

FATORES ASSOCIADOS À SAÚDE RESPIRATÓRIA DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

FACTORS ASSOCIATED WITH RESPIRATORY HEALTH AMONG PRIMARY HEALTH CARE USERS

Ana Carollina Bellan Oliveira¹

Jani Sara Marcelino²

Maria Julia Mata³

Julia Barros Carvalho⁴

Victoria Bello de Mendonça⁵

Walace Fraga Rizo⁶

RESUMO: As doenças respiratórias representam um significativo problema de saúde pública, com o tabagismo sendo o principal fator de risco modificável. Na UBS Otto Marins, foi observada uma alta prevalência de tabagistas e ex-tabagistas, indicando a necessidade de ações educativas direcionadas. O objetivo foi analisar os fatores associados à saúde respiratória de usuários da atenção básica, considerando aspectos sociodemográficos, ambientais e de conhecimento em saúde. A metodologia baseou-se em um estudo descritivo e exploratório realizado com 12 usuários da UBS. Aplicou-se um questionário sobre hábitos, histórico familiar, exposição ambiental e conhecimento acerca de doenças respiratórias. A amostra foi composta por 12 usuários da UBS, com predominância de adultos (58% na faixa de 31 a 50 anos). Observou-se uma importante carga de exposição a fatores de risco modificáveis: metade (50%) dos participantes referiu histórico familiar de doenças respiratórias, um quarto (25%) convivia com fumantes em domicílio e mais da metade (58%) relatou exposição habitual a poeira ou mofo em seu ambiente residencial. Do ponto de vista clínico, verificou-se que 33% possuíam diagnóstico pessoal de doença respiratória e 41% apresentavam sintomas ocasionais, como falta de ar ou chiado no peito. A intervenção demonstrou que ações educativas participativas fortalecem o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, ampliam o conhecimento sobre cuidados respiratórios e incentivam o autocuidado. Reforça-se o papel central da Atenção Primária à Saúde na promoção da saúde e prevenção de doenças.

1

Palavras-chave: Atenção Primária. Doenças Respiratórias. Educação em Saúde.

¹Acadêmico do curso de Medicina – Multivix Cachoeiro de Itapemirim/ES.

²Acadêmico do curso de Medicina – Multivix Cachoeiro de Itapemirim/ES.

³ Acadêmico do curso de Medicina – Multivix Cachoeiro de Itapemirim/ES

⁴ Acadêmico do curso de Medicina – Multivix Cachoeiro de Itapemirim/ES.

⁵ Acadêmico do curso de Medicina – Multivix Cachoeiro de Itapemirim/ES.

⁶ Doutor em Ciências Universidade de São Paulo USP/RP – Docente do curso de Medicina Multivix Cachoeiro de Itapemirim/ES.

ABSTRACT: Respiratory diseases represent a significant public health problem, with smoking being the main modifiable risk factor. At the Otto Marins Primary Health Care Unit, a high prevalence of smokers and former smokers was observed, indicating the need for targeted educational actions. The objective was to analyze the factors associated with respiratory health among primary health care users, considering sociodemographic, environmental, and health knowledge aspects. The methodology was based on a descriptive and exploratory study carried out with 12 users of the health unit. A questionnaire was applied regarding habits, family history, environmental exposure, and knowledge about respiratory diseases. The sample consisted of 12 health unit users, predominantly adults (58% aged 31 to 50). An important burden of exposure to modifiable risk factors was observed: half (50%) of the participants reported a family history of respiratory diseases, one quarter (25%) lived with smokers at home, and more than half (58%) reported habitual exposure to dust or mold in their home environment. From a clinical standpoint, it was found that 33% had a personal diagnosis of respiratory disease and 41% presented occasional symptoms, such as shortness of breath or wheezing. The intervention demonstrated that participatory educational actions strengthen the bond between the health team and the community, expand knowledge about respiratory care, and encourage self-care. The central role of Primary Health Care in health promotion and disease prevention is reinforced.

