UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – CAMPUS I
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO AMBULATORIAL, TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA CRÔNICA

PHYDEL PALMEIRA CARVALHO

SALVADOR/BA
2022

CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO AMBULATORIAL, TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA CRÔNICA

PHYDEL PALMEIRA CARVALHO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Farmacêuticas (PPGFARMA), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) - Departamento de Ciências da Vida (DCV – Campus I) – como requisito para obtenção de título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora:
Profª Drª Fernanda Warken Rosa Camelier

Coorientadora:
Profª Drª Rosa Malena Fagundes Xavier

Linha 2: Avaliação de Fármacos, Biomarcadores, Produtos Naturais e Sintéticos.

SALVADOR/BA
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Sistema de Bibliotecas da UNEB

C331c Carvalho, Phydel Palmeira

Caracterização do acesso ao cuidado ambulatorial, tratamento farmacológico e qualidade de vida de pacientes com condição respiratória crônica / Phydel Palmeira Carvalho. - Salvador, 2022.
85 fls : il.

Orientador(a): Profª Drª Fernanda Warken Rosa Camelier.
Coorientador(a): Profª Drª Rosa Malena Fagundes Xavier.
Inclui Referências
Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - PPGFARMA, Campus I. 2022.

1.Infecções respiratórias. 2.Acesso aos serviços de saúde - Brasil. 3.Politicas de saúde - Brasil.

CDD: 615

UNEB
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

" CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO AMBULATORIAL, TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA CRÔNICA "

PHYDEL PALMEIRA CARVALHO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas – PPGFARMA, em 6 de outubro de 2022, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:

Professor(a) Dr.(a) FERNANDA WARKEN ROSA CAMELIER
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Doutorado em Reabilitação
Universidade Federal de São Paulo

Professor(a) Dr.(a) MARCIO COSTA DE SOUZA
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Doutorado em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Professor(a) Dr.(a) LUCIA DE ARAÚJO COSTA BEISL NOBLAT
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Doutorado em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa as mais de 688 mil vidas perdidas pela covid-19 no Brasil que ocorreu durante esse processo de mestrado (março 2020 a outubro 2022).

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre!

Irei reservar esse espaço para aqueles que me acompanharam ao longo desse processo de crescimento chamado "mestrado", principalmente neste período tão conturbado de pandemia que iniciou logo no início dessa trajetória.

À Vó Mira (in memoriam), que descansou no dia seguinte em que fiz a entrevista para a seleção deste mestrado, por sempre ter me incentivado e está cuidando de mim de alguma forma, em algum lugar. Dedico ao seu centenário.

À família: mainha Matildes Palmeira, painho Fidelcino Carvalho, tia Lia, irmão Flavio, cunhada Daniela e a sobrinha Maitê, que chegou iluminando durante esse processo de mestrado.

À minha mãe Matildes, a qual nunca vou deixar de agradecer e repetir que, sempre me fez acreditar que somente o conhecimento me levaria a algum lugar. A única pessoa que nunca hesitou em abrir mão das suas vontades.

Várias lembranças vieram neste momento: quando passei no vestibular e comecei na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS-2009), lembro da professora Inalva Freitas (farmacêutica) que me provocou e fez refletir de forma positiva o "porquê farmácia?". Logo em seguida a mudança de percurso para a Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR-2010) como bolsista do PROUNI e ao concluir a graduação a querida orientadora Kelle Oliveira (farmacêutica) falou: "Você ainda está imaturo para o mestrado. Vá trabalhar, viajar, comprar coisas e depois continue". Naturalmente assim aconteceu o conselho acadêmico mais importante que recebi. Comecei a trabalhar, foquei na área hospitalar que tanto queria e retornei para outro processo de formação: a residência multiprofissional em Atenção Hospitalar a Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS-2018). Apresentei meu trabalho de conclusão com todos os desafios, com o incentivo de professora Danielle Domenis (fonoaudióloga), colegas residentes e colegas do hospital, que acreditaram em mim. O grande orientador professor Thiago Mendes (médico infectologista) fez minha carta de recomendação para a seleção do mestrado que viria a seguir, que fiquei tão emocionado. No dia seguinte, aconteceu a entrevista do PPGFARMA/UNEB e no outro dia vó Mira descansou, minha maior mestra.

Fiz a matrícula no mestrado (UNEB-2020) e no mesmo dia tudo parou: uma pandemia, um lockdown decretado. Remotamente fiz todas as disciplinas, uma experiência totalmente diferente do que planejava. Conheci a minha orientadora professora Fernanda Camelier (fisioterapeuta), junto à Professora Rosa Malena (farmacêutica) minha coorientadora. E neste período tive a oportunidade de atuar em hospitais no enfrentamento da pandemia.

À minha Orientadora Fernanda Camelier, por toda compreensão, cuidado e atenção. Por ter apoiado cada uma das minhas decisões, por ter me colocado com os "pés no chão" desde o início, por ter tornado possível esse projeto, por aguentar os emails, por ter sido de fato uma orientadora, acolhendo com cuidado e zelo cada uma das minhas demandas, problemas e por nunca ter me deixado sem respostas.

À co-orientadora Rosa Malena, por ter aceitado participar deste projeto e por compartilhar seu conhecimento, o qual foi de extrema importância para execução deste trabalho.

Um agradecimento aos meus colegas do mestrado, em especial o grupo P e G: Daniel, Laís, Alexandre e Luciano. E ao projeto de extensão "Respirando com Saúde", que oportunizou uma troca de experiências remotamente, estivemos juntos mesmo separados.

Aos colegas da Farmácia Hospitalar do Hospital Santa Izabel – Santa Casa, local profissional que proporcionou estabilidade para poder realizar o mestrado.

À secretaria e coordenação do PPGFARMA, em especial a Léia e professor Dr Aníbal de Freitas, pelo apoio e disposição em sempre ajudar.

A toda equipe multi de mestres e colegas no meu caminhar acadêmico, me fez chegar neste momento e me relembrar que não devo parar. Que a educação é a melhor arma que podemos ter. Que o Sistema Único de Saúde (SUS) é grandioso. Que cada pessoa tem sua importância e cada palavra positiva é um motivador. Aprendi que ser mestre é poder passar o seu conhecimento sem vaidades. E espero que este aprendizado sirva de exemplo: estudar nunca é demais!

Enfim, mestre em ciências farmacêuticas.

Agradeço a gentil colaboração da banca, professora Lucia Noblat e professor Marcio Souza.

Para aqueles não nomeados que contribuíram para minha formação, seja pessoal, seja profissional, seja intelectual, a minha gratidão, amor e carinho.

E, finalmente, agradeço à Universidade do Estado da Bahia UNEB, pela oportunidade de continuar aprendendo.

Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho, sempre.
Quem trás na pele essa marca
Possui a estranha mania... de ter fé na vida!

RESUMO

INTRODUÇÃO: Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) são agravos, tanto das vias aéreas superiores como das inferiores, que geram uma redução na qualidade de vida do indivíduo. Dentre elas destacam-se a asma, a rinite alérgica e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) como as mais comuns e representam um dos maiores problemas de saúde mundial. Por ser discutível que exista desigualdade ao acesso e na cobertura dos serviços de saúde na Bahia, fornecer dados que comprovem essa carência justifica este estudo. **OBJETIVO:** Caracterizar o acesso ao atendimento, à terapia farmacológica e avaliar a qualidade de vida dos pacientes com condições respiratórias atendidos em um ambulatório de referência em Pneumologia, no município de Salvador/Bahia/Brasil. **MATERIAIS E MÉTODOS**: Trata-se de um estudo descritivo, analítico/observacional, de corte transversal, retrospectivo, com método de análise quantitativo, mediante informações de dados secundários dos formulários de atendimento de um Ambulatório de Pneumologia do Hospital da rede pública de saúde do Estado da Bahia. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Nº do Parecer: 4.565.338/2021), foi realizado entre maio de 2021 e agosto de 2022, feita a análise secundária de 115 formulários, sob dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. A análise de dados foi realizada por meio do *Statistical Package for the Social Sciences 22* (IBM® SPSS®). **RESULTADOS:** Dos 115 pacientes selecionados, foram considerados 92 elegíveis para análise, onde 23 foram excluídos por critérios de elegibilidade. A maioria (68,5%) dos pacientes atendidos foram do sexo feminino. Sendo a média de idade de 54,6 anos (± 17,6). A maior parte, 42,0% relatava algum sintoma respiratório ou ainda desconhecia o diagnóstico por ser a primeira consulta e o grupo diagnóstico mais prevalente foi de Doenças Obstrutivas Crônicas, representando 31,5%. Como análise sobre o acesso ao ambulatório, observou-se que 62,1% dos pacientes pertencia a macrorregião Leste (região que abrange o ambulatório. A média de tempo gasto ao sair de casa até chegar ao ambulatório foi de 3 horas e 10 minutos e 42,4% dos usuários utilizaram transporte público para buscar pelo atendimento. Em relação a terapia farmacológica, 35,6% usavam medicamentos respiratórios. Sobre a disponibilidade de tratamento, a maior parte, 55,4% ainda não fazia uso de medicamentos ou não sabiam informar se estavam disponíveis gratuitamente e 31,5% compravam o medicamento. Com uma média de 9,2 (± 5,5) sobre a avaliação da Qualidade de vida (AQ-20), observa-se o estado de saúde intermediário. **CONCLUSÃO:** Através deste estudo, foi possível caracterizar o acesso à atenção especializada e o tratamento de pacientes, sob os seus aspectos clínicos, terapêuticos e epidemiológicos, mapear o deslocamento geográfico e descrever o nível de sua percepção de qualidade de vida, o que possibilitou ampliar o conhecimento sobre a disposição do serviço ambulatorial no que diz respeito ao acesso e o tratamento de pacientes com condições respiratórias crônicas.

Palavras-chave: Doença/Condição Respiratória Crônica; Acesso aos serviços de saúde; Assistência integral à saúde; itinerário terapêutico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chronic Respiratory Diseases (CKD) are diseases, both of the upper and lower airways, that generate a reduction in the individual's quality of life. Among them, asthma, allergic rhinitis and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) stand out as the most common and represent one of the biggest health problems worldwide. As it is debatable that there is inequality in access and coverage of health services in Bahia, providing data that prove this lack justifies this study. **OBJECTIVE:** To characterize access to care, to pharmacological therapy and to assess the quality of life of patients with respiratory conditions treated at a Pulmonology Outpatient Clinic in the city of Salvador/Bahia/Brazil. **MATERIALS AND METHODS:** This is a descriptive, analytical/observational, cross-sectional, retrospective study, with a quantitative analysis method, using information from secondary data from the care forms of a Pulmonology Outpatient Clinic of the Public Health Network Hospital in the State of Bahia. Approved by the Ethics and Research Committee (Opinion No.: 4,565,338/2021), it was carried out between May 2021 and August 2022, with a secondary analysis of 115 forms, subject to the Free and Informed Consent Term - TCLE. Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences 22 (IBM® SPSS®). **RESULTS:** Of the 115 patients selected, 92 were considered eligible for analysis, of which 23 were excluded by eligibility criteria. The majority (68.5%) of the patients treated were female. The mean age was 54.6 years (± 17.6). Most, 42.0% reported some respiratory symptoms or were still unaware of the diagnosis because it was the first consultation and the most prevalent diagnostic group was Chronic Obstructive Diseases, representing 31.5%. As an analysis of access to the clinic, it was observed that 62.1% of the patients belonged to the East macro-region (a region that includes the clinic. The average time spent leaving the house to reach the clinic was 3 hours and 10 minutes and 42.4% of users used public transport to seek care. Regarding pharmacological therapy, 35.6% used respiratory medication. Regarding the availability of treatment, most, 55.4% still did not use medication or not they were able to inform whether they were available for free and 31.5% bought the medication. With an average of 9.2 (± 5.5) on the Quality of Life assessment (AQ-20), an intermediate health status is observed. **CONCLUSION:** Through this study, it was possible to characterize the access to specialized care and the treatment of patients, under their clinical, therapeutic and epidemiological aspects, map the geographical displacement and describe the level of their perception of quality of life, which made it possible to expand knowledge. on the provision of the outpatient service with regard to access and treatment of patients with chronic respiratory conditions.

Keywords: “Chronic Respiratory Diseases/Conditions”; “Accessibility of health services”; “Comprehensive Health Care”; “Therapeutic itinerary”.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AEE	Atenção Ambulatorial Especializada
AQ-20	Questionário de Vias aéreas (do inglês, *Airways Questionnaire*–20)
ARIA	Rinite alérgica e seu impacto na asma (do inglês, *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*)
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT	*COPD Assessment Test*
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CCNTs	Condições crônicas não transmissíveis
CCM	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (do inglês, *Chronic Care Model)*
CI	Corticosteroides Inalatórios
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CID-10	Código Internacional de Doenças - 10
CRQ	Questionário Respiratório Crônico
DALYs	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (do inglês, *Disability Adjusted Life Years*)
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doenças Respiratórias Crônicas
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
GARD	Aliança Global contra Doenças Respiratórias Crônicas (do inglês, *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases*)
GBD	Estudo de Carga Global de Doenças (do inglês, *Global Burden of Disease Study*)
GINA	Estratégia Global para Gestão e Prevenção da Asma *(do inglês, Global Strategy for Asthma Management and Prevention*)
GOLD	Estratégia Global para Diagnóstico, Gestão e Prevenção da DPOC (do inglês, *Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*)
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística

IT	Itinerário Terapêutico
LABA	Beta 2 agonistas de longa ação (do inglês, *Long-acting beta-adrenoceptor agonist*)
LAMA	Antagonista muscarínico de longa duração (do inglês, *Long-acting muscarinic antagonists*)
M	Média
MEDLINE	Sistema de Análise e Recuperação de Literatura Médica Online (do inglês, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*)
Mesh	Cabeçalhos de Assuntos Médicos (do inglês, *Medical Subject Headings*)
MRC/mMRC	Escala modificada (do inglês, *Dyspnea Scale/Modified Dyspnea Scale*)
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
p	Valor de p (probabilidade hipótese)
ProAR	Programa de Controle da Asma e da Rinite Alérgica na Bahia
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PubMed	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RS	Regiões de Saúde
SABA	Beta 2 agonistas de curta ação (do inglês, *Short-acting beta-adrenoceptor agonists*)
SAMA	Antagonista muscarínico de curta duração (do inglês, *Short-acting muscarinic antagonista*)
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial – Sistema Único de Saúde
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SciELO	Biblioteca Eletrônica Científica Online (do inglês, *Scientific Electronic Library Online*)

SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SF-36	*Short Form-36 Questionnaire*
SGRQ	*Saint George Respiratory Questionnaire*
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
WHOQOL	Teste de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadros

Quadro 1. Medicamentos para tratamento de Doenças Respiratórias Crônicas (2021).

