas UBSs e com médicos especialistas (pneumologistas, cardiologistas e geriatras) esporadicamente. Três pessoas (14%) com DPOC relataram não realizar nenhum tipo de tratamento contínuo, 17 pessoas (77%) faziam tratamento medicamentoso apenas e duas pessoas (9%) faziam tratamento medicamentoso e utilizavam oxigenioterapia domiciliar.

A respeito do tratamento medicamentoso que realizavam 5,5% utilizava somente nebulização com soro fisiológico e broncodilatador, 58% utilizavam fumarato de formoterol diidratado e budesonida com inalador, 25,5% utilizavam fumarato de formoterol diidratado e budesonida com inalador e prednisona em comprimido, 5,5% utilizava salbutamol xarope, e 5,5% utilizava beclometasona dipropionato spray, como tratamento contínuo.

As duas pessoas que utilizavam oxigênio domiciliar na forma de cilindro de gás, permaneciam em uso por mais de 12 horas diárias, principalmente durante o sono e atividades que gerassem mais esforços físicos como o banho e a caminhada. O oxigênio domiciliar foi cedido pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.

A renda familiar variou de um a seis salários mínimos. Todas as pessoas com DPOC relataram terem gastos financeiros com a compra de medicamentos para tratamento da DPOC e das doenças associadas e também para realizar o exame de espirometria. Apenas 18% das pessoas conseguiram de maneira gratuita pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, o fumarato de formoterol diidratado e budesonida com inalador, 14% relataram adquirir nas UBSs a prednisona em comprimido e o salbutamol xarope e 68% relataram comprar dos medicamentos.

Como as pessoas com DPOC somente relataram sobre as consultas médicas e tratamento medicamentoso, as mesmas foram questionadas se conheciam outro tipo de tratamento que não fosse o medicamentoso e apenas 14% relataram terem recebido tratamento fisioterapêutico no seu domicílio pelos estagiários da universidade. Os demais relataram não conhecer outro tipo de tratamento. Porém, 77% reconheceram que foram encaminhados para médicos especialistas.

## Discussão

Com base nos resultados obtidos verificou-se uma média de idade de  $68,33 \pm 9,50$  das pessoas participantes desta pesquisa. Outros estudos descreveram sobre a média de idade das pessoas com DPOC e os achados foram semelhantes, como o estudo de Casado, Novo e Preto (2011) que pesquisaram com pessoas com DPOC com idade média de  $70,28 \pm 11,50$  anos.

Outro dado encontrado, que no entanto, se diferenciou de alguns estudos, foi em relação ao gênero da população. Em estudo de Alves, Godoy e Luppi (2004) cerca 61% das pessoas com DPOC eram do sexo masculino. No estudo de Yaksic et al (2003) 70% dos participantes eram do sexo masculino. Segundo esse mesmo autor a incidência da DPOC cresce

vertiginosamente entre homens com o passar da idade, sendo que essa diferença entre sexos pode estar relacionada a um maior hábito de tabagismo e exposição ocupacional.

Outros estudos demonstraram uma tendência de mudança, como o de Rodrigues et al (2007) com maior porcentagem de pessoas com DPOC do sexo feminino (70%). Pisoni (2007) também relata maioria feminina em sua amostra e ressalta que a prevalência do sexo feminino pode ser em decorrência da maior longevidade das mulheres por cuidados de saúde frequentes e busca precoce de diagnósticos.

Em relação ao predomínio da raça branca no presente estudo, observou-se comportamento semelhante no estudo de Pisoni (2007) em que a maioria (94,2%) das pessoas com DPOC eram da raça branca.

Em relação ao grau de escolaridade, os resultados do presente estudo foram semelhantes aos estudos de Alves, Godoy e Luppi (2004) e Pisoni (2007) em que a maioria da amostra tinha formação até ensino médio.

Outro fator observado na característica das pessoas com DPOC foi sobre a ocupação atual, em que 68% dos participantes eram aposentados. Campos (2004) relatou que a DPOC acrescenta gastos elevados com o tratamento da doença, porém a pessoa apresenta diminuição de sua produtividade.