Keywords: Primary Health Care. Respiratory Diseases. Health Education.

1. INTRODUÇÃO

2

As doenças respiratórias crônicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a asma e as bronquites, representam um dos maiores desafios contemporâneos para os sistemas de saúde globais. Responsáveis por uma significativa parcela da morbimortalidade mundial, essas condições impõem uma carga socioeconômica substancial, marcada por altos custos com internações, tratamentos de longa duração e perda de produtividade (GBD Chronic Respiratory Disease Collaborators, 2020). No contexto brasileiro, esse cenário se reflete na crescente demanda por serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que atua como porta de entrada e coordenadora do cuidado. A complexidade dessas doenças exige abordagens que vão além do tratamento farmacológico, demandando ações integradas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Dentre os diversos fatores de risco associados às doenças respiratórias, o tabagismo se destaca como o principal agente etiológico modificável. A inalação da fumaça do tabaco, seja ativa ou passiva, desencadeia processos inflamatórios e destrutivos no parênquima pulmonar, sendo diretamente responsável pela maioria dos casos de DPOC e câncer de pulmão (WHO, 2021). No entanto, outros fatores ambientais e ocupacionais, como a exposição prolongada à

poeira domiciliar, mofo, poluição atmosférica e agentes químicos, também contribuem de forma significativa para o desenvolvimento e a exacerbação dessas condições, particularmente em populações socialmente vulneráveis (Londahl et al., 2022). O controle dessas exposições constitui, portanto, um eixo fundamental para qualquer estratégia preventiva.

Neste contexto, a educação em saúde emerge como uma ferramenta poderosa e estratégica. Intervenções educativas, sobretudo as de caráter comunitário e participativo, têm demonstrado eficácia em ampliar o conhecimento da população sobre os fatores de risco, promover a adoção de comportamentos saudáveis e fortalecer a capacidade de autocuidado e de reconhecimento precoce de sinais de alerta (Cruz et al., 2021). Ao transformar informações em práticas cotidianas, essas ações visam empoderar os indivíduos e coletividades, tornando-os corresponsáveis pelo processo de saúde-doença, o que está intrinsecamente alinhado com os princípios da APS.

Diante do exposto, o estudo realizado na UBS Otto Marins teve como objetivo central analisar os fatores associados à saúde respiratória de usuários da atenção básica, considerando aspectos sociodemográficos, ambientais e de conhecimento em saúde.