Quadro 2. Atributos da avaliação dos sistemas de saúde.

Quadro 3. Dimensões de acesso à saúde.

Quadro 4. Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde por Giovanella e Fleury (1995) *apud.* Assis e Jesus (2012).

Figuras

Figura 1. Divisão das Microrregiões de Saúde da Bahia, Brasil, 2018.

Figura 2. Divisão das Macrorregiões de Saúde da Bahia, Brasil, 2018.

Figura 3. Escala de dispneia do *Medical Research Council* modificada (mMRC), adaptada para a língua portuguesa.

Figura 4. Questionário de Vias aéreas *Airways Questionnaire*–20 (AQ-20).

Figura 5. Ilustrações da distribuição dos pacientes por cidades no estado da Bahia e quantitativo de atendidos por macrorregiões (2022).

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Características sócio demográficas dos pacientes atendidos em um Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Tabela 2. Diagnóstico ou motivo da consulta na qual buscou o Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Tabela 3. Fatores de risco associados relatados pelos usuários do Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Tabela 4. Escalas *Medical Research Council* modificada (mMRC) e *Airways Questionnaire*–20 (AQ-20) aplicadas no Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Tabela 5. Análise geográfica na qual buscou o Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Tabela 6. Município de residência distribuído por Macrorregião de saúde pela qual buscou o Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Tabela 7. Tratamento farmacológico (por nome dos fármacos) nos últimos 30 dias para doenças respiratórias e outras doenças e acesso ao tratamento, informado pelos usuários atendidos pelo Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Tabela 8. Correlação entre as médias da escala mMRC e macrorregiões, uso de medicamentos e AQ-20 realizado no Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Tabela 9. Medidas preventivas adotadas pelos usuários do Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Gráfico

Gráfico 1. Representação através de BoxPlot do estado de saúde aplicado pelo *Airways Questionnaire*–20 (AQ-20) no Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 18
2. OBJETIVOS 23
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 24
3.1. CONDIÇÕES/DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS (DRC) 24
3.2. REGIONALIZAÇÃO E TERRITORIZALIZAÇÃO 31
3.3. ACESSO A REDE DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE 33
3.4. ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE 37
3.5. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO 39
3.6. ACESSO AO ATENDIMENTO AMBULATORIAL E TRATAMENTO 40
3.7.DESAFIOS DO ACESSO A SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE 43
4. MATERIAIS E MÉTODOS 44
4.1. TIPO DE PESQUISA 44
4.2. CARACTERISTICAS DA POPULAÇÃO 45
4.3. FONTE DE INFORMAÇÕES 45
4.4. PERÍODO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES 46
4.5. FERRAMENTAS DA PESQUISA 46
4.6. ANÁLISE E PRODUÇÃO DE DADOS 49
4.7. ASPECTOS ÉTICOS 49
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 50
6. CONCLUSÃO 66
REFERÊNCIAS 68
ANEXO 74
APÊNDICE A. FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO (MODELO) 78
APÊNDICE B. RESULTADOS DO AQ-20 84

1. INTRODUÇÃO

As condições crônicas não transmissíveis (CCNT), mais conhecidas no português do Brasil como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas – representam um desafio mundial devido ao seu impacto sobre o desenvolvimento social e econômico, com altos índices de morbidade e mortalidade, principalmente nos países de média e baixa rendas e, por isto, recebem atenção especial no que diz respeito às iniciativas globais de prevenção e controle (BRASIL, 2011b; LEAL *et al*., 2018).

Doenças respiratórias crônicas (DRC) são enfermidades crônicas, tanto das vias aéreas superiores como das inferiores, que geram uma redução na qualidade de vida do indivíduo. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRC mais comuns e representam um dos maiores problemas de saúde mundial. Como estratégia para enfrentar esse problema de saúde em nível mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases* (GARD) que reúne organizações de todo mundo em suas publicações sobre as doenças respiratórias evitáveis (BRASIL, 2010a).

A partir de estimativas e tendências epidemiológicas de morbimortalidade de DRC, o *Global Burden of Disease Study* (GBD) fornece estatísticas de morbidade e mortalidade anualmente para todas as regiões da OMS. Em um trabalho recente, mostra-se que as DRC continuam sendo uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, com crescimento em números absolutos, mas declínios acentuados em vários estimadores padronizados por idade (GBD, 2020). Leal e colaboradores (2020) mostram que as DRC são a terceira principal causa de mortes em 2017 em todo o mundo. E para melhor informar os esforços de prevenção, triagem, tratamento e pesquisa dedicados às DRC, é crucial entender sua prevalência, morbidade e mortalidade, tanto em escala global quanto regional (LABAKI; HAN, 2020).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) que é a pesquisa domiciliar mais ampla sobre saúde e seus determinantes já realizada no país, descreve que entre as Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNTs), as DRC também se constituem como um problema de saúde de grande magnitude e que correspondem a quarta causa de morte, ainda, estimou a prevalência de asma e DPOC, bem como o grau em que essas condições limitam as atividades cotidianas (MALTA *et al.*, 2015).

Estudos populacionais contribuem para estimar o impacto de DRC. Em um estudo descritivo, Leal *et al*. (2020) analisaram o perfil epidemiológico das DRC no Brasil de 1990 a 2017, a partir de dados secundários do GBD e concluíram que as taxas de prevalência, incidência e mortalidade (quantificado através dos anos de vida ajustados por incapacidade - Taxas de DALY) das DRC têm diminuído no Brasil. Porém, ainda é preocupante, pois a maioria das taxas de DALY foi devido a DPOC.

Dados mais recentes de Óbitos por Residência extraídos do DATASUS-MS, considerando a classificação do CID-10, por Doenças do aparelho respiratório, em 2018 apresentou 155.191 mortes no Brasil (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS, 2020). E, de acordo com informações da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, em 2018, o número de óbitos por doenças do aparelho respiratório foi de 6.800, sendo no estado, a quarta causa de morte (SESAB, 2019).

As principais estratégias que discutem diretrizes e protocolos em nível mundial e nacional da DPOC, asma e rinite alérgica, respectivamente, são: a *Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD* – GOLD (2022) e o Projeto Latino-Americano de Investigação de Doença Pulmonar Obstrutiva (PLATINO), que é um estudo epidemiológico de base populacional cujo objetivo principal foi investigar a prevalência e fornecer estimativas para a DPOC na América Latina (NASCIMENTO *et al*., 2007; MOREIRA *et al*., 2014); a *Global Strategy for Asthma Management and Prevention* – GINA (2021) e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma (PIZZICHINI *et al.*, 2020); e, a *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma* – ARIA (2018) que reúne recomendações para os cuidados com a rinite e o seu impacto na asma (BOUSQUET *et al.*, 2019) e o IV Consenso Brasileiro sobre Rinite (2018) que atualiza a Diretriz Brasileira para o Controle das Rinites Crônicas (SAKANO *et al.*, 2018).

Embora a DPOC seja frequentemente uma causa primária de morte, é mais provável que seja listada como causa contributiva de morte ou omitida do atestado de óbito, pois o subreconhecimento e o subdiagnóstico reduzem a precisão dos dados, tornando os registros nos bancos de dados incertos e inconsistentes. Através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde do Brasil, a DPOC foi a quarta principal causa de morte de 2015 a 2016 (NASCIMENTO *et al.*, 2007; MOREIRA *et al.*, 2014; GONÇALVES-MACÊDO, 2019). No entanto, é claro que a DPOC é uma das causas mais importantes de morte na maioria dos casos, pois, por

exemplo, em 2011, a DPOC foi a terceira principal causa de morte nos Estados Unidos (GOLD, 2020).

O cuidado de usuários com condições crônicas deve se dar de forma integral e organizada com a rede, garantindo uma assistência integralizada e regionalizada. Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde nesse sentido foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência (MENDES, 2011; BRASIL, 2013).

A organização da RAS passa pela definição do modelo de atenção à saúde, ou seja,

> "o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade" (BRASIL, 2010b).

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Condições Crônicas, a Atenção Básica à Saúde (ABS) exerce função fundamental na assistência à saúde, seguindo para as atenções complementares. O papel dos pontos de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), urgência, atenção hospitalar e domiciliar no cuidado às pessoas com condições crônicas deve ser complementar e integrada à atenção básica (BRASIL, 2013).

A forma mais efetiva e eficiente de relação entre a ABS e a AAE é a coordenação do cuidado em que a tarefa do cuidado é realizada. Configurando a responsabilidade solidária entre profissionais da ABS e serviços especializados, considerando esta como um "conjunto de serviços e ações eletivas de média e de alta

complexidade", a fim de proporcionar uma melhor assistência ao usuário por todos os serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Portanto, a avaliação do Itinerário Terapêutico de usuários de serviços de saúde pode ser representada como um processo que ocorre em etapas, iniciando com a percepção de que algo mudou, ou seja, o surgimento das manifestações clínicas. Em seguida, várias tentativas de cuidados e tratamentos buscam resolver o problema, sempre acompanhadas de avaliações, tanto das decisões quanto dos resultados (GUERREIRO *et al*., 2004).

Contudo, a incidência de pacientes com DRC tem acompanhado, naturalmente, o aumento da demanda por serviços. Neste cenário, os serviços clínicos ambulatoriais têm um efeito positivo na segurança clínica do paciente, na sua qualidade de vida, além do impacto econômico na redução de custos durante o tratamento. Porém, mesmo em sistemas que se assemelham aos universais de saúde, como é o caso do SUS, apenas a igualdade do direito de acesso não assegura o uso equânime dos serviços de prevenção e tratamento disponíveis. Avaliar e monitorar as desigualdades no acesso e na cobertura dos serviços, permite mensurar os efeitos distributivos das intervenções públicas, o que justifica sua relevância e seu interesse para pesquisadores, gestores de saúde e a participação social (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

O interesse por esse estudo se dá, por ser discutível que exista uma desigualdade ao acesso e na cobertura dos serviços de saúde. Visto que o estado da Bahia tem um território extenso e a demanda por atendimento é considerável. Portanto, há uma necessidade de investigar questões que interferem o acesso de pacientes com DRC à atenção continuada e dos potenciais problemas que dificultam sua trajetória ao atendimento e o seu tratamento.

A utilização de serviços de saúde e de medicamentos no contexto ambulatorial é, ainda, um campo pouco explorado. Compreender os fenômenos relacionados ao emprego de medicamentos no processo de cuidado tem representado uma demanda cada vez mais crescente às Ciências Farmacêuticas. Por isso, situações complexas como acesso e adesão ao atendimento e tratamento, e os resultados negativos associados a esta dificuldade de atender as necessidades em saúde, são exemplos desses fenômenos. Nesse contexto, o desafio de desenvolver o conhecimento de forma articulada aos valores e às demandas da sociedade é um imperativo de nossos tempos.

Ante ao exposto, com a intenção de contribuir para uma melhor compreensão sobre o assunto e gerar dados epidemiológicos dos impactos gerados na sociedade sobre

os problemas respiratórios na saúde pública, se justifica o presente estudo em caracterizar de forma quantitativa questões que limitam o acesso de pacientes com condições respiratórias crônicas ao atendimento ambulatorial de Pneumologia, o seu tratamento farmacológico e a avaliação através da percepção de sua qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar o acesso ao atendimento e à terapia farmacológica dos pacientes com DRC atendidos em um ambulatório de referência em Pneumologia, no município de Salvador/Bahia/Brasil.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear o deslocamento geográfico ao atendimento dos pacientes com condições respiratórias em um ambulatório de referência em Pneumologia, no município de Salvador/BA;
- Verificar as principais terapias farmacológicas para doenças respiratórias, avaliando o uso e o acesso dos medicamentos pelos pacientes atendidos em um ambulatório de referência em Pneumologia, no município de Salvador/BA;
- Descrever o nível de percepção de qualidade de vida avaliada pelo Questionário de Vias Aéreas 20 (AQ20) em pacientes com condições respiratórias atendidos em um ambulatório de referência em Pneumologia, no município de Salvador/BA.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. CONDIÇÕES/DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS (DRC)

A DRC na vida da pessoa, enquanto patologia, afeta diretamente na qualidade de vida do indivíduo e da família que o cerca, sendo capaz de provocar alterações na capacidade funcional, que como consequência, proporciona um grande impacto econômico e social. Desta forma, limitações físicas, emocionais e intelectuais surgem com a doença, com consequências na vida do paciente (DE SOUZA *et al.*, 2017). E, através da *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases* – GARD, a Organização Mundial de Saúde (OMS) discutiu as DRC, como uma condição de saúde que interfere na qualidade de vida das pessoas (OMS, 2008).

Entre os tratamentos não farmacológicos de DRC, enquadram-se a atividade multidisciplinar e interprofissional como a educação continuada em saúde, a prática regular de exercícios físicos, a reabilitação pulmonar, uma abordagem nutricional, o apoio psicossocial (por desenvolver quadros de ansiedade e depressão) e a oxigenoterapia domiciliar como intervenções fundamentais para proporcionar melhor bem-estar ao paciente. Entretanto, pacientes com DRC são frequentemente submetidos a tratamentos farmacológicos e recebem medicamentos não só para tratar o problema e comorbidades, mas também, para tratar possíveis condições induzidas por complicações relacionadas (BRASIL, 2010a).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, as principais DRC são: a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a asma e os estados alérgicos (rinite alérgica) (BRASIL, 2016). A seguir serão descritos as suas definições, os fatores de risco e os principais tratamentos farmacológicos empregados:

A **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)** é uma doença com repercussões sistêmicas, prevenível e tratável, caracterizada por limitação do fluxo aéreo pulmonar persistente, parcialmente reversível e geralmente progressiva que é causada por anomalias das vias aéreas e/ou alvéolos, que pode ser provocada por uma importante exposição a partículas ou gases nocivos (GOLD, 2022). Essa limitação é causada por uma associação entre doença de pequenos brônquios (bronquite crônica obstrutiva) e destruição de parênquima (enfisema) (BRASIL, 2010).

A **bronquite crônica** é definida clinicamente pela presença de tosse e expectoração na maioria dos dias, por no mínimo três meses/ano, durante dois anos consecutivos e a **enfisema pulmonar** é definido anatomicamente como aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, com destruição das paredes alveolares. Quando não controlada, pode ocorrer exacerbações de sintomas que prejudicam ainda mais a qualidade de vida dos pacientes (GOLD, 2022).