Esta é uma condição vivida por muitas pessoas com DPOC e segundo Brasil (2010) isso pode afetar a qualidade de vida das pessoas principalmente pelo impacto financeiro e social. Além disso, dados sobre a renda familiar baixa também é relatada no estudo de Alves, Godoy e Luppi (2004) que descreveram grande parte das pessoas recebendo um salário mínimo ao mês.

Associando a gênese da patologia ao hábito fumar, somente 18% da amostra nunca haviam fumado, os outros 82%, eram ex-tabagistas ou mantinham o hábito. Com esse mesmo comportamento, o estudo de Yaskic et al (2003) encontrou uma minoria de pessoas com DPOC que nunca haviam tido contato com cigarro. Contudo, o estudo de Pisoni (2007) relatou uma porcentagem maior de pessoas que nunca fumaram (40,3%).

Com relação a outras doenças associadas, cerca de 86% relataram apresentar uma ou mais, o que vem de encontro aos achados no estudo de Rodrigues et al (2007), no qual relataram grande número de pessoas com DPOC que apresentavam outras doenças associadas como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus.

Com relação ao tipo de tratamento utilizado pelas pessoas com DPOC do presente estudo, observou-se que 14% não realizavam nenhum tipo de tratamento contínuo e as demais realizavam somente tratamento através de consultas clínicas esporádicas e medicamentoso. Nascimento (2006) em seu estudo, obteve dados que demonstrou que as pessoas com DPOC realizam pouco tratamento. Segundo o mesmo autor, pode ser devido a dificuldade em se realizar o diagnóstico da doença e uma desvalorização da sintomatologia respiratória pela própria pessoa acometida. Ainda destaca que programas para a cessação do tabagismo, vacinação contra a influenza, e reabilitação pulmonar como outras formas de tratamento não farmacológico são fundamentais para estas pessoas.

## **Conclusões**

Estudos como este, em que se caracteriza uma população específica assistida pela rede básica de saúde, pode ser capaz de minimizar os fatores da morbimortalidade da doença, pois características importantes foram evidenciadas como o predomínio da doença em idosos, com uma ou mais doenças associadas, com hábitos tabágicos ativos, em grau avançado da doença, com baixo nível de escolaridade, com baixo poder aquisitivo por estarem aposentadas e com grandes comprometimentos físicos devidos as limitações que a doença impõe, somado ao maior gasto financeiro para tratamento da DPOC e das doenças associadas.

As características dessa população assistida pela rede básica de saúde pode favorecer a condução de um tratamento mais adequado, ao mesmo tempo, estimular o planejamento de

Programas de Atenção à Saúde, voltada para as pessoas com DPOC, a fim de proporcionar um tratamento interdisciplinar e educação em saúde, capaz de promover autonomia do sujeito e incentivo ao tratamento continuado.

É favorável também para a compreensão dos profissionais da saúde, sobre as dificuldades das pessoas com DPOC nas aquisições dos medicamentos e gastos elevados com os mesmos. Assim como, para estratégias de promoção e prevenção dessa doença.

A predominância do tratamento em consultas médicas e medicamentoso, pode demonstrar o desconhecimento de outras práticas terapêuticas por parte dos próprios profissionais de saúde e das pessoas com DPOC, permitindo refletir que os esclarecimentos, informações e orientações administradas para essas pessoas pode estar limitado, visto a necessidade de uma prática clínica mais ampliada.

## Referências

ALVES, M. V. M. F.; GODOY, I.; LUPPI, H. B. Levantamento das características dos pacientes atendidos no serviço de oxigenioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Rev. Ciênc. Ext., v. 1, n. 1, p. 53-64, 2004.

ATS e ERS - American Thoracic Society e European Respiratory Society. Standards for the Diagnosis and Management of Patients with COPD. Guideline COPD. 2004 Disponível em: <<http://www.thoracic.org/clinical/copdguidelines/resources/copddoc.pdf>>. Acessado em: 05 julho 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica – n. 25, Série A, Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad25.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad25.pdf)>. Acessado em: 15 outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acessado em: 21 outubro 2014.