2. METODOLOGIA

3

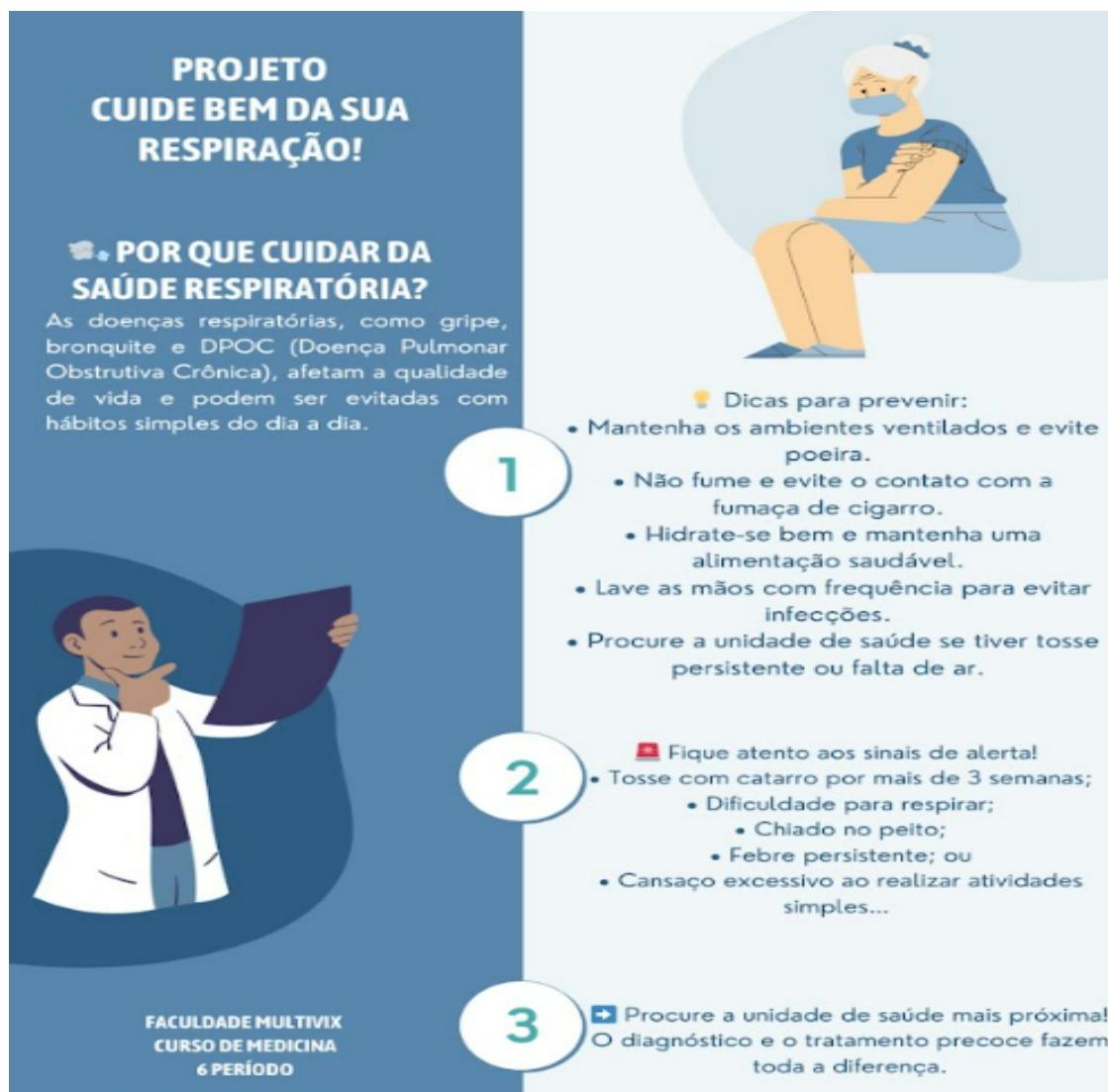
Trata-se de um estudo descritivo, do tipo intervenção educativa de caráter extensionista. Por se tratar de ação educativa sem coleta de dados sensíveis e sem identificação dos participantes, o estudo seguiu os princípios éticos da Resolução CNS nº 466/2012, sendo dispensado de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa adotou um design observacional, descritivo e de corte transversal, por meio da aplicação de um questionário estruturado a usuários de unidades de atenção básica à saúde. A coleta de dados foi realizada presencialmente com indivíduos adultos, utilizando perguntas fechadas que abordaram aspectos sociodemográficos, condições respiratórias, exposição a fatores de risco ambientais e conhecimento em saúde respiratória.

A escolha metodológica por instrumentos padronizados e autoaplicáveis se fundamenta na literatura que recomenda esse tipo de abordagem para estudos epidemiológicos de saúde comunitária, por permitir a análise de múltiplas variáveis em uma amostra representativa da população investigada (SILVA; PEREIRA, 2023). Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências

e percentuais, conforme preconizado em pesquisas similares na área de saúde pública (ALMEIDA et al., 2024).

A Figura 1 apresenta material educativo utilizado na ação de educação em saúde na comunidade, abordando a prevenção e os cuidados com a saúde respiratória.