Os fatores de risco associados à DPOC estão: Tabagismo (responsável por 80 a 90% das causas determináveis da DPOC); poluição domiciliar (fumaça de lenha, querosene); exposição ocupacional a poeiras e produtos químicos ocupacionais; infecções respiratórias recorrentes na infância; suscetibilidade individual; desnutrição na infância; e, deficiências genéticas (responsáveis por menos de 1% dos casos), como de alfa1 antitripsina.

A DPOC apareceu como a DRC responsável pelo crescimento de DALY, proporcional ao aumento da idade. Uma tendência esperada, considerando que o perfil dessa doença está relacionado ao envelhecimento e ao tabagismo como o principal fator de risco associado (LEAL *et al.,* 2020). A morbidade por DPOC pode ser afetada por outras condições crônicas concomitantes (por exemplo, doenças cardiovasculares, comprometimento musculoesquelético, diabetes mellitus), dado que essas condições crônicas podem prejudicar significativamente o estado de saúde do paciente, além de interferir no manejo da DPOC, que são os principais fatores de hospitalizações e custos para pacientes com esse problema (GOLD, 2022).

Diante disto, o tratamento farmacológico da DPOC é baseado em uso de medicamentos broncodilatadores (BD) – ß2 agonistas, anticolinérgicos e xantinas; Antiinflamatórios – Corticosteroides inalatórios e sistêmicos não inalatórios; Inibidor de fosfodieterase-4; Mucolíticos; e, Antibióticos (MENEZES *et al.,* 2011; FERNANDES *et al.,* 2017).

A **asma** é definida como uma doença heterogênea, geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas. Subdividindo-se em asma leve, moderada e grave de acordo com a necessidade terapêutica para controle dos sintomas e exacerbações, e é caracterizada pela história de sintomas respiratórios, como chiado no peito, falta de ar, aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e em intensidade, juntamente com uma limitação variável ao fluxo expiratório (GINA, 2022). Os fenótipos clínicos da asma mais comuns são: asma alérgica/eosinofília; não alérgica; de início tardio;

ocupacional devido a exposição; com limitação persistente do fluxo aéreo; e, em obesos (CARVALHO-PINTO *et al.,* 2021).

Como estratégias de cuidado, o Programa de Controle da Asma e da Rinite Alérgica na Bahia (ProAR) é um importante modelo de integração entre assistência, ensino e pesquisa, que integra o Sistema Único de Saúde e a Universidade Pública, baseado no Plano Nacional de Asma, que tem por objetivo coordenar as ações de prevenção e assistência a pacientes com asma brônquica e rinite alérgica, buscando assegurar o fornecimento de medicações gratuitas com regularidade, para garantir melhoria na qualidade de vida, redução de internações, de atendimentos de emergência e mortalidade (SANTOS *et al.,* 2008; PONTE *et al.,* 2014).

De acordo recomendações para o manejo da asma pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT (2020), o tratamento farmacológico da asma é baseado na associação de medicamentos broncodilatadores (BD) – ß2 agonistas; e, Antiinflamatórios – Corticosteroides inalatórios e sistêmicos (PIZZICHINI *et al.,* 2020). Além desses, o omalizumabe é uma terapia inespecífica anti-IgE indicada exclusivamente para adultos e crianças (acima de 6 anos de idade) com asma alérgica persistente e, moderada a grave cujos sintomas são inadequadamente controlados e o mepolizumabe que é um anticorpo monoclonal que tem como alvo a interleucina-5 (IL5), uma citocina eosinofilopoiética, que impede a ligação da IL5 aos receptores específicos existentes nos basófilos e eosinófilos ocasionando a asma grave refratária.

Recentemente, as Portarias nº 14 de 24 de agosto de 2021 e a nº 19 de 16 de novembro de 2021, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, atualizou e aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Asma e da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, respectivamente.

Através do IV Consenso Brasileiro sobre Rinite (2018) define **Rinite alérgica (RA)** como uma inflamação e/ou disfunção da mucosa de revestimento cavidade nasal, mediada por anticorpos IgE específicos em consequência à exposição ao alérgeno envolvido e, é caracterizada por alguns dos sintomas nasais como: obstrução nasal, rinorreia anterior e posterior, espirros, prurido nasal e hiposmia que geralmente ocorrem durante dois ou mais dias consecutivos por mais de uma hora na maioria dos dias. Critérios clínicos, frequência, intensidade de sintomas e fatores etiológicos definem a classificação da RA como aguda, subaguda e crônica. A crônica tem quatro subgrupos: rinite infecciosa (causadas por vírus, pouca frequência por bactérias); rinite alérgica

(induzida por inalação de alérgeno); rinite não alérgica não infecciosa (induzida por drogas, rinite do idoso, hormonal, da gestação, gustatória e idiopática); rinite mista (rinite crônica, com mais de um agente etiológico, conhecido ou não) (SAKANO *et al.*, 2018).

Sendo uma doença de grande prevalência em todas as idades, tem impacto na qualidade de vida e associações com outras doenças, influenciando na respiração oral e podendo ocasionar quadros evolutivos como otites, sinusites e asma brônquica (SILVA, 2008).

Como medidas farmacológicas, as diferentes classes de medicamentos usados na abordagem terapêutica dos pacientes com rinite alérgica são: anti-histamínicos H1 isolados (anti-H1; sistêmicos ou tópicos); descongestionantes (sistêmico, tópico nasal); corticosteroides (sistêmico, tópico nasal), cromoglicato dissódico e antagonistas de receptores de leucotrienos. Além desses, a solução salina, a imunoterapia alergenoespecífica e, mais recentemente, agentes imunobiológicos têm ampliado as medidas terapêuticas desses pacientes (SAKANO *et al.*, 2018).

Para melhor apresentação sobre os fármacos para Doenças Respiratórias Crônicas, foi distribuído a seguir, os tratamentos disponíveis, através das Classes farmacológicas, nomes das substâncias desenvolvidas, formas farmacêuticas, apresentações disponíveis no mercado, o tempo de duração e os principais eventos adversos (Quadro 1).

Quadro 1. Medicamentos para tratamento de Doenças Respiratórias Crônicas (2021).

Classe	Nome da substância	Formas farmacêuticas	Apresentações (Dose)	Duração da ação (horas)	Eventos Adversos
Corticoide inalatório isolado					
	Diproprionato de Beclometasona + hidrofluoralcano/HFA	Dispositivo Pressurizado Dosimetrado (200)	200 ou 250 µg	12 a 24	Broncoespasmo paradoxal com aumento imediato de sibilos após dosificação, rouquidão, disfonia (alteração da voz) e irritação na garganta
	Diproprionato de Beclometasona	Dispositivo de pó inalatório cápsulas (60) e Solução para nebulização	200 ou 400 µg	12 a 24	Infecções fúngicas, Rouquidão na voz, Desconforto, broncoespasmo, problemas na grandula adrenal, aumento da frequência cardíaca, alergias, irritação e cefaleias
	Budesonida	Dispositivo de pó inalatório cápsulas (15 e 60)	200 ou 400 µg	12 a 24	Náusea, dor de cabeça, disfonia, infecção do trato respiratório e sinusite
	Budesonida	Aerolizer (30 e 60)	200 ou 400 µg	12 a 24	Síndrome de cushing, fraqueza, perda de peso, dificudade para respirar
	Proprionato de Fluticasona	Diskus (60)	50 ou 250 µg	12	Candidíase, pneumonia, rouqidão, reações alergicas
	Proprionato de Fluticasona + hidrofluoralcano/HFA	Dispositivo Pressurizado Dosimetrado (60 ou 120)	50 ou 250 µg	12	Candidíase, pneumonia, rouqidão, reações alergicas
	Furoato de mometasona	Dispositivo de pó inalatório cápsulas (60)	200 ou 400 µg	12 a 24	Dor de cabeça, rinite alergica, faringite, infenção nas vias aereas
Corticoide inalatório + Agonista Beta-2 de longa duração (LABA)					
	Fumarato de formoterol + budesonida	Aerocaps cápsula única (15/30/60)	6/100; 6/200; 12/400 µg	12	Dor de cabeça, irritação ou inflamação de faringe e cavidade nasal e infecções do trato respiratório superior
	Fumarato de formoterol + budesonida	Aerolizer capsulas separadas (60)	6/100; 6/200 µg	12 a 24	Dor de cabeça, irritação ou inflamação de faringe e cavidade nasal e infecções do trato respiratório superior
	Fumarato de formoterol + budesonida	Turbohaler (60)	6/100; 6/200; 12/400 µg	12 a 24	Dor de cabeça, irritação ou inflamação de faringe e cavidade nasal e infecções do trato respiratório superior
	Fumarato de formoterol + budesonida + hidrofluoralcano/HFA	Dispositivo Pressurizado Dosimetrado (120)	6/100; 6/200 µg	12 a 24	Palpitações, candidíase na orofaringe, cefaleia, leve irritação na garganta, tosse e rouquidão.
	Fumarato de formoterol + diproprionato de beclometasona + hidrofluoralcano/HFA	Dispositivo Pressurizado Dosimetrado (120)	6/100 µg	12	Faringite, candidíase oral, cefaleia, rouquidão
	Fumarato de formoterol + diproprionato de beclometasona/HFA	Next (120)	6/100 µg	12	Faringite, candidíase oral, cefaleia, rouquidão

Fumarato de formoterol + proprionato de flucatisona	CDM-Haller cápsula única (60)	12/250 µg	12	Tremor, tontura e dor de cabeça.
Xinafoato de Salmeterol + proprionato de flucatisona + hidrofluoralcano/HFA	Diskus (60)	50/100; 50/200; 5/500 µg	12	Cefaleia, candidíase na boca e garganta, pneumonia, disfonia/rouquidão, câimbras musculares, artralgia;
Xinafoato de Salmeterol + proprionato de flucatisona + hidrofluoralcano/HFA	Dispositivo Pressurizado Dosimetrado (120)	25/50; 25/125; 25/250 µg	12	Cefaleia, candidíase na boca e garganta, pneumonia, disfonia/rouquidão, câimbras musculares, artralgia;
Corticoide inalatório + Agonista Beta-2 de ultralongaduração (LABA)				
Fluroato de Flucatisona + Trifenatato Vilanterol	Ellipta (30)	100/25; 200/25 µg	24	Alergias, dificuldades respiratórias, infecções pulmonares
Agonista Beta-2 de curta duração (SABA)				
Fenoterol	Inalador Pressurizado (100 e 200)	¬	4 a 6	Taquicardia, palpitações, hipersensibilidade cefaleia
Salbutamol	Inalador Pressurizado (100; 120 e 200)	100; 200 µg	4 a 6, 12	Tremor; dor de cabeça, taquicardia
Agonista Beta-2 de longa duração (LABA)				
Formoterol	Inalador de pó (12)	12 µg	12	Falta de ar, tosse, chiado ou aperto no peito
Salmeterol	Inalador Pressurizado (12)	50 µg	12	Tremores, dor de cabeça, palpitação e câimbra
Salmeterol	Inalador de pó (50)	100; 250; 500 µg	12	Tremores, dor de cabeça, palpitação e câimbra
Indacaterol	Inalador de pó (150 e 300)	150; 300 µg	24	Nasofaringite, infecção do trato respiratório superior, tosse, dor de cabeça e espasmos musculares
Olodaterol	Inalador formador de névoa (2,5)	5 µg	24	¬
Anticolinérgico de curta duração (SAMA)				
Brometo de Ipratrópio	Inalador Pressurizado (20 e 40)	20 µg	6 a 8	Dor de cabeça, tontura, irritação na garganta, tosse, boca seca, enjoo, alterações nos movimentos e ritmo intestinais, alterações urinárias
Anticolinérgico de longa duração (LAMA)				
Brometo de Glicopirrônio	Inalador de pó (50)	50 µg	12 a 24	Boca seca, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, dificuldade para dormir
Tiotrópio (Névoa seca)	Respimat (60)	2,5 µg	¬	Boca seca, tontura, tosse seca, faringite, alterações urinárias
Brometo de Umeclidinio	Inalador de pó (62,5)	62,5 µg	24	Nariz entupido ou com secreção, tosse, dor de garganta, infecção no trato respiratório.
Agonista Beta-2 de curta duração (SABA) + Anticolinérgico de curta duração (SAMA)				

Fenoterol + Ipratrópio	Inalador Pressurizado (50/20)	20 µg + 50 µg	6 a 8	Nervosismo, cefaleia, tremores musculares, tontura, aumento da frequência cardíaca
Salbutamol + Ipratrópio	Inalador Pressurizado (120/20)	20 µg + 120 µg	6	Boca seca, nervosismo, tontura, cefaleia.
Agonista Beta-2 longa duração (LABA) + Anticolinérgico de longa duração (LAMA)				
Formoterol + Aclidínio	Inalador de pó (12/400)	340/12 µg	12	Aperto no peito , tosse, chiado, tontura
Formoterol + Glicopirrônio	Inalador Pressurizado (9,6/14,4)	¬	12	¬
Indacaterol + Glicopirrônio	Inalador de pó (110/50)	110 µg + 50 µg	12 a 24	Sede excessiva, urinar frequentemente, aumento do apetite com perda de peso, cansaço
Vilanterol + Umeclidínio	Inalador de pó (25/62,5)	62,5 µg + 25 µg	24	Dor ao urinar, dor de garganta, tosse, boca seca, irritação
Olodaterol + Tiotrópio	Inalador formador de névoa (2,5/2,5)	2,5 µg/puff	24	Nasofaringite, tontura, erupção na pele
Agonista Beta-2 de longa duração (LABA) + Corticoide inalatório				
Formoterol + Beclometasona	Inalador Pressurizado (6/100)	6 µg + 100 µg	12	Tremores, dores de cabeça, aumento ou diminuição dos batimentos do coração, dor no coração
Formoterol + Beclometasona	Inalador de Pó (6/100)	200; 400 µg	6, 8 e 12	Supressão adrenal, retardo no crescimento de crianças e adolescentes, diminuição na densidade
Formoterol + Budesonida	Inalador de Pó (6/200; 12/400; 12/200)	6/100; 6/200; 12/400 µg	12	Dor de cabeça, irritação ou inflamação de faringe e cavidade nasal e infecções do trato respiratório superior
Formoterol + Budesonida	Inalador Pressurizado (6/200)	6/200 µg	12	Palpitações, taquicardias, tonturas
Formoterol + Mometasona	Inalador Pressurizado (5/50; 5/100; 5/200)	50/5;100/5;200/5	12	Candidiase oral, disfonia, cefaleia
Salmeterol + Flucatisona	Inalador de Pó (5/100; 50/250; 50/500)	50/100; 50/200; 5/500 µg	12	Cefaleia, candidíase na boca e garganta, pneumonia, disfonia/rouquidão, câimbras musculares, artralgia
Salmeterol + Flucatisona	Inalador Pressurizado (25/50; 25/125; 25/250)	25/50; 25/125; 25/250 µg	12	Cefaleia, candidíase na boca e garganta, pneumonia, disfonia/rouquidão, câimbras musculares, artralgia
Vilanterol + Flucatisona	Inalador de Pó (25/100)	100/25; 200/25 µg	24	Alergias, dificuldades respiratórias, infecções pulmonares
Inibidor de fosfodiesterase-4				
Roflumilaste	Comprimido 500mg	500 mg	24	Perda de peso, redução do apetite, dificuldade para dormir, dor de cabeça,

				diarreia
Tripla Combinação - Agonista Beta-2 longa duração (LABA) + Anticolinérgico de longa duração (LAMA) + Corticoide inalatório				
Flucatisona + Umeclidinium + Vilanterol	Dispositivo de pó inalatório	100 µg + 62,5 + 25 µg	24	Vermelhidão, chiado, inchaço, fraqueza
Beclometasona + Formoterol + Glicopirrônio	Inalador Pressurisado	87 µg+ 5 µg + 9 µg	12	Broncoespasmo paradoxal com aumento imediato de sibilos após dosificação
Macrolídeo				
Azitromicina	Comprimido ou Cápsula 250 e 500mg	250; 500 mg	24	Náusea, vômito, diarreia, reações alérgicas
Mucolítico				
N-acetilcisteína	Pó 200 e 600mg	200; 600 mg	8 a 12	Hipersensibilidade, náuseas, vômito, diarreia, dor de cabeça
N-acetilcisteína	Xarope 40mg/mL	40 mg/mL	24	Hipersensibilidade, náuseas, vômito, diarreia, dor de cabeça
N-acetilcisteína	Comprimido 600mg	600 mg	8 a 12	Hipersensibilidade, náuseas, vômito, diarreia, dor de cabeça
Metilxantinas				
Aminofilina	Solução injetável	6 mg/kg	> 24	Hipersensibilidade, taquicardia, dor de cabeça, tremor
Teofilina	Comprimido	8-20 mcg/L	> 24	Hipersensibilidade, taquicardia, dor de cabeça, tremor

Fonte: Autoria própria (CARVALHO, P.P.; ROCHA, G.C.; CAMELIER, A., 2021).