CAMELIER, A.; ROSA, F. W.; SALMI, C.; NASCIMENTO, O. A.; CARDOSO, F.; JARDIM, J. R. Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. J Bras Pneumol, v. 32, n. 2, p. 114-122, 2006.

CAMPOS, H. S. O preço da DPOC. Pulmão, v. 13, n. 1, p. 5-7, jan-mar, 2004.

CASADO, S.; NOVO, A.; PRETO, L. Implementação de um programa de reabilitação respiratória domiciliária. Anais do Congresso Internacional de enfermagem de reabilitação. Portugal. 2011.

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease updated. Washington (EUA): National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization workshop report, 2013.

NASCIMENTO, O. A. Avaliação do diagnóstico e tratamento da DPOC na região metropolitana de São Paulo (SP) – Estudo PLATINO – Uma amostra de base populacional. 2006. 136 páginas. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

RODRIGUES, A. T.; FERNANDES, F. R.; AUN, W. T.; MELO, J. F.; CARVALHO, A. P. E., SILVA, B. G. Características clínicas de pacientes com asma de difícil controle. Rev. bras. alerg. imunopatol, v. 30, n. 2, p. 56-61, 2007.

RODRIGUES, S. L.; VIEGAS, C. A. A.; LIMA, T. Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crônica. J Pneumol, v. 28, n. 2, p. 65-70, 2002.

PISONI, T. M. Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores de risco ambientais nos bairros mais populosos de Novo Hamburgo. 2007. 60 páginas. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Tecnológica. Centro Universitário Feevale.

WHO - World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease. Janeiro de 2011 Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>>. Acessado em: 25 janeiro 2011.

YAKSIC, M. S.; TOJO, M.; CUKIER, A.; STELMACH, R. Perfil de uma população brasileira com doença pulmonar obstrutiva crônica grave. J Pneumologia, v. 29, n. 2, p. 64-68, 2003.

Edilaine Kerkoski. Rua Uruguai, 458. Centro. Itajaí. Santa Catarina. Brasil. CEP: 88032-005.

## **CHARACTERISTICS OF PEOPLE WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OF PRIMARY HEALTH CARE**

**Abstract:** The study aimed to characterize people with chronic obstructive pulmonary disease enrolled in two health centers. It is an exploratory and descriptive study, conducted through individual interviews using a structured questionnaire, at homes of the people. The structured questionnaire was composed of data such age, sex, race, level of education, marital status, current occupation, salary, risk factors, associated diseases, degree of lung function impairment, type of treatment, expenses for the treatment and use of health centers. Data analysis was by descriptive statistics using percentage, mean and standard deviation. The sample consisted of 22 people, all caucasians, mostly female, married, low education, retired, ex-smokers, with associated diseases, aged 41 to 81 years and receiving from one to six Brazilian minimum salary. The disease predominantly people with severe lung function. The predominant treatment was medical consultation with prescription medications, with high costs for treatment. The health centers are used more during periods of acute exacerbations of the disease. It was concluded that there is a need to plan for the Health Care Programs in primary health care, directed for people with chronic obstructive pulmonary disease to provide an interdisciplinary treatment and health education that promotes autonomy of the subject and encouragement of continued treatment.

Key words: Primary Care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Basic Health Services

## **CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES OBSTRUCTIVE PULMONAIRE CHRONIQUE MALADIE BAISCA ATTENTION À LA SANTÉ**

**Résumé:** L'étude visait à caractériser les personnes avec la maladie pulmonaire obstructive chronique inscrits dans deux unités de santé de base. Il est une étude exploratoire et descriptive, réalisée au moyen d'entrevues individuelles en utilisant un script structuré, les maisons des gens. L'entrevue structurée est composée de données, tels que l'âge; sexe;