Figura 1 – Projeto Cuide Bem da Sua Respiração



Fonte: Autoria Própria, 2026.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. A Epidemiologia e o Impacto das Doenças Respiratórias Crônicas

As doenças respiratórias crônicas configuram-se como um grupo heterogêneo de afecções das vias aéreas e de outras estruturas do pulmão, sendo caracterizadas pela limitação

crônica ao fluxo aéreo e por sintomas debilitantes, como dispneia, tosse e produção de expectoração. Dados do Estudo da Carga Global de Doenças (GBD) indicam que essas condições estiveram entre as principais causas de anos de vida perdidos por morte prematura e de anos vividos com incapacidade em nível mundial na última década, com a DPOC ocupando a terceira posição (GBD, 2020). No Brasil, as internações por condições sensíveis à atenção primária, onde se enquadram as exacerbações de asma e DPOC, representam um indicador crítico da qualidade da assistência, revelando falhas na coordenação do cuidado e na efetividade das ações preventivas (Brasil, 2022).

O perfil epidemiológico dessas doenças é marcado por profundas desigualdades sociais. Populações em situação de vulnerabilidade, residentes em áreas com saneamento básico precário, alta densidade domiciliar e maior exposição à poluição ambiental interna (como a fumaça da queima de biomassa) e externa, apresentam incidência e gravidade significativamente maiores (Londahl et al., 2022). Ademais, o diagnóstico tardio é uma realidade comum, pois os sintomas iniciais são frequentemente subestimados pelos pacientes e até por profissionais de saúde, sendo atribuídos ao envelhecimento ou ao tabagismo "comum", o que retarda o início do manejo adequado e piora o prognóstico.

O impacto econômico é avassalador. Os custos diretos envolvem consultas frequentes, medicamentos de uso contínuo (como broncodilatadores e corticosteroides inalatórios), oxigenoterapia domiciliar prolongada e hospitalizações por exacerbações agudas. Os custos indiretos, por sua vez, incluem o absenteísmo no trabalho, a redução da produtividade, a aposentadoria precoce por incapacidade e a sobrecarga financeira e emocional sobre as famílias (Murgia et al., 2021). Esta carga não recai apenas sobre o indivíduo, mas tensiona todo o sistema de saúde, demandando a organização de redes de cuidado integradas e resolutivas.

O manejo eficaz dessas condições, portanto, exige uma abordagem multidimensional que transcenda o modelo biomédico curativo. É imperativo adotar um modelo de atenção crônica, centrado na pessoa, que integre a promoção da saúde, a prevenção de riscos, o diagnóstico precoce, o tratamento farmacológico e não farmacológico, e a reabilitação pulmonar (Halpin et al., 2021). Neste modelo, a Atenção Primária à Saúde assume um papel central, funcionando como o lócus privilegiado para a coordenação do cuidado longitudinal e para a implementação de ações de caráter intersetorial e comunitário.

Diante deste cenário complexo, torna-se evidente que qualquer iniciativa de saúde pública voltada para as doenças respiratórias deve ter um caráter proativo e populacional.

Estratégias que identifiquem precocemente grupos de risco, que atuem sobre os determinantes sociais da saúde e que eduquem a população para o autocuidado são não apenas desejáveis, mas essenciais para modificar a trajetória ascendente dessas doenças e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (Cruz et al., 2021). A intervenção comunitária aqui descrita insere-se exatamente neste esforço, buscando atuar na raiz do problema por meio da educação e da participação social.

3.2. Tabagismo e a Exposições Ambientais como Fatores de Risco Centrais

O tabagismo permanece como a pedra angular da epidemiologia das doenças respiratórias crônicas. A fumaça do cigarro contém mais de 7.000 substâncias químicas, muitas delas tóxicas e carcinogênicas, que induzem estresse oxidativo, inflamação neutrofílica e um desequilíbrio das proteinases no pulmão, levando à destruição do parênquima elástico (enfisema) e ao remodelamento das vias aéreas (bronquite crônica) (WHO, 2021). A relação dose-resposta é clara: quanto maior a carga tabágica (medida em maços-ano), maior o risco de desenvolvimento e a gravidade da DPOC. No entanto, é crucial destacar que o tabagismo passivo, especialmente na infância e em ambientes domésticos, também constitui um fator de risco independente e potente para o início de sintomas respiratórios e para a piora do controle da asma (Liu et al., 2022).