3.2. REGIONALIZAÇÃO E TERRITORIZALIZAÇÃO

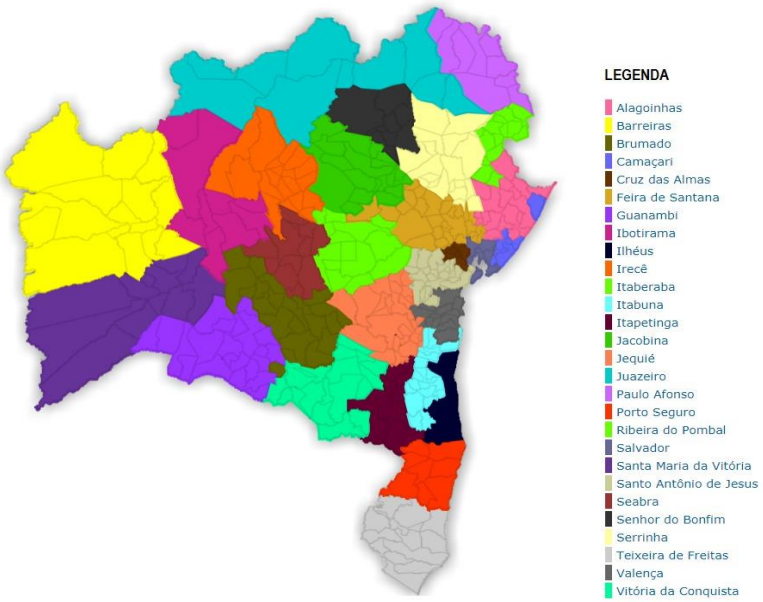
Conforme a Lei nº 8080/1990, o SUS tem como princípios organizativos a descentralização dos serviços; a regionalização e hierarquização da rede; e a participação social, que representam a forma de organização e operacionalização do sistema (BRASIL 1990; BRASIL 2011a).

A Regionalização da Saúde é uma diretriz do SUS, e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade e otimização dos recursos disponíveis para garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde (BRASIL, 2018; BRASIL, 2020).

Foram definidas as regiões de saúde, conforme o Decreto nº 7508/2011, como "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2011a). Assim devem por dispor, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e, vigilância em saúde (BRASIL, 2010b).

A organização político-administrativa do estado da Bahia compreende 417 Municípios. No estado, o Plano Diretor de Regionalização (PDR-2007) divide o espaço geográfico do estado em 28 Regiões (Figura 1) que se aglutinam em 09 Macrorregiões de Saúde e 09 Núcleos Regionais de Saúde (Figura 2). Sob a vigência do Decreto Presidencial n° 7508/2011, as microrregiões passaram a ser denominadas Regiões de Saúde (RS), conteúdo da Resolução CIB/BA n° 275/2012, que também instituiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR) em substituição aos Colegiados de Gestão Microrregionais (CGMR) (BRASIL, 2011a; SESAB, 2012).

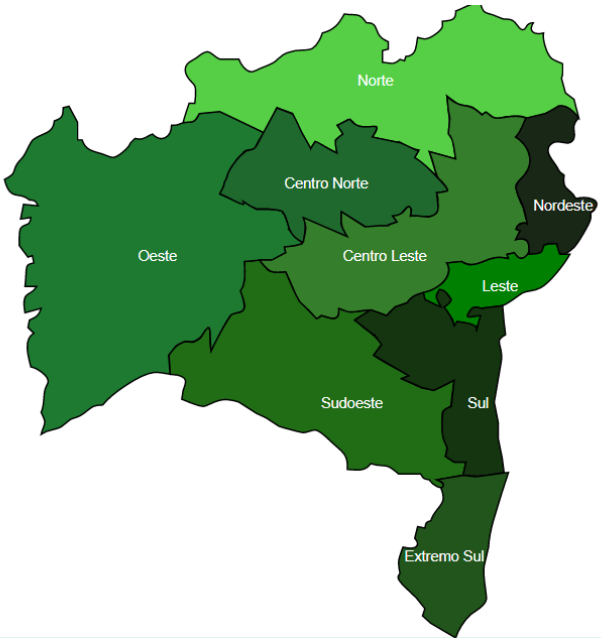
Figura 1. Divisão das Microrregiões de Saúde do estado da Bahia, Brasil (2018).



Fonte: Observatório Baiano de Regionalização (2021) (https://obr.saude.ba.gov.br/)

Em relação às macrorregiões (Figura 2) é importante ressaltar as diferenças consideráveis das condições de saúde, inclusive a quantidade de habitantes entre elas, sendo a Leste a mais populosa, com 4.353.829 habitantes e a Extremo Sul a de menor porte populacional, com 760.206 habitantes.

Figura 2. Divisão das Macrorregiões de Saúde do estado da Bahia, Brasil (2018).



Fonte: Observatório Baiano de Regionalização (2021) (https://obr.saude.ba.gov.br/)

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem o objetivo de promover mudanças na atenção à saúde em uma série de dimensões. O processo de trabalho deve ser pautado no acolhimento, na atenção centrada na pessoa e na família, cuidado continuado, atenção multiprofissional, na construção de Projetos terapêuticos Singulares, na regulação da rede, no apoio matricial, no acompanhamento não presencial, no atendimento coletivo, e no autocuidado (BRASIL, 2010b).

Com base em um enfoque holístico, é possível evidenciar a existência de uma série de dimensões inter-relacionadas a partir do contexto estrutural socioeconômico e político da sociedade. Trazendo que a estratificação de classes sociais, por sua vez, leva ao que seriam os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) expressos pela distribuição desigual de três tipos de fatores: materiais (como habitação, alimentação, trabalho, saneamento e outros); psicossociais e comportamentais; e, biológicos. O que determina a relação dos sistemas de saúde na medida em que os define esses determinantes como o resultado de construções sociais muito próximas das políticas, o que contribui para explicar a saúde ou a doença nos indivíduos (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Diante disto, os determinantes sociais impactam fortemente na prevalência das condições crônicas e implicam, diretamente, no acesso aos serviços de saúde. As desigualdades sociais, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, em uma maior prevalência das doenças crônicas respiratórias e dos agravos decorrentes da evolução desses problemas de saúde pública (BRASIL, 2013).

3.3. ACESSO A REDE DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Definindo avaliação como o objetivo da pesquisa em serviços de saúde, de acordo com modelo inspirado em Donabedian (1973), são referidos vários componentes que podem ser objeto de estudos avaliativos: estrutura (relacionada com os recursos), processos (relacionados com o como, onde e quem executa as ações e serviços), produtos (relacionados com a quantidade e natureza das ações e serviços) e resultados (relacionados com os efeitos mensuráveis) das intervenções de saúde (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

O conceito de acesso é complexo e pode ser compreendido como uma característica da oferta de serviços importantes para a explicação do padrão de utilização de serviços de saúde. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade

– caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Quanto à acessibilidade, esta pode ser abordada sob os aspectos geográficos (distância a ser percorrida até a unidade e existência de barreiras a serem transpostas); funcionais (tipo de serviços oferecidos pela unidade de saúde, seus horários de funcionamento e sua qualidade); culturais (inserção do serviço nos hábitos e costumes da população); e econômicos (disponibilidade do serviço a todos os cidadãos). Ou seja, a definição de um serviço acessível refere-se a não existência de barreiras à sua utilização, sejam elas de natureza geográfica, econômica, cultural, religiosa ou outras (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

Para a avaliar os sistemas de saúde, existem atributos que podem ser mensurados no que diz respeito à equidade, cobertura, acessibilidade, aceitabilidade, adequação, qualidade técnico-científica, eficácia, efetividade e eficiência, que são descritos no Quadro 2.

Quadro 2. Atributos da avaliação dos sistemas de saúde.

1.	Equidade	Distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população.
2.	Cobertura	Extensão na qual um programa alcança sua população.
3.	**Acessibilidade**	**Extensão na qual os arranjos estruturais e organizacionais de um programa facilitam a participação dos usuários.**
4.	Aceitabilidade	Fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial.
5.	Adequação	Suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda.
6.	Qualidade técnico-científica	Oferta dos serviços em conformidade com os padrões técnico-científicos de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível.
7.	Eficácia	Capacidade de produzir o efeito desejado, quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”.
8.	Efetividade	Capacidade de produzir o efeito desejado, quando em “uso rotineiro”; é a relação entre o impacto real e o impacto potencial.
9.	Eficiência	Relação entre o impacto real e o custo das ações.

Fonte: ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011.

Ainda segundo Donabedian (1973, 2003), o conceito de acessibilidade refere-se à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde. Para o autor, a acessibilidade depende de fatores sócio organizacionais e geográficos que se relacionam. O autor ainda cita os fatores sociais e culturais e as preferências étnicas e religiosas como importantes para a acessibilidade e, embora enfatize fatores geográficos e organizacionais, considera a acessibilidade como um importante fator da aceitabilidade social para a assistência (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

Andersen (1973; 1995) prioriza o termo acesso. Em uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde, acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Cobertura e acesso são conceitos relacionados, embora não redutíveis um ao outro. Há diferentes conceitos desses termos, dependendo da perspectiva adotada, se econômica, programática, demográfica ou geográfica. O conceito mais utilizado descreve por base o universo de usuários, distinguindo a cobertura em: legal (população que tem direito aos serviços), potencial (população adstrita às unidades de saúde) e real (população que faz uso dos serviços) (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

Para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Assis e Jesus (2012) debatem as questões de acesso ao serviço de saúde, e referem de acordo Giovanella e Fleury (1995) que as dimensões específicas do acesso são: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. A discussão teórica, por ser um tema multifacetado e multidimensional, possibilitou desenhar neste mesmo estudo, um modelo de análise, que toma como dimensões amplas as questões políticas, econômico-social, técnicas, organizativas e simbólicas.

Com estas dimensões, é possível compreender as políticas formuladas e sua execução, envolvendo a gestão com tomada de decisão e coparticipação da sociedade, além das práticas operadas rotineiramente nos serviços de saúde: como os serviços se organizam, como os trabalhadores atuam e as subjetividades que transversalizam estas relações, com seus componentes simbólicos e representacionais no atendimento às demandas e necessidades dos usuários SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

Sanchez e Ciconelli (2012) representam as dimensões de acesso à saúde e exemplificam os indicadores que podem ser utilizados para avaliar essas dimensões do mais tangível para o menos tangível (Quadro 3):

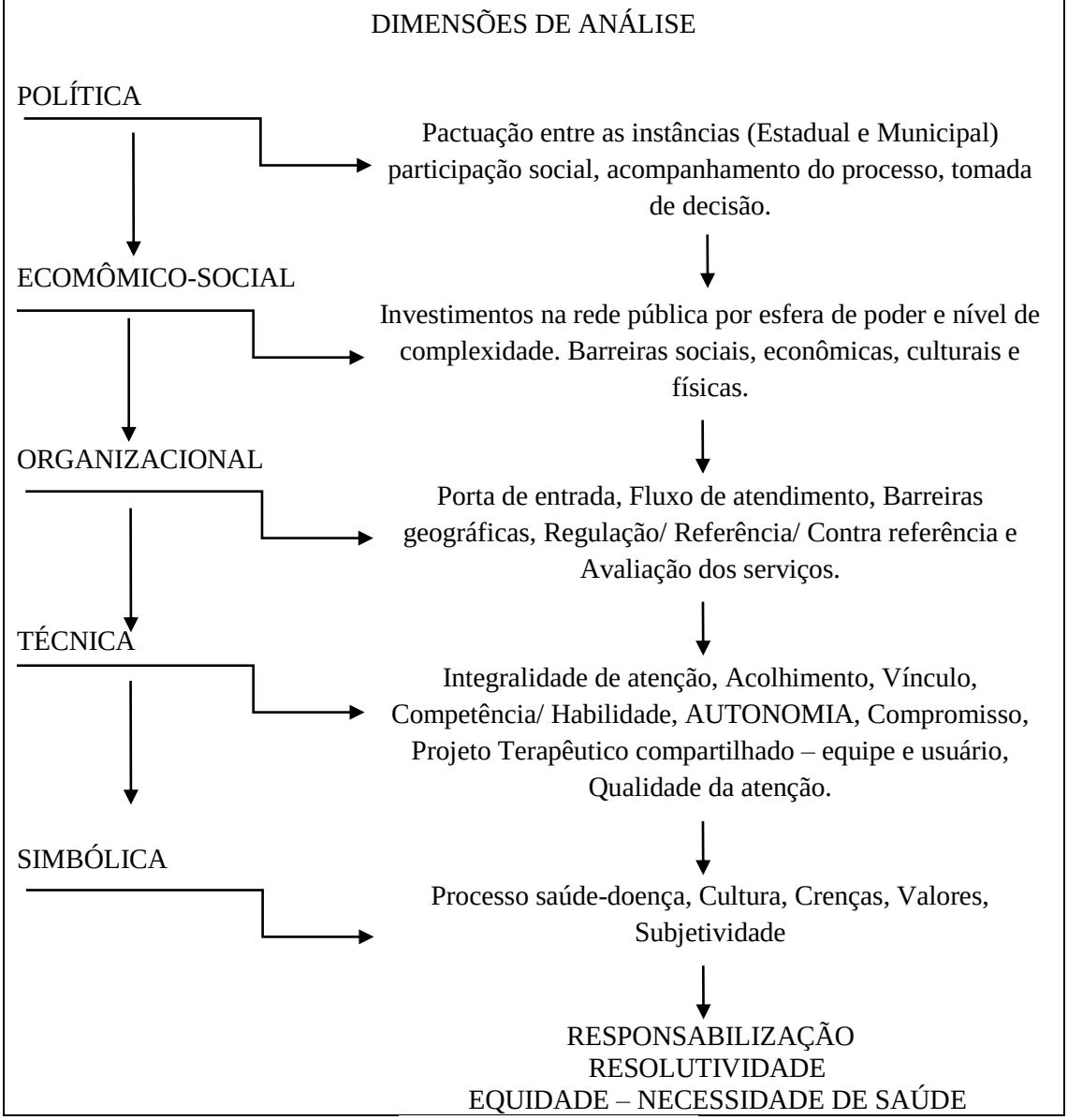
Quadro 3. Dimensões de acesso à saúde.