course; niveau d'éducation; état civil; occupation actuelle; montant du salaire minimum; facteurs de risque; maladies associées; degré de déficience de la fonction pulmonaire; le type de traitement; Les dépenses pour le traitement; et utiliser des unités de santé de base. L'analyse des données a été par des statistiques descriptives à l'aide de pourcentage, la moyenne et l'écart type. L'échantillon était composé de 22 personnes, tous les Caucasiens, en majorité des femmes, le sexe mariés, faible niveau d'instruction, à la retraite, les ex-fumeurs, atteints de maladies associées, âgé de 41 ans à 81 ans et recevant une six salaires minimums. La maladie principalement les personnes dont la fonction pulmonaire grave. Le traitement prédominant était une consultation médicale avec des médicaments d'ordonnance, qui fournissent des efforts financiers pour la plupart de ces personnes. Les unités de santé de base sont utilisés plus pendant les périodes d'exacerbation aiguë de la maladie. Il a été conclu qu'il ya une nécessité de planifier les programmes de soins de santé dans le système de santé de base, destinées aux personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique afin de fournir une équipe de traitement interdisciplinaire et l'éducation de la santé qui favorise l'autonomie du sujet et l'encouragement de la poursuite du traitement.

**Mots-clés:** Baisca Attention à la Santé, Obstructive Pulmonaire Chronique Maladie, Services de Soins Primaires

## **CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE LA RED BÁSICA DE SALUD**

**Resumen:** El objetivo del estudio fue caracterizar a las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica inscrito en dos unidades básicas de salud. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, realizado a través de entrevistas individuales utilizando un guión estructurado, los hogares de la gente. La entrevista estructurada se compone de datos, como la edad; sexo; raza; nivel de educación; estado civil; ocupación actual; monto de los salarios mínimos; factores de riesgo; enfermedades asociadas; grado de deterioro de la función pulmonar; tipo de tratamiento; Los gastos para el tratamiento; y el uso de las unidades básicas de salud. El análisis de datos fue por estadística descriptiva utilizando porcentaje, media y desviación estándar. La muestra estuvo conformada por 22 personas, todos de raza blanca, en su mayoría mujeres, sexo casadas, bajo de educación, jubilados, ex fumadores, con enfermedades asociadas, con edades entre 41-81 años, y que reciben un seis salarios mínimos. La enfermedad predominantemente personas con función pulmonar grave. El tratamiento predominante fue la consulta médica con los medicamentos recetados, que proporcionan desembolso económico para la mayoría de estas personas. Las unidades básicas de salud se utilizan más durante los períodos de las exacerbaciones agudas de la enfermedad. Se concluyó que existe la necesidad de planificar para los programas de salud en el sistema de salud básica, orientada a las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con el fin de proporcionar un equipo de tratamiento interdisciplinario y educación para la salud que promueve la autonomía del sujeto y el fomento de la continuación del tratamiento.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crônica, Servicios de Salud

## **CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA DA REDE BÁSICA DE SAÚDE**

**Resumo:** O estudo teve por objetivo caracterizar pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, cadastrados em duas unidades básicas de saúde. É um estudo do tipo exploratório descritivo, realizado através de entrevistas individuais, com roteiro estruturado, no domicílio das

peças. O roteiro estruturado foi composto por dados, como: idade; sexo; raça; nível de escolaridade; estado civil; ocupação atual; salário; fatores de risco; doenças associadas; grau de comprometimento da função pulmonar; tipo de tratamento; gastos com o tratamento; e utilização das unidades básicas de saúde. A análise dos dados foi com estatística descritiva utilizando porcentagem, média e desvio padrão. A amostra constituiu-se de 22 pessoas, todas da raça branca, em sua maioria do sexo feminino, casadas, com baixa escolaridade, aposentadas, ex-tabagistas, com doenças associadas, na faixa etária dos 41 aos 81 anos e que recebiam de um a seis salários mínimos. O predomínio foi de pessoas com função pulmonar grave. O tratamento predominante foi a consulta médica com receita de medicamentos, os quais proporcionam gastos financeiros para a maioria dessas pessoas. As unidades básicas de saúde são utilizadas mais nos períodos de agudizações da doença. Concluiu-se que existe a necessidade de planejar Programas de Atenção à Saúde na rede básica de saúde, voltada para as pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, a fim de proporcionar um tratamento com equipe interdisciplinar e educação em saúde, capaz de promover autonomia do sujeito e incentivo ao tratamento continuado.

Palavras-Chave: Atenção básica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Serviços Básicos de Saúde