Paralelamente, as exposições ambientais não relacionadas ao tabaco ganham cada vez mais relevância. Em ambientes internos, a umidade excessiva e o mofo estão associados à liberação de esporos, micotoxinas e componentes da parede celular fúngica que atuam como potentes alérgenos e irritantes das vias aéreas, desencadeando e perpetuando crises de rinite alérgica e asma (Sharpe et al., 2020). A poeira domiciliar, que agrupa ácaros, partículas de pele humana e animal, e outros alérgenos, é outro agente ubíquo e de difícil controle, especialmente em climas tropicais úmidos. A poluição do ar interior pela queima de combustíveis sólidos para cocção ou aquecimento, ainda comum em muitas regiões, é um fator de risco classificado pela OMS como carcinogênico e diretamente ligado a doenças respiratórias.

No ambiente externo, a poluição atmosférica por material particulado fino (PM_{2.5}), dióxido de nitrogênio (NO₂) e ozônio (O₃) representa uma ameaça à saúde respiratória da população global. Estudos longitudinais robustos demonstram que a exposição crônica a esses poluentes está associada à redução da função pulmonar, ao aumento da incidência de asma em crianças e adultos, e à exacerbação de doenças pulmonares pré-existentes (Londahl et al., 2022). Essas exposições são frequentemente um reflexo de desigualdades urbanas, atingindo com

maior intensidade populações periféricas que residem próximas a vias de grande tráfego ou polos industriais.

Além dos fatores ambientais gerais, as exposições ocupacionais constituem uma categoria especial de risco. Trabalhadores de setores como mineração, construção civil, agricultura (exposição a agrotóxicos e poeiras orgânicas), indústria têxtil e marcenaria estão cronicamente expostos a poeiras minerais, orgânicas, fumos metálicos e vapores químicos que podem causar desde a simples irritação das vias aéreas até doenças específicas como a pneumoconiose, a asma ocupacional e a bronquite crônica (Torén & Blanc, 2021). A subnotificação dessas doenças é um problema sério, mascarando a verdadeira magnitude do impacto do trabalho sobre a saúde respiratória.

Diante dessa multifatorialidade, fica claro que a prevenção eficaz das doenças respiratórias depende de intervenções que atuem simultaneamente em múltiplas frentes. Programas de cessação do tabagismo são a intervenção de maior custo-efetividade, mas devem ser complementados por políticas públicas de habitação saudável (combate ao mofo e umidade), de mobilidade urbana (redução da poluição veicular) e de vigilância em saúde do trabalhador (Torén & Blanc, 2021). No nível individual e comunitário, a educação para a identificação e redução dessas exposições no domicílio e no ambiente de trabalho é um passo fundamental e viável, como demonstrado pela elevada prevalência de relatos de exposição a poeira e mofo entre os participantes do presente estudo.

3.3. Intervenções Comunitárias na Atenção Primária

A educação em saúde, quando concebida como uma prática dialógica e problematizadora, é um instrumento poderoso para a transformação social e a promoção da autonomia. Na perspectiva de Paulo Freire, a educação libertadora não se resume à transmissão vertical de informações, mas à construção coletiva de conhecimento, onde os saberes populares e a experiência vivida dos sujeitos dialogam com o conhecimento técnico-científico (Freire, 2018). No campo das doenças crônicas respiratórias, essa abordagem é especialmente relevante, pois o manejo eficaz depende fortemente de mudanças comportamentais sustentadas e de decisões cotidianas tomadas pelo próprio paciente e sua família.

As intervenções comunitárias de saúde representam a materialização prática dessa concepção educativa. Elas se caracterizam por serem desenvolvidas no território onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam, envolvendo a participação ativa da comunidade em todas as

fases – do planejamento à avaliação (Cruz et al., 2021). Essas intervenções podem assumir diversas formas, como rodas de conversa, grupos de apoio, oficinas educativas, caminhadas comunitárias e atividades lúdicas, sempre adaptadas ao contexto cultural local. O foco central é fortalecer a capacidade da comunidade de identificar seus próprios problemas de saúde, analisar seus determinantes e mobilizar recursos para enfrentá-los.