Mais tangível	Disponibilidade	Relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados
	Indicadores	Tipo de serviço utilizado (hospitalar, médico, odontológico, emergencial, assistência domiciliar), local no qual o cuidado foi dispensado (residência, consultório, clínica, hospital), propósito do cuidado (preventivo, curativo), % da população em risco que visitou ou não um médico em um dado intervalo, número de leitos, equipamentos.
	Poder de pagamento	Relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos. Indicadores: renda, fontes de renda, cobertura por seguro saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a saúde.
	Informação	Grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde. Indicadores: escolaridade, conhecimento e fontes de informação.
Menos tangível	Aceitabilidade	Natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais. Indicadores: crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade relacionada à saúde, confiança no sistema de saúde.

Fonte: SANCHEZ e CICONELLI, 2012.

Neste trabalho, será utilizado o termo **acesso** por ser mais restrito a temática, tendo dimensões mais específicas e, sendo o conceito mais relacionado aos objetivos que serão abordados no estudo. Será considerado o modelo de análise no debate de Giovanella e Fleury (1995) *apud.* Assis e Jesus (2012), que é organizado em 05 (cinco) dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica, a partir de releituras teóricas sobre a temática em questão (Quadro 4); as dimensões conceituadas por Sanchez e Ciconelli (2012); e, as considerações de Andersen (1973, 1995) *apud.* Travassos e Martins (2004), descritas anteriormente.

Quadro 4. Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde.



Fonte: Giovanella e Fleury (1995) *apud.* Assis e Jesus (2012).

3.4. ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

Desde a década de 1920, distintos países vêm estruturando sistemas nacionais de saúde orientados pelas premissas apresentadas no relatório Dawson, entre as quais se destaca a organização dos serviços em níveis de assistência – primária, secundária e terciária –, com complexidade crescente. No processo de implantação do SUS, foi introduzida nova terminologia para esses níveis de atenção, assumida, efetivamente, a partir da edição da Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS SUS nº

01/2002). Partindo da mesma concepção hierárquica de sistemas de saúde, essa norma estabeleceu a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, considerando para tal três níveis de atenção: atenção básica (AB), média complexidade (MC) e alta complexidade (AC) (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Discutir as noções de universalidade, equidade e integralidade das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), corroboram que o acesso é uma das dimensões de cuidado da Integralidade, através de ações intersetoriais e na construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas (PAIM, 2010).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde conceituou média complexidade como o conjunto de "ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e terapêutico" (BR ASIL, 2004).

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Dentro da Atenção Secundária estão as policlínicas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Reabilitação, Programas de Saúde bucal, Ambulatórios especializados e outros que oferecem atendimento atuando como suporte à Atenção Primária à Saúde em casos que não são de urgência e emergência (BRASIL, 2010b).

Considerando que, grande parte de unidades ambulatoriais brasileiras são de propriedade estatal, a distribuição destes serviços ainda não ocorre de maneira uniforme entre os diferentes estados brasileiros. Rodrigues *et al.*, (2008) avaliam o uso desses serviços por idosos, onde a desigualdade dos serviços de saúde entre as regiões Sul e Nordeste deve-se à maior dificuldade de acesso e/ou menor oferta de serviços na Região Nordeste.

Estratégias adotadas a fim de aliar a relação entre os diferentes níveis de atenção e possibilitar melhor comunicação entre os serviços de saúde, como exemplo, a incorporação da teleconsulta aos modelos de atenção, que se tornou uma ferramenta alternativa e permite rearranjos e melhorias significativas no cuidado e acesso à saúde e, consequentemente, nos resultados clínicos. O reconhecido Modelo de Atenção às Condições Crônicas (CCM, sigla em inglês para *Chronic Care Model*), incluiu

elementos da saúde digital para melhora de resultados clínicos, frisando a importância da comunicação efetiva utilizando recursos tecnológicos, educação digital para o autocuidado e comunidades virtuais de apoio ao paciente (CATAPAN; WILLEMANN; CALVO, 2021).

3.5.ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Para identificação de problemas, no que diz respeito ao acesso aos serviços, pode ser abordado o uso do itinerário terapêutico, que é representado como um processo que ocorre em etapas, iniciando com a percepção de que algo mudou, ou seja, o surgimento das manifestações físicas, seguida de várias tentativas de cuidados e tratamentos que buscam resolver o problema, sempre acompanhadas de avaliações, tanto das decisões quanto dos resultados. Os estudos em itinerário terapêutico podem subsidiar uma prática avaliativa em saúde que privilegia a experiência de saúde ou adoecimento, bem como a busca de cuidados de usuários e suas famílias que envolvem o processo saúde-doença-cuidado (DEMÉTRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2020).

As pessoas não se limitam a um único subsistema de cuidado à saúde, mas há predomínio do subsistema profissional, onde não há linearidade no itinerário terapêutico das pessoas com doenças respiratórias crônicas, pois elas estão constantemente fazendo avaliações que as levam para novas decisões, de maneira a irem construindo a integração da doença ao seu processo de viver (GUERREIRO *et al*., 2004).

Cabral *et al*. (2011) discutem, de acordo com outros autores que, Itinerários Terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.).

A opção por desenhos assistenciais centrados no usuário e em seu território coloca à gestão em saúde o desafio de conhecer mais profundamente as características e os determinantes da busca de cuidado. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso. Itinerários terapêuticos podem ser uma importante ferramenta para a qualificação da assistência (CABRAL et al., 2011).

A reconstituição de itinerários terapêuticos, ou seja, o caminho percorrido pelo paciente, desde a percepção inicial do problema de saúde até a obtenção do cuidado de

que necessita, é uma ferramenta metodológica muito útil quando o objeto em estudo envolve questões relacionadas ao cuidado longitudinal (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Existem poucos trabalhos com abordagem quantitativa relacionados aos Itinerários Terapêuticos e, poucos também, relacionados a estudos restritos aos sistemas de saúde especializados e sua disponibilidade, sendo justificado pela pluralidade, diversidade, complexidade da realidade social, geraram, proporcionalmente, poucos investimentos teóricos e metodológicos (GUERREIRO *et al*., 2004; GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016; PINHEIRO *et al.*, 2016), o que favorece o desenvolvimento e importância deste estudo.

3.6.ACESSO AO ATENDIMENTO AMBULATORIAL E TRATAMENTO

Os pontos de atenção à saúde se distribuem de acordo com o processo de territorialização, situando-se os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias. Em geral, os pontos de atenção secundária são constituídos por unidades ambulatoriais, seguindo uma linha de cuidado.

As Linhas de Cuidado são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientada por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada Região de Saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação das unidades, ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2010b).

Os municípios devem proporcionar centros de referência com especialistas em Pneumologia e equipe multiprofissional e todo o suporte necessário de apoio para confirmação do diagnóstico e do tratamento a ser realizado. Nestes Centros Especializados são realizados diferentes testes de avaliação, como exemplo, o teste de caminhada, avaliação nutricional, espirometria, teste de força respiratória máxima, teste de uma repetição máxima e resistência para membros superiores e inferiores, teste de exercício incremental de membros, bioimpedância, teste de análise de gás incremental, dobras cutâneas e avaliação de tratamento farmacológico (BRASIL, 2010a).

Há também a aplicação de questionários para avaliar o paciente em diferentes aspectos de vida, como alguns exemplos, as escalas de *Dyspnea Scale/Modified Dyspnea Scale* (MRC/mMRC), *Saint George Respiratory Questionnaire* (SGRQ),

COPD Assessment Test (CAT), Questionário Respiratório Crônico (CRQ), e testes relacionados a avaliação da qualidade de vida dos pacientes, como, Teste de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL), questionário de Vias aéreas *Airways Questionnaire*–20 (AQ-20), (CAMELIER et al., 2003) e os questionários de qualidade de vida relacionada à saúde *Short Form-12* (SF-12) e *Short Form-36 Questionnaire* (SF-36), entre outros facilitadores (BARRETO *et al.*, 2021).

Discute-se que na maioria dos casos, os pacientes com condições respiratórias crônicas, especialmente com DPOC, que recebem medicamentos da farmácia especializada não foram diagnosticados recentemente. Frequentemente, eles usaram outras terapias medicamentosas disponíveis nas farmácias de atenção primária e experimentaram falha na terapia. Em seguida, foram encaminhados para a farmácia especializada, onde recebem medicamentos de alto custo e adequados para os estágios mais avançados da doença (DETONI *et al*., 2017).

A Assembleia Mundial da Saúde da OMS, avaliou a situação dos medicamentos essenciais e produziu relatórios dos sistemas e serviços de saúde no mundo, concordando em usar o reconhecimento legal do direito à saúde como um indicador do compromisso dos governos em melhorar o acesso a medicamentos essenciais. O acesso a medicamentos essenciais também se tornou um dos cinco indicadores para medir o progresso na realização progressiva do direito à saúde (LU *et al.*, 2011).

Além disso, discutem os quatro fatores que devem estar presentes para garantir que os medicamentos sejam acessíveis às pessoas, sempre e onde quer que sejam necessários (OMS, 2004), sendo eles:

1) Uso Racional de Medicamentos;
2) Preço acessível;
3) Financiamento sustentável;
4) O sistema de suprimentos à saúde confiável.

Soares (2013) referiu o acesso aos medicamentos como um atributo comportamental do usuário e o define como o uso de medicamentos em processos de cuidados, estabelecidos em face de necessidades de saúde deste indivíduo, e esse acesso é influenciado por diversos fatores. Este mesmo autor cita outra definição de acesso, conceituado por outros autores, como uma “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita, no momento e lugar requeridos pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

A Política Nacional de Medicamentos – PNM (2001) tem como finalidade principal garantir a necessária segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Para alcançar estes objetivos definidos, estabeleceu diretrizes, entre as quais, a reorientação da assistência farmacêutica (BRASIL, 2001). Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que dispõe sobre sua reorientação, aprofundando princípios e eixos estratégicos de atuação (BRASIL, 2004).

O acesso a medicamentos e a dispensação no SUS são partes do sistema de cuidados em saúde brasileiro, cuja relevância foi ressaltada, nas últimas duas décadas, em decorrência da magnitude do orçamento envolvido e da tensão social em torno da busca por medicamentos (SOARES, 2013).

Existem estudos que discute a indicação, o acesso e a utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil, através de resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil – PNAUM (2014), que referencia as fontes de obtenção para os medicamentos mais utilizados de acordo com a classe econômica dos entrevistados.

De acordo a Relação Nacional de Medicamentos – RENAME, os medicamentos para DRC que são disponibilizados pelos programas do governo (Farmácia Popular), através do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) são: Diproprionato de Beclometasona e Budesonida (corticoides inalatórios oral e nasal, respectivamente), Salbutamol (Beta-2 agonista inalatório de curta duração) e, brometo de Ipratrópio (Anticolinérgico de curta duração) (BRASIL, 2022). São poucos disponíveis, diante de diversos tratamentos existentes (Quadro 1) e das diversas condições específicas dependentes, o que dificulta ainda mais o acesso aos medicamentos e pode comprometer diretamente a adesão ao tratamento.

3.7.DESAFIOS DO ACESSO A SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

O acesso aos serviços de média complexidade tem sido apontado, por gestores e pesquisadores, como um dos entraves para a efetivação da integralidade do SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

O modelo teórico desenvolvido por Erdmann e colaboradores (2013), cuja categoria central é denominada “A atenção secundária no sistema de cuidado em saúde: estrutura e organização das práticas na rede de atenção”, identificou quatro categorias

de análise, que dão suporte à formulação do modelo teórico: identificando a estrutura e organização da atenção secundária na rede de atenção à saúde; elencando dificuldades na organização das práticas de saúde no nível da atenção secundária; caracterizando melhores práticas no nível da atenção secundária para estruturação da rede de atenção à saúde e contribuição da atenção secundária para melhores práticas em saúde.

A partir dessas práticas, pode-se proporcionar a melhoria contínua do sistema de cuidado à saúde, com foco nesse nível de atenção. E ao estabelecer fluxos e contra fluxos, organiza o caminhar do usuário pela rede, proporcionando acesso e garantia de cuidados contínuos (ERDMAN *et al.*, 2013).

As desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos. Apesar da realidade crítica do acesso aos serviços de saúde, de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível construir a consciência cidadã, por meio da emancipação de sujeitos capazes de intervir nesta realidade, e finalmente, garantir o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população. É um grande desafio para o sistema de saúde a efetivação de um acesso ao serviço e ao tratamento de forma equitativa. Cada segmento social tem diferentes demandas produzidas por processos sociais de exclusão, que nem sempre são percebidas pelo poder público. Quando estas demandas são percebidas, muitas vezes a gestão não tem acúmulo reflexivo, para formular políticas (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), por sua vez, é um dos maiores problemas do SUS, decorrendo tanto da insuficiente oferta de ações diagnósticas e terapêuticas (dependendo da especialidade e da localização geográfica) quanto dos modos de financiamento, organização e funcionamento da atenção especializada (AE) e de outros elementos das RAS, como por exemplo a qualidade de encaminhamentos e solicitações (de exames, consultas, procedimentos) (MELO *et al.*, 2021).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

Para o delineamento da pesquisa, foi utilizado o estudo descritivo, retrospectivo, de corte transversal, analítico/observacional que possibilita o controle da qualidade dos dados e sua melhor adequação ao cumprimento dos objetivos do estudo. Nos estudos observacionais descritivos, os pesquisadores constatam a ocorrência de um evento em um indivíduo ou, em um grupo de indivíduos. O estudo não almeja identificar associações, já que não há grupo de comparação e o principal objetivo é chamar a atenção para o inesperado do evento descrito. Esta pode basear-se tanto em informações de registros, de caráter secundário, quanto na aplicação de instrumentos de detecção de casos à totalidade (ou a uma amostra) daqueles que procuram o serviço em um dado período. Em síntese, esse subtipo de desenho seccional busca superar algumas das dificuldades e falhas encontradas em estimativas de prevalência baseadas em registros hospitalares ou de tratamento especializado (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

Os estudos de dados secundários apresentam como vantagens a ampla cobertura populacional, o baixo custo para a coleta das informações e a facilidade para o seguimento longitudinal. Sendo as maiores desvantagens a falta da padronização na coleta dos dados, que afeta a qualidade dos dados registrados, a cobertura que pode variar no tempo e no espaço, e a falta de informações que podem ser importantes para as análises de interesse, incluindo variáveis de desfecho, explicativas, mediadoras, de confusão ou modificadoras de efeito (COELI, 2010).

O modelo de estudo de corte transversal tem contribuído para manter diagnóstico atualizado de padrões de comportamento que embasam políticas de saúde. Este estudo serve para um grupo de pessoas em um ponto particular do tempo, antes do período da pandemia de COVID-19, onde foram investigadas informações de intervenções passadas e demonstrando resultados atuais de saúde, para assim, examinar associações entre o resultado e a intervenção (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

Através da abordagem quantitativa, se propõe a representar e descrever realidades complexas. As variáveis quantitativas, por sua vez, envolvem distinções não substanciais, no sentido de diferenças traduzíveis em desigualdades de grau, frequência, intensidade e volume. Referem-se a propriedades que mantêm a mesma natureza em

toda sua extensão ou dimensão, que se mostram com maior ou menor expressão, podendo ser manifestadas em termos numéricos (ROUQUAYROL, 2018).

4.2. CARACTERISTICAS DA POPULAÇÃO

A pesquisa foi realizada com os dados disponíveis do ambulatório de referência em Pneumologia da rede pública de saúde do Estado da Bahia, localizada em Salvador, cidade que é a capital do Estado da Bahia, na região Nordeste brasileira. A coleta dos dados ocorreu no Ambulatório de Pneumologia do Hospital Roberto Santos, que no momento está desativado por conta da pandemia.

Considerando informações populacionais no último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o Estado da Bahia que tem 14.016.906 de habitantes (população estimada em 2019 de 14.873.064), com uma densidade demográfica de 24,82 hab/km². A cidade de Salvador conta com 2.675.656 habitantes (população estimada em 2019 – 2.872.347 pessoas) com uma densidade demográfica de 3.859,44 hab/km². Em termos de extensão territorial, a Bahia é o quinto estado e possui 36,334% da área total da Região Nordeste do Brasil e 6,632% do território nacional.

Os participantes do estudo foram formados por pacientes acometidos por condições respiratórias crônicas que buscam o atendimento ambulatorial, sendo distribuídos de forma randomizada. A seleção de pessoas deveria atender aos seguintes critérios:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO - Ter mais de 18 anos em ambos os sexos, em atendimento por alguma condição respiratória.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO - Fichas com informações de dados incompletos e que impactem nos objetivos da pesquisa e menores de idade.

4.3. FONTE DE INFORMAÇÕES

Para a construção desta dissertação, a busca dos estudos foi realizada nas bases de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Portal (CAPES), em português e inglês, entre maio 2020 a agosto de 2022. E para a identificação dos artigos foram utilizados os seguintes descritores do *Medical Subject Headings* (MeSH): *"Chronic Respiratory Diseases"; "Accessibility of*

health services"; "Comprehensive Health Care"; "Therapeutic itinerary; "pharmacological treatment of chronic respiratory diseases" e a tradução nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Doença Respiratória Crônica"; "Acesso aos serviços de saúde"; "Assistência integral à saúde"; "Itinerário terapêutico"; e, "tratamento farmacológico de doenças respiratórias crônicas".

4.4. PERÍODO DE COLETA

Os atendimentos dos pacientes foram realizados no ambulatório de Pneumologia em 2019. Para a realização da entrevista estruturada, a mesma possuía um roteiro em que se divide em tópicos: identificação; diagnóstico; atendimentos à sua saúde em relação a doença respiratória; fatores de risco (com os subtópicos: tabagismo, fogão a lenha ou carvão, exposição a outros gases, fumaças ou partículas); aplicação de escala e questionário; identificação do tratamento utilizado antes em seu município e onde adquire os medicamentos; e, medidas preventivas adotadas.

A iniciativa deste estudo se deu a partir de 2020, com análise dos dados secundários retrospectivos de todos os formulários disponíveis e classificá-los conforme critérios de elegibilidade através de um estudo analítico/observacional exploratório de corte transversal.

Após aprovação do comitê de ética em 2021, aplicou-se o componente da pesquisa entre março de 2021 a fevereiro de 2022, onde foi feita a classificação dos formulários conforme os critérios de elegibilidade.

4.5. FERRAMENTAS DA PESQUISA

Através da análise de dados secundários de formulários de atendimento, foram coletadas informações de dados preenchidos na ficha de atendimento (APÊNDICE A) através das variáveis sociodemográficas como: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, zona de residência e situação familiar.

Além desses, foi caracterizado como se deu o acesso ao serviço de saúde, desde o conhecimento do seu diagnóstico, a forma clínica apresentada, os fatores de risco, a forma de entrada ao sistema ambulatorial e o tempo de atendimento, como se dá o acompanhamento clínico domiciliar, a terapia farmacológica, o acesso à essa terapia e os motivos que interferem no seu tratamento farmacológico. O nível de percepção de

qualidade de vida do paciente foi avaliado pelo Questionário de Vias Aéreas 20 (AQ20), que consta no mesmo formulário.

A avaliação da intensidade do problema respiratório através da escala de dispneia do *Medical Research Council* modificada (mMRC), é simples e aplicável na atenção prestada por médicos generalistas e especialistas, sendo composta por apenas cinco itens, onde o paciente escolhe o item que corresponde a quanto a dispneia limita suas atividades de vida diária (AVD) (Figura 3). O paciente relata seu grau subjetivo de dispneia escolhendo um valor entre 1 e 5 (KOVELIS et al., 2008; FERNANDES *et al.*, 2017).

Figura 3. Escala de dispneia do *Medical Research Council* modificada (mMRC), adaptada para a língua portuguesa (2008).

Escore	Sintomas
0	Falta de ar ao realizar atividade física intensa (correr, nadar, praticar esporte).
1	Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada no plano ou quando caminha em subidas.
2	Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido à falta de ar; ou quando caminha no plano, no próprio passo, precisa parar para respirar.
3	Após andar menos de 100 metros ou alguns minutos no plano, precisa parar para respirar.
4	Falta de ar impede que saia de sua casa; tem falta de ar quando troca de roupa.

Fonte: KOVELIS *et al.* (2008).

Já a pontuação do AQ20 é obtida de acordo com o tipo de resposta escolhida pelo paciente. As opções permitidas pelo questionário são “Sim”, “Não”, e “Não se aplica”. O AQ20 é um questionário de estado de saúde específico para doenças respiratórias de caráter obstrutivo, e sua grande vantagem é a menor utilização do tempo com manutenção das propriedades de medida (Figura 4) (CAMELIER et al., 2003).

Figura 4. Questionário de Vias aéreas *Airways Questionnaire*–20 (AQ-20) (2003).

AQ-20	*Airways Questionnaire*–20	Sim	Não	Não se aplica
AQ-1	Você tem crise de tosse durante o dia?			
AQ-2	Você frequentemente se sente cansado devido a sua doença pulmonar?			

AQ-3	Você sente falta de ar ao cuidar do jardim devido a sua doença pulmonar?			
AQ-4	Você se preocuparia em ir à casa de um amigo se lá existisse algo que pudesse causar uma crise de sintomas pulmonares?			
AQ-5	Você tem sintomas pulmonares quando fica exposto a cheiros fortes, fumaça de cigarro ou perfume?			
AQ-6	O(A) seu(a) companheiro(a) fica incomodado(a) com a sua doença pulmonar?			
AQ-7	Você fica com falta de ar enquanto tenta dormir?			
AQ-8	Você fica preocupado com os efeitos a longo prazo na sua saúde causados pelos medicamentos que você tem que tomar por causa da sua doença pulmonar?			
AQ-9	Os seus sintomas pulmonares pioram quando você fica aborrecido?			
AQ-10	Existem momentos em que você tem dificuldade de andar pela casa devido a sua doença pulmonar?			
AQ-11	Você sente falta de ar para as suas atividades durante o trabalho devido aos seus problemas pulmonares?			
AQ-12	Você sente falta de ar para subir escadas devido a sua doença pulmonar?			
AQ-13	Devido a sua doença pulmonar você sente falta de ar para realizar as tarefas domésticas?			
AQ-14	Devido a sua doença pulmonar você tem que voltar para casa mais cedo do que as outras pessoas após um programa noturno?			
AQ-15	Você tem falta de ar quando está rindo devido a sua doença pulmonar?			
AQ-16	Você frequentemente se sente impaciente devido a sua doença pulmonar?			
AQ-17	Devido a sua doença pulmonar você sente que não consegue aproveitar totalmente a sua vida?			
AQ-18	Devido a sua doença pulmonar você se sente muito enfraquecido após um resfriado?			
AQ-19	Você tem a sensação constante de um peso no tórax?			
AQ-20	Você se preocupa muito com a sua doença pulmonar?			

Fonte: CAMELIER et al. (2003).

Durante o estudo foi possível identificar aspectos sobre a dificuldade de acesso e os fatores – geográficos, funcionais, culturais, econômicos e pessoais – que podem influenciar e impactar a trajetória no contexto do paciente a partir das possíveis problemáticas: fragilidades na rede de atenção, falha de comunicação entre as redes de atenção, desinformação do paciente, falta de direcionamento do paciente, a própria condição, comorbidades/deficiência, recursos financeiros insuficientes, demora no

atendimento, ausência de transporte, automedicação, ausência de profissionais, não saber utilizar os dispositivos inalatórios, entre outras que poderiam surgir ao longo do estudo.

4.6.ANÁLISE E PRODUÇÃO DOS DADOS

O componente (retrospectivo) foi fundamentado na análise de dados secundários de um ambulatório de Pneumologia e os dados coletados serviram como guia para a obtenção dos dados da pesquisa. Estes foram transcritos para planilha do Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences 22* (IBM® SPSS®) e aplicado cálculos estatísticos para posterior interpretação e descrição (FIELD, 2009).

Foi analisado os referenciais estatísticos através de variáveis categóricas, sendo descritas em proporção, variáveis quantitativas em medida de tendência central e dispersão, Teste de Kolmogorov-Smirnov para variável não paramétrica, teste qui-quadrado de comparação de proporções e para comparação de médias Teste t ou Mann-Whitney. O nível de significância estatística considerado foi de 5%.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

A análise secundária de formulários de atendimento, dispensa o Termo de Consentimento, garantindo o sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos do estudo, baseado nas diretrizes contidas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012 e Nº 510/2016, Ministério da Saúde. Assim, a pesquisa foi iniciada após a submissão do projeto e aprovado pelo conselho de revisão institucional através do parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (CAAE: 43158720.0.0000.0057 – Número do Parecer: 4.565.338/2021).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 115 formulários dos pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia, sendo que destes, 23 excluídos devido os critérios de elegibilidade: (20) fichas com informações incompletas e (03) usuários do ambulatório menores de idade. Como resultados, foi considerado 92 formulários aptos para a análise descritiva dos atendimentos disponíveis.

Como análise descritiva das variáveis categóricas, foram coletados os dados sociodemográficos (Tabela 1), onde a maioria dos pacientes atendidos no ambulatório foram do sexo feminino, representando 68,5% e a média de idade dos pacientes que frequentaram o ambulatório de Pneumologia foi de 54,6 anos (± 17,6).

É válido ressaltar que, a maior parte da população se declarou de cor ou raça preta/parda (78,2%). Em 2018, somando-se pretos e pardos (negros), chegava-se a 81,1% da população da Bahia (11,994 milhões de pessoas), segundo maior percentual entre os estados, sendo a unidade da federação onde há o maior número de pessoas que se declaram de cor ou raça preta (17,1%), o que corresponde a cerca de 2,4 milhões de pessoas, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

Em relação ao nível de escolaridade, 50% destes usuários afirmaram que o grau de escolaridade é analfabeto ou ensino fundamental incompleto, o que representa um parâmetro importante para avaliar o grau de instrução e compreensão desses usuários sobre os aspectos clínicos, diagnóstico, como ter acesso ao atendimento e tratamento, confirmando a necessidade de uma orientação adequada para melhor conduzir sua condição de saúde.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes atendidos em um Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Características	n	%
Sexo		
Feminino	63	68,5
Masculino	29	31,5

Cor			
	Parda / Preta	72	78,2
	Branca	12	13,0
	Amarela	5	5,4
	Não declarou	3	3,3
Estado Civil			
	Casado/União estável	48	52,2
	Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo	44	47,8
Escolaridade			
	Analfabeto/Ens. Fund. Incompleto	46	50,0
	Ens. Fund. Completo	8	8,7
	Ens. Médio Incompleto	8	8,7
	Ens. Médio Completo	23	25,0
	Superior Incompleto	1	1,1
	Superior Completo	5	5,4
	Não sabe informar	1	1,1

Idade (em anos)	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mín	Máx
	54,64	17,6	56,5	18	84

Fonte: Autoria Própria (2022).

Dados clínicos sobre o conhecimento do paciente em relação ao seu diagnóstico ou motivo na qual buscou a especialidade, a maior parte, 44,6% ainda desconhecia a doença por ser a primeira consulta e relatava algum sintoma respiratório como dispneia, tosse, falta de ar ou buscando apoio para a cessação do tabagismo. O diagnóstico mais prevalente foi o de Doenças Obstrutivas Crônicas, representando 31,5%, e que compreendem a DPOC, Asma, Rinite, Bronquiatelectasia, Fibrose Cística ou Pneumonia (Tabela 2).