A eficácia das intervenções comunitárias na melhoria dos desfechos em saúde respiratória tem sido documentada. Estudos demonstram que programas estruturados de educação para a asma, que incluem o ensino sobre técnica inalatória, o reconhecimento de sinais de crise e a elaboração de planos de ação individualizados, estão associados à redução das hospitalizações e das visitas à emergência, bem como à melhora da qualidade de vida (Cruz et al., 2021). Da mesma forma, grupos de cessação do tabagismo com suporte comportamental e, quando indicado, farmacológico, aumentam significativamente as taxas de abstinência de longo prazo quando comparados à tentativa isolada (WHO, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o cenário ideal para a realização dessas intervenções. Por sua capilaridade, por seu vínculo longitudinal com a população adscrita e por seu mandato de atuar sobre os determinantes sociais da saúde, a APS possui as condições estruturais e relacionais necessárias para implementar ações educativas de forma contínua e integrada ao cuidado (Brasil, 2022). A Estratégia Saúde da Família, em particular, com sua ênfase no trabalho em equipe multiprofissional e no conhecimento do território, permite que os agentes comunitários de saúde atuem como educadores e facilitadores do diálogo entre a equipe e a comunidade, identificando necessidades e promovendo a adesão às atividades.

Portanto, investir em intervenções comunitárias de educação em saúde na APS não é uma ação acessória, mas uma estratégia central para qualificar o cuidado e alcançar melhores resultados em saúde. A experiência relatada neste trabalho, com sua alta taxa de interesse manifestado pelos participantes (83%), corrobora a pertinência e a aceitabilidade dessa abordagem. Ela reforça a ideia de que os usuários do sistema de saúde são parceiros ativos no processo de cuidado e que o fortalecimento do vínculo e do diálogo é um insumo fundamental para uma atenção primária resolutiva, humanizada e verdadeiramente promotora de saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a síntese dos resultados obtidos a partir do questionário aplicado aos participantes do estudo, contemplando informações referentes ao perfil sociodemográfico,

às condições de saúde respiratória, à exposição a fatores ambientais e ao nível de conhecimento em saúde. Os dados estão expressos em percentuais e permitem uma visão geral da distribuição das variáveis analisadas, contribuindo para a compreensão do contexto investigado e subsidiando a análise dos fatores associados às condições respiratórias da população estudada.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo perfil sociodemográfico, condições respiratórias, exposição ambiental e conhecimento em saúde respiratória

Dimensão analisada	Indicador	Categoria / Resposta	Percentual (%)
Perfil sociodemográfico	Faixa etária predominante	31 a 50 anos	58
Tabagismo	Hábito de fumar	Não fumantes	83
Tabagismo	Hábito de fumar	Fumantes	17
Tabagismo	Exposição passiva ao fumo	Não fumam, mas convivem com fumantes	25
Histórico familiar	Doenças respiratórias na família	Possuem histórico	50
Histórico familiar	Doenças respiratórias na família	Não possuem histórico	50
Diagnóstico pessoal	Doença respiratória	Com diagnóstico confirmado	33
Diagnóstico pessoal	Doença respiratória	Sem diagnóstico	67
Exposição ambiental	Poeira, mofo, fumaça ou produtos químicos	Expostos	58
Exposição ambiental	Poeira, mofo, fumaça ou produtos químicos	Não expostos	42
Sintomas respiratórios	Falta de ar, chiado ou tosse persistente	Com sintomas ocasionais	41
Sintomas respiratórios	Falta de ar, chiado ou tosse persistente	Sem sintomas	51
Conhecimento em saúde	Reconhecimento de sinais de agravamento	Reconhecem sinais	67
Conhecimento em saúde	Reconhecimento de sinais de agravamento	Não reconhecem ou têm dúvidas	33

Fonte: Autoria Própria, 2026.

A maior proporção de participantes na faixa de 31 a 50 anos reflete dados de pesquisas epidemiológicas que identificam adultos em idade produtiva como um grupo frequente de interesse em estudos de saúde respiratória, especialmente em contextos comunitários. Doenças respiratórias crônicas

atingem grandes parcelas da população ativa mundial, sendo estimadas em cerca de 25% da população em diversas regiões (OMS, 2021; LIMA et al., 2025).

Os resultados mostram que 83% dos participantes não são fumantes, mas 25% convivem com fumantes, o que configura exposição ao tabaco passivo. Essa exposição contínua está fortemente associada à inflamação das vias aéreas, desenvolvimento de doenças respiratórias crônicas como DPOC, bronquite e asma, além de agravar sintomas em não fumantes expostos no ambiente domiciliar e comunitário (WHO, 2023; SILVA et al., 2023).

Estudos epidemiológicos reforçam que a exposição ao fumo, tanto ativa quanto passiva, é um importante fator de risco para sintomas respiratórios e doenças crônicas, sendo responsável por uma grande carga de morbidade pulmonar e sistêmica. Metade dos participantes relatou histórico familiar de doenças respiratórias como asma, bronquite, DPOC ou fibrose pulmonar. Isso está de acordo com a literatura que indica que condições respiratórias frequentemente têm componentes genéticos ou fatores de risco compartilhados no ambiente familiar, como exposição a poluentes ou fumo doméstico (GINA, 2023; BARRETO et al., 2024).

Com 33% dos entrevistados com diagnóstico confirmado, os dados sugerem prevalências importantes de diagnóstico clínico de doenças respiratórias na população estudada. Em contextos globais, a asma e a bronquite crônica são frequentemente relatadas em estudos de prevalência, especialmente quando combinadas com fatores de risco ambientais e comportamentais (BRASIL, 2022; VASCONCELOS et al., 2023).

O percentual de 58% de participantes relatando exposição a poeira, mofo, fumaça ou químicos é consistente com estudos epidemiológicos que demonstram que ambientes com umidade, mofo e poeira doméstica ou ocupacional elevam o risco de sintomas respiratórios e infecções das vias aéreas superiores e inferiores. A exposição a mofo e umidade ficou associada ao aumento de infecções respiratórias ao longo da vida em coortes de longo prazo (JAANA et al., 2025; LIMA et al., 2025).

A presença de sintomas respiratórios ocasionais em 41% dos participantes reflete achados similares em estudos populacionais de trabalhadores expostos a poeira ou ambientes insalubres, onde a prevalência de tosse, chiado e falta de ar foi significativamente maior em grupos expostos do que não expostos (BMC PULMONARY MEDICINE, 2023; COSTA et al., 2024).

A maioria dos participantes (67%) afirma saber reconhecer sinais de agravamento respiratório, o que é um indicador positivo de alfabetização em saúde. A literatura aponta que maior conhecimento sobre sinais de gravidade melhora a busca por atendimento precoce e pode reduzir desfechos adversos em condições respiratórias. Estratégias educativas são frequentemente recomendadas por organizações de saúde pública para aumentar o reconhecimento de sintomas críticos por parte da população (SILVA et al., 2023; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu analisar o perfil sociodemográfico, as condições de saúde respiratória, os fatores de risco ambientais e o nível de conhecimento em saúde de um grupo de participantes vinculados à atenção básica. Os resultados evidenciaram uma predominância de adultos na faixa etária de 31 a 50 anos, grupo que apresentou elevada exposição a fatores potencialmente agravantes das doenças respiratórias, como poeira, mofo, fumaça e produtos químicos.

Observou-se que, embora a maioria dos participantes não seja fumante, uma parcela significativa convive com fumantes, configurando exposição passiva ao tabaco, fator amplamente reconhecido na literatura como prejudicial à saúde respiratória. Ademais, a presença de histórico familiar de doenças respiratórias em metade da amostra reforça a influência conjunta de fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento dessas condições.