Tabela 2. Diagnóstico ou motivo da consulta na qual buscou o Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Classificação Diagnóstica/Motivo da Consulta	n	%

Doenças Obstrutivas Crônicas	29	31,5
Doença Vascular Pulmonar	10	10,9
Avaliação pré/pós-operatória	6	6,5
Câncer	3	3,3
Doença extrapulmonar	3	3.3
Outros sintomas ou desconhece a doença	41	44,6

Legenda: Doenças obstrutivas crônicas (DPOC, Fibrose cística, Pneumonia, Asma, Rinite e bronquiatelectasia); Doença vascular pulmonar (Derrame Pleural, Hipertensão Pulmonar, Embolia pulmonar/TEP); Avaliação (pré-operatória e pós-operatória); Doença extrapulmonar (Tuberculose); Câncer (Câncer/Nódulo); e, outros sintomas respiratórios (dispneia, tosse, falta de ar, parar de fumar) ou desconhecem o diagnóstico. Fonte: Autoria Própria (2022).

Um aspecto visualizado no presente estudo é o próprio desconhecimento do motivo que levou o usuário a se deslocar para o atendimento na referência, onde 44,6% ou desconhecia qual a doença que motivou a consulta, ou foi encaminhada por algum sintoma respiratório sem diagnóstico específico, revelando dados indiretos onde o paciente possivelmente foi encaminhado sem uma mínima investigação diagnóstica na atenção primária.

Foi avaliado os fatores de risco associados ao tabagismo (ativo e passivo), se residência possuía fogão a lenha ou carvão ou se durante a vida ocupacional houve exposição a outros gases, fumaças ou partículas (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores de risco associados relatados pelos usuários do Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Fatores de Risco	n	%
Se fuma ou já fumou cigarros (n=92)		
Nunca fumou	51	55,4
Parou de fumar	32	34,8
Fumante atual	9	9,8
Qual tipo de cigarro fumava (n=41)		
Industrializado	28	68,3
Feito a mão com papel	12	29,3
Outro	1	2,4
Morou em uma casa onde outras pessoas fumavam (n=92)		
Sim	49	53,3

Não	43	46,7
Morou em casa que utilizava fogão à lenha ou carvão (n=92)		
Sim	61	66,3
Não	31	33,7
De maneira regular, já cozinhou ou preparou alimentos utilizando fogão à lenha ou carvão (n=92)		
Sim	36	39,1
Não	56	60,9
Já trabalhou em algum ambiente que possuía fumaças, gases ou partículas (n=92)		
Sim	30	32,6
Não	62	67,4

Fonte: Autoria Própria (2022).

O Brasil tem sido considerado um exemplo no enfrentamento ao tabagismo, reconhecido por órgãos mundiais, com destaque para o aumento da taxação aos cigarros e o aumento de advertências nas embalagens, pela Lei nº 12.546 de 2011 (MALTA et al., 2017). Como foi possível observar, a maioria dos usuários do ambulatório nunca fumaram e a baixa incidência de fumantes atuais. Entretanto, 53,3% já residiu com pessoas que fumavam, sendo um indicativo de fumo passivo, o que pode corroborar a presença de condições respiratórias.

Neste estudo, foram obtidos os dados das escalas *Medical Research Council* modificada (mMRC) e o questionário *Airways Questionnaire–20* (AQ-20) (Tabela 4). A qualidade de vida relacionada à saúde tem adquirido importância crescente nas avaliações de efetividade/eficácia das intervenções terapêuticas. A utilização de questionários doença-específicos, como o AQ-20, apresenta a vantagem de se obter resultados com a detecção de pequenas mudanças no curso da doença após intervenções (MENEZES *et al*., 2011).

Tabela 4. Escalas *Medical Research Council* modificada (mMRC) e *Airways Questionnaire*–20 (AQ-20) aplicadas no Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

	Média	Desvio Padrão	Mediana	p25	P75	Mín	Máx

Escala mMRC	1,4	1,4	1	0	2	0	4
AQ-20	9,2	5,5	10	5	13	0	20

Medical Research Council modificada (mMRC)	n	%
0 – Só sofre de falta de ar durante exercícios intensos	32	34,8
1 – Sofre de falta de ar andando apressadamente ou subindo uma rampa leve	26	28,3
2 – Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade por causa de falta de ar ou tem que parar para respirar	12	13,0
3 – Parar para respirar depois de andar menos de 100m ou após alguns minutos	10	10,9
4 – Sente tanta falta de ar que não sai mais de casa ou sente falta de ar quando está se vestindo	12	13,0

Fonte: Autoria Própria (2022).

As respostas afirmativas mais prevalentes do questionário AQ-20 foram se o paciente tem sintomas pulmonares quando fica exposto a cheiros fortes, fumaça de cigarro ou perfume (AQ-5), onde 70 pacientes (76,1%) afirmaram que sim. Seguidas de, se o paciente se preocupa muito com a sua doença pulmonar (AQ-20), com 59 pacientes (64,1%), onde a questão psicológica influencia diretamente na qualidade de vida do paciente. Dado importante que já se tem discutido, através de estimativas robustas dos efeitos do tratamento através da reabilitação pulmonar que confere benefícios significativos e segue comprovado que leva a uma redução dos sintomas de ansiedade e depressão (GORDON *et al.,* 2019).

E outras questões como, se o entrevistado sente muito enfraquecido após um resfriado (AQ-18) e, se sente falta de ar para subir escadas devido a sua doença pulmonar (AQ-12), 57 pacientes (61,9%) tinham esses mesmos sintomas (APÊNDICE B. RESULTADOS DO AQ-20).

A análise do AQ-20 se dá somando as quantidades de “sim” que os indivíduos responderam na escala para traçar o perfil do estado de saúde prévio à exacerbação da doença. A escala do AQ-20 vai de zero (nenhum comprometimento) a vinte (comprometimento grave), significa que, quanto mais próximo do 20, maior o comprometimento do estado de saúde. Com uma média de 9,2 (± 5,5) observa-se o estado de saúde intermediário, como pode-se ver no gráfico apresentado (Gráfico 1).

Gráfico 1. Representação através de BoxPlot do estado de saúde aplicado pelo *Airways Questionnaire*–20 (AQ-20) no Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Fonte: Autoria Própria (2022).

Para a análise do acesso ao ambulatório, foi feita a consulta do local de residência, pelo relato de como foi agendada a consulta, como chegou para a consulta, quem financiou o deslocamento e o intervalo de tempo gasto que o paciente saiu de seu domicílio até chegar ao ambulatório para ser atendido (Tabela 5).

Tabela 5. Análise geográfica na qual buscou o Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2022) (n=92).

Análise geográfica	n	%
Residência (UF)		
Bahia	90	97,8
Outro estado	2	2,2
Como foi agendada a consulta?		
Referência da Atenção Básica /Regulação SUS	42	45,6
Solicitação de outro especialista particular	20	21,7
Referência de UPA/Emergência/Unidade Hospitalar	17	18,5
Marcação por “conhecidos” ou outros	13	14,2

Como chegou para a consulta no Ambulatório?		
Transporte Público Municipal	39	42,4
Transporte Referência (Micro-ônibus, Ambulância)	28	30,4
Transporte Privado (Carro próprio)	25	27,2
Quem financiou o deslocamento?		
Pessoal	56	60,9
Tratamento fora do domicílio (TFD) / Prefeitura	36	39,1

Tempo gasto para o atendimento

	Média	Desvio Padrão	Mediana	p25	p75	Mín	Máx
(hora:minuto)	3:10		2:00	0:50	4:00	0:10	19:00
Decimal	3,18	4,00	2,08	0,83	4,0	0,17	19,0

Fonte: Autoria Própria (2022).

Neste presente estudo também foi identificado que menos de 50% das consultas no especialista foi marcada a partir da atenção primária, considerada o centro da atenção ao cuidado da saúde no SUS, sendo inclusive identificada causas de marcação de consulta no especialista por “conhecidos ou outros” que possivelmente teriam acesso a algum canal extraoficial de marcação de consultas ao especialista, algo que não foi tema específico deste estudo.

Ao analisar o deslocamento de sua residência até a chegada ao atendimento ambulatorial, observou-se que o tempo médio gasto foi de 3 horas e 10 minutos, considerando o tempo mínimo de deslocamento de 10 minutos (reside próximo ao ambulatório) e o máximo de 19 horas (reside em outro município/estado). O alto desvio padrão pode ser explicado pela diferença de deslocamento estar relacionada a dispersão de tempo gasto pelos usuários para chegar até o ambulatório, 75% dos usuários gastam menos de 4 horas para chegar ao atendimento.

Sobre o modo de deslocamento, 72,8% dos usuários utilizaram algum transporte público intermunicipal ou disponibilizado por seu município de origem para buscar pelo atendimento especializado no ambulatório e 27,2% vieram através de seu transporte particular (carro próprio). No que diz respeito às despesas/custos com o transporte, 60,9% utilizava de recursos próprios para locomoção e 39,1% recebia algum financiamento pelas prefeituras através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Este consiste no fornecimento de benefícios quando o paciente necessita de atendimento

médico especializado de média e alta complexidade não disponível na localidade de domicílio. Estes benefícios somente são concedidos quando esgotados todos os meios de tratamento na Rede Pública ou Conveniada ao SUS no Município/Estado de origem dos usuários. São limitados ao período estritamente necessário ao tratamento médico e não valem para procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) (SESAB, 2022).

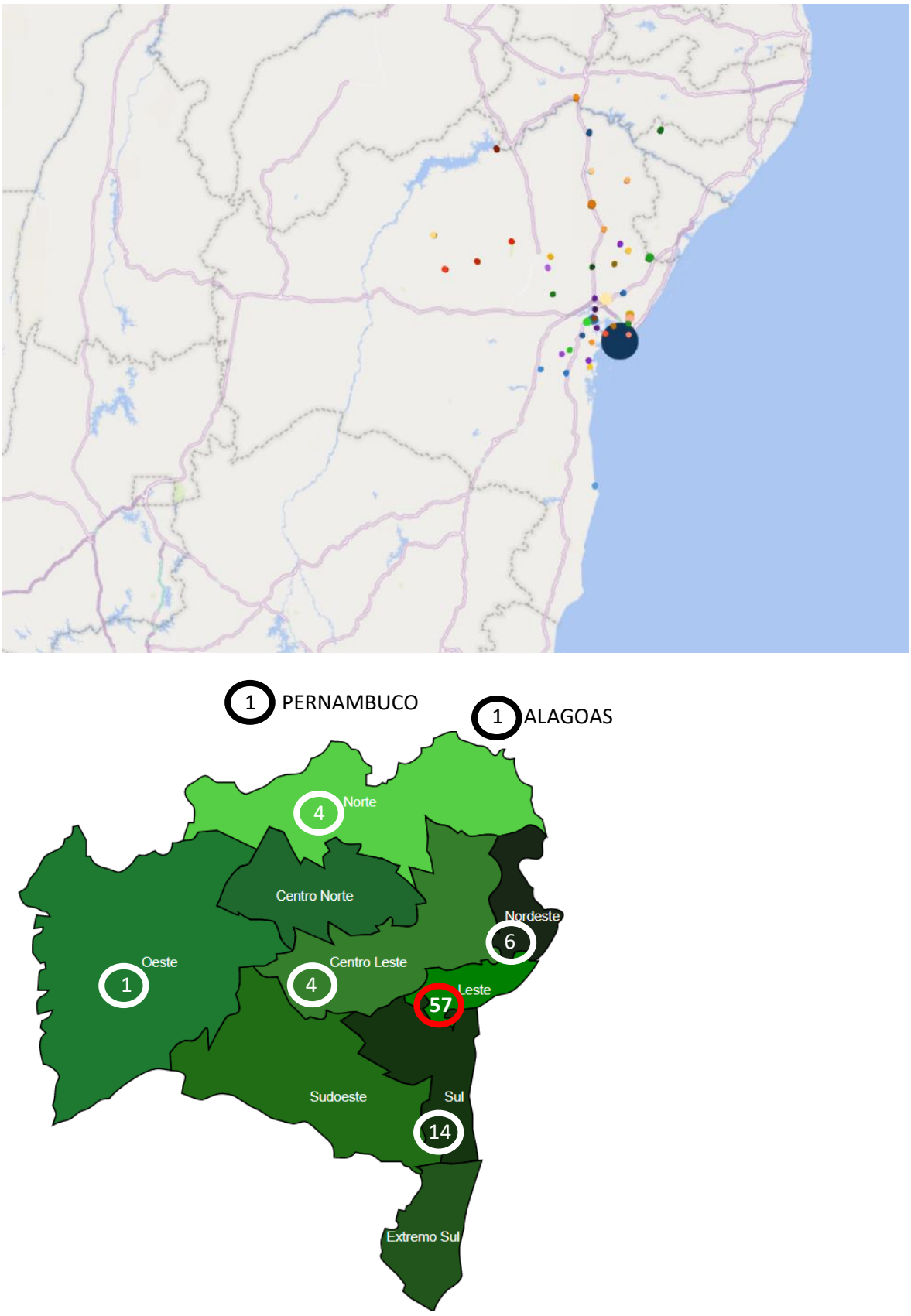
Foi analisado o município de origem do paciente e organizado de acordo a macrorregião de saúde pertencente (Tabela 6 e Figura 5). Onde 62,1% dos pacientes pertencem a macrorregião Leste (que representa o município de Salvador, região que abrange o ambulatório), porém 35,7% ainda são de outras macrorregiões. E outro dado que chama a atenção é que 2,2% dos atendidos vieram de outros estados.

Tabela 6. Município de residência distribuído por Macrorregião de saúde pela qual buscou o Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Macrorregião de Saúde	n	%
Leste	57	62,1
Centro-leste	14	15,2
Nordeste	6	6,5
Norte	4	4,3
Sul	4	4,3
Centro-norte	4	4,3
Oeste	1	1,1
Outros estados	2	2,2

Legenda: LESTE - (38) Salvador; (3) Muritiba; (2) Mata de São João; (2) Cruz das Almas; (2) Dias D'Ávila; (1) Camaçari; (1) Cachoeira; (1) Dom Macedo Costa; (1) Jiquiriça; (1) Laje; (1) Lauro de Freitas; (1) Madre de Deus; (1) Maragogipe; (1) Nazaré; (1) Salinas das Margaridas. CENTRO-LESTE - (4) Coração de Maria; (2) Euclides da Cunha; (1) Feira de Santana; (1) Capela do Alto Alegre; (1) Gavião; (1) Ipirá; (1) São Gonçalo dos Campos; (1) Serrinha; (1) Teofilândia; (1) Tucano. NORDESTE - (2) Rio Real; (1) Alagoinhas; (1) Nova Soure; (1) Olindina; (1) Sátiro Dias. NORTE – (1) Canudos; (1) Jeremoabo; (1) Macururé; (1) Sobradinho. SUL – (1) Jaguaquara; (1) Cairu; (1) Canavieiras; (1) Valença. CENTRO-NORTE – (1) Jacobina; (1) Morro do Chapéu; (1) Canarana; (1) Jussara; OESTE (1) São Félix. OUTROS ESTADOS – (1) Cabrobró/PE; (1) Mata Grande/AL. Fonte: Autoria Própria (2022).

Figura 5. Ilustrações da distribuição do quantitativo de pacientes atendidos pelo ambulatório por municípios e macrorregiões (2022).



Fonte: Autoria Própria (2022).

Foram abordados também, questões sobre o tratamento farmacológico utilizado nos últimos 30 dias e como adquiriu esse tratamento (Tabela 7), além de medidas preventivas adotadas pelos usuários, como: vacinação, atividades físicas, se frequentou centros de reabilitação pulmonar e se recebeu orientações de equipe multidisciplinar (Tabela 9).

Em relação ao acesso a terapia farmacológica, a maior parte 51 (55,4%) não fazia uso ou não sabia informar se estavam disponíveis gratuitamente e 29 (31,5%) compravam o medicamento, ou seja, muitos desconhecem o acesso ao tratamento gratuito o que é importante medida para orientação farmacêutica e equipe multiprofissional sobre o tratamento disponível pela rede pública (Tabela 7). Comparando com o estudo de Leal *et al.* (2018) demonstra que 57,3% das pessoas com DRC adquirem, pelo menos, um de seus medicamentos em farmácias comerciais.

Tabela 7. Tratamento farmacológico (por nome dos fármacos) nos últimos 30 dias para doenças respiratórias e outras doenças e acesso ao tratamento, informado pelos usuários atendidos pelo Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Tratamento farmacológico	Sim	%	Não	%
Broncodilatador				
Salbutamol	19	20,7	73	79,3
Fenoterol	4	4,3	88	95,7
Formoterol	7	7,6	85	92,4
Tiotrópio	1	2,0	91	98,9
Corticoide Inalatório				
Beclometasona	9	9,8	83	90,2
Budesonida	7	7,6	85	92,4
Fluticasona	3	3,3	89	96,7
Mometasona	1	1,1	91	98,9
Oral				
Prednisona	7	7,6	85	92,4
Outros medicamentos utilizados de outras classes não respiratórias	26	28,3	66	71,7
Todos os medicamentos para o seu problema respiratório		n		%

estão disponíveis gratuitamente onde você mora?		
Sim	12	13,0
Não (compra)	29	31,5
Não sabe / Não se aplica	51	55,5

Fonte: Autoria Própria (2022).

Diante dos principais resultados apresentados, serão discutidos a ação dos broncodilatadores e corticoides inalatórios. Sobre os broncodilatadores, a principal ação dos beta2-agonistas é relaxar a musculatura lisa das vias aéreas, estimulando os receptores beta2-adrenérgicos, que aumentam o AMP cíclico e produzem antagonismo funcional à broncoconstrição. Existem agonistas beta2 de ação curta (SABA) e de ação prolongada (LABA). O efeito dos SABAs geralmente desaparece dentro de 4 a 6 horas e os LABA mostram duração de ação de 12 ou mais horas e não impedem o benefício adicional da terapia com SABA conforme necessário. Formoterol e salmoterol são LABA, que podem ser administrados duas vezes ao dia e reduzem significativamente os volumes pulmonares, dispneia, piora do estado de saúde, taxa de exacerbação e número de hospitalizações, mas não têm efeito sobre a mortalidade ou raros declínio da função pulmonar (GOLD, 2022).

A maioria dos estudos descobriu que o tratamento regular apenas com CI não modifica o declínio a longo prazo, nem a mortalidade em pacientes com DRC. No estudo TORCH, observou-se uma tendência de maior mortalidade para pacientes tratados apenas com propionato de fluticasona em comparação com aqueles que receberam a combinação de placebo ou salmeterol mais propionato de fluticasona (CALVERLEY *et al*., 2007; CELLY *et al*., 2008).

Por isso, um corticoide inalatório combinado com um LABA é mais eficaz do que os componentes individuais para melhorar a função pulmonar e o estado de saúde, além de reduzir as exacerbações em pacientes com exacerbações de DRC moderada a muito grave.

A *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (2022) recomenda o uso de broncodilatador de curta ou longa duração para aliviar a dispneia, o que se aplica aos pacientes com doenças obstrutivas leve/moderada conforme escore da escala mMRC de 1-2, sendo a média observada no escore mMRC nos pacientes do estudo de 1,39 (Tabela 4), o que corresponde ao tratamento inicial mais prevalente no estudo (MENEZES *et al*., 2011). Porém, mesmo com o diagnóstico pré-estabelecido ou por ser

a primeira consulta, a maior parte dos que buscaram atendimento não fazia uso de terapia medicamentosa. Dos que já faziam uso, eram pacientes com diagnóstico já estabelecido ou fazia uso por automedicação.

Sob essa perspectiva, o acesso ao cuidado e medicamentos ganhou destaque nas políticas e práticas de gestão administrativa dos sistemas de saúde. A utilização de medicamentos é refletida nos dados de literatura a partir de um conjunto de indicadores, que representam frequências associadas ao uso e a suas consequências. O acesso a medicamentos é representado por dimensões como a disponibilidade, as questões relacionadas ao financiamento, a proporção da população recebendo medicamentos, entre outros aspectos de natureza estrutural (OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA, 2020).

Com a aplicação da escala mMRC, foi distribuído as variáveis em sintomas leves (0,1,2) e sintomas intensos (3 e 4) para avaliar a correlação com a distância percorrida por macrorregião, se fazia uso de medicamentos respiratórios e também comparado com a avaliação da qualidade de vida destes pacientes (Tabela 8).

Tabela 8. Correlação entre as médias da escala mMRC e macrorregiões, uso de medicamentos e AQ-20 realizado no Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Variáveis	mMRC sintomas		p
	Leves	Intensos	
Distância [a]			
Mesma macrorregião	45	12	0,143
Outra macrorregião	24	11	
Uso de Medicamentos [a]			
Sim	22	11	0,073
Não	47	12	
AQ-20 [b]	7,86	13,04	0,027

Legenda: a Teste T; b Teste Kolmogorov-Smirnov. Fonte: Autoria Própria (2022).

Com isso, foi possível analisar se o paciente precisou se deslocar de outras macrorregiões mesmo com sintomas mais leves para conseguir ter acesso ao atendimento ambulatorial. Neste caso não foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa entre as médias dos sintomas leves e intensos e o

deslocamento de outras macrorregiões por meio do Teste t. O teste-t independente mostrou que, em média, a maioria dos pacientes que tem sintomas leves e intensos moram mais próximo do ambulatório ($t(90) = 1,111$; $p > 0,05$).

Outra análise realizada foi se a intensidade dos sintomas (mMRC) está relacionada ao uso de medicamentos respiratórios através de duas variáveis (faz uso de medicamentos respiratórios e não faz uso). O teste-t independente mostrou que, em média, a maioria do pacientes, tanto quem tem sintomas leves quanto intensos, não tomam medicamentos respiratórios ($t(90) = 1,380$; $p > 0,05$). Observando a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento destes pacientes.

Também foi analisado a relação entre o mMRC (sintomas leves e intensos) e avaliação da qualidade de vida através do questionário AQ-20 (intervalo entre 0 e 20). Primeiro foi observado o valor de $p = 0,000$ e $p = 0,004$, respectivamente, sendo uma distribuição não paramétrica ($p < 0,05$) (Correlação de Significância de Lilliefors). E, através do Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov aplicado para correlacionar as variáveis, o valor de $p = 0,027$ (não homogêneo, sem igualdade de variâncias $p < 0,05$), corresponde que a média dos dois grupos são diferentes, sendo uma hipótese alternativa. Neste caso foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa entre as médias dos sintomas e a qualidade de vida por meio do Teste t ($t(49,712) = 0,000$; $p > 0,05$). Foi possível verificar que os sintomas intensos apresentaram maiores índices de AQ-20 ($M = 13,03$; $\pm 4,05$) do que sintomas leves ($M = 7,86$; $\pm 5,36$), demonstrando uma menor qualidade de vida destes pacientes.

Sobre as medidas para redução de riscos, 51 (55,4%) dos usuários relataram ser vacinados para gripe, porém, 61 (66,3%) não havia tomado a vacina contra pneumonia, por dificuldade de acesso ou desconhecimento da necessidade e importância desta prevenção. Além disso, 60 (65,2%) não realizavam atividades físicas regulares (pelo menos 3 vezes na semana) e grande maioria dos entrevistados não receberam reabilitação pulmonar ou orientações da equipe multiprofissional (Tabela 9).

Tabela 9. Medidas preventivas adotadas pelos usuários do Ambulatório de referência em Pneumologia, município de Salvador, Bahia, Brasil (2019) (n=92).

Medidas preventivas	n	%
Vacina contra a Gripe (*Influenza*)		
Sim	51	55,4

Não	38	41,3
Não sabe / Não se aplica	3	3,3
Vacina contra a Pneumonia		
Sim	16	17,4
Não	61	66,3
Não sabe / Não se aplica	15	16,3
Atividades físicas regularmente (três vezes por semana)		
Sim	31	33,7
Não	60	65,2
Não sabe / Não se aplica	1	1,1
Frequentado centro de reabilitação pulmonar		
Sim	2	2,2
Não	89	96,7
Não sabe / Não se aplica	1	1,1
Orientações da Fisioterapia		
Sim	9	9,8
Não	82	89,1
Não sabe / Não se aplica	1	1,1
Orientações Nutricionais		
Sim	19	20,7
Não	72	78,2
Não sabe / Não se aplica	1	1,1

Fonte: Autoria Própria (2022).

Diante do exposto, o processo de vacinação contra gripe, pneumonia e, recentemente, para o coronavírus, são recomendados por reduzir os riscos de complicações respiratórias, como métodos efetivos de controle e prevenção. Desta forma, já se sabe que os métodos de prevenção, o uso de medicamentos e o acompanhamento através dos serviços de cuidado, aliados a capacidade de gerenciamento do autocuidado devem ser considerados por trazerem benefícios (GOLD, 2022).

Os medicamentos são considerados insumos essenciais na provisão de serviços de saúde, e sua utilização é cada vez mais frequente e extremamente valorizada nesse

contexto. Mais do que qualquer outro insumo, os medicamentos tornaram-se um elemento central na prática clínica, ao ponto de ter políticas específicas para garantir o acesso ao usuário, ainda que dissociado dos serviços de cuidados. Os medicamentos podem ser considerados fenômenos sociais que fornecem evidências tangíveis aos usuários nas experiências de uso dos serviços de saúde.

Sendo assim, o conhecimento do perfil epidemiológico é importante para a adequação das práticas de saúde. Assim como, conhecer a demanda ambulatorial na rede pública é necessário para se ter uma noção de como estão sendo fornecido os serviços e, assim, poder orientar todos os que trabalham com gestão, programação e planejamento de saúde.

Devido ao contexto da pandemia COVID-19, houve suspensão temporária das atividades no ambulatório de Pneumologia na instituição parceira, fato este que limitou a continuidade da coleta de dados bem como o acompanhamento presencial dos pacientes para o estudo proposto. Contudo, como descrito na metodologia, o delineamento da pesquisa tratou-se de um estudo observacional, retrospectivo a partir de dados secundários.

Como foram dados obtidos de fichas previamente preenchidas, é esperado algum viés, mesmo que mínimo, de informação, a saber como o preenchimento incompleto, o que pode impactar em algum desfecho. Todavia, foi realizada uma análise minuciosa das principais informações disponíveis para atender ao objetivo proposto.

6. CONCLUSÃO

Este projeto possibilitou ampliar o conhecimento sobre a disposição do serviço ambulatorial no que diz respeito ao acesso à atenção especializada e o tratamento de pacientes com condições respiratórias crônicas, sob os seus aspectos clínicos, terapêuticos e epidemiológicos, ao caracterizar o acesso ao atendimento e a terapia farmacológica, mapear o deslocamento geográfico e descrever o nível de sua percepção de qualidade de vida por conta de seus problemas respiratórios, atendidos em um ambulatório de referência em Pneumologia.

Foi possível perceber que, ao mapear o deslocamento geográfico, mesmo que a maioria dos pacientes seja da mesma macrorregião, ainda existe um número significativo de usuários que se deslocam para obter acesso ao atendimento ambulatorial. Sendo que a atenção especializada, por meio da assistência ambulatorial, desempenha papel fundamental na continuidade e integralidade do cuidado, possibilitando o acesso às consultas e procedimentos especializados ao articular os pontos das RAS que, de certa forma, encontram-se distantes.

Quanto a terapia farmacológica, embora seja fundamental a avaliação do uso e acesso aos medicamentos e, por mais que exista políticas nacionais, é necessário a existência de um serviço específico, amplamente distribuído e descentralizado no Sistema Único de Saúde, que associe a dispensação de medicamentos e gestão de sua utilização, aos cuidados clínicos permanentes para este público para melhorar a adesão ao tratamento. Este estudo demonstrou que a maioria dos pacientes que utilizaram o serviço ambulatorial, tanto quem apresentou sintomas leves quanto intensos, não faz uso de medicamentos respiratórios, destacando a importância do diagnóstico precoce, suporte multiprofissional e o acompanhamento regular.

Portanto, através dos resultados, o presente estudo traz inédito conhecimento de um perfil epidemiológico para a adequação das práticas de saúde no Brasil, no que diz respeito aos problemas básicos de acesso aos serviços, trazendo um diagnóstico situacional aos gestores de saúde e, assim, promover uma discussão para a continuidade efetiva da transição do cuidado. Conhecer a demanda ambulatorial na rede pública é necessária para um melhor delineamento das intervenções ao pensar em ações resolutivas e mais eficazes para a melhoria do sistema de saúde.

Ao ser discutidas as dificuldades com a proposição de estímulo à reflexão crítica para o enfrentamento dos fatores limitantes ao acesso, é possível avaliar melhores estratégias para o referenciamento, estimular o desenvolvimento de novas ferramentas de gerenciamento de informações sobre os usuários dos serviços, aliado ao uso da comunicação e tecnologia, como as teleconsultas, para que assim, construir uma prática mais colaborativa com soluções factíveis para a superação da fragmentação do cuidado.

Deste modo, além de caracterizar o acesso ao serviço de saúde e tratamento, descrever a percepção do paciente sobre a sua qualidade de vida torna-se possível entender o impacto do