A prevalência de diagnóstico confirmado de doenças respiratórias e a ocorrência de sintomas ocasionais em parte expressiva dos participantes indicam a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo na atenção primária à saúde. Tais achados evidenciam a importância do papel das Unidades Básicas de Saúde na identificação de indivíduos em risco e no manejo adequado das doenças respiratórias crônicas. 11

Destaca-se, como aspecto positivo, o nível satisfatório de conhecimento dos participantes quanto ao reconhecimento de sinais de agravamento respiratório, bem como o elevado interesse em participar de ações educativas em saúde. Esses resultados apontam para o potencial das estratégias de educação em saúde como ferramenta fundamental para a promoção do autocuidado, redução de complicações e melhoria da qualidade de vida da população atendida. Por fim, os achados contribuem de forma relevante para a compreensão da realidade local do grupo analisado e reforçam a necessidade de investimentos contínuos em ações educativas, vigilância ambiental e fortalecimento da atenção básica.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. F. et al. A fundamentação do uso da estatística descritiva em pesquisas epidemiológicas: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 1-12, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.12342023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 29 jan. 2026.

BARRETO, M. L. et al. Fatores genéticos e ambientais associados às doenças respiratórias crônicas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 58, e2024, 2024.

BMC PULMONARY MEDICINE. *Prevalence of chronic respiratory symptoms and associated factors*. London, v. 23, n. 1, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças respiratórias crônicas: estratégias de cuidado na atenção primária à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Indicadores de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)*. Brasília, 2022.

CRUZ, M. M.; SOUZA, A. T.; SAMPAIO, R. F. Educação em saúde para o manejo de doenças respiratórias crônicas na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 3185-3198, 2021.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 65. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

GBD CHRONIC RESPIRATORY DISEASE COLLABORATORS. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Respiratory Medicine*, [S. l.], v. 8, n. 6, p. 585-596, 2020.

GINA – GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. *Global strategy for asthma management and prevention*. 2023. Disponível em: <https://ginasthma.org>. Acesso em: 30 jan. 2026.

12

HALPIN, D. M. G. et al. Global initiative for chronic obstructive lung disease 2021 report. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, New York, v. 203, n. 1, p. 24-36, 2021.

JAANA, K. et al. Indoor dampness, mold exposure and respiratory outcomes. *American Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 194, n. 12, p. 2015-2024, 2025.

LIMA, J. G. A. et al. Poluição ambiental e doenças respiratórias em populações urbanas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2025.

LIU, S. et al. Secondhand smoke exposure and risk of chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, [S. l.], v. 17, p. 545-556, 2022.

LONDHAL, J.; SWIETLICKI, E.; PAGELS, J. The role of indoor and outdoor air pollution in respiratory disease. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 201-207, 2022.

MURGIA, N.; BRISMAN, J.; CLAESSEN, A. The economic burden of chronic respiratory disease. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 181-186, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Global report on chronic respiratory diseases*. Geneva: WHO, 2021.

SHARPE, R. A. et al. The impact of housing conditions on health outcomes: a meta-analysis. **Reviews on Environmental Health**, Berlin, v. 35, n. 4, p. 379-394, 2020.

SILVA, A. B.; PEREIRA, C. D. Estudos transversais na saúde pública: desenvolvimento e validação de instrumentos de coleta. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 26, e230045, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230045>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/>. Acesso em: 28 jan. 2026.

SILVA, R. M. et al. Health literacy and outcomes in respiratory diseases. **Journal of Community Health**, New York, v. 48, n. 2, p. 245-253, 2023.

TORÉN, K.; BLANC, P. D. Occupational and environmental lung disease. **Journal of Internal Medicine**, Oxford, v. 289, n. 5, p. 619-622, 2021.

VASCONCELOS, A. C. et al. Diagnóstico e manejo das doenças respiratórias crônicas na atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, São Paulo, v. 18, n. 45, p. 1-12, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products**. Geneva: WHO, 2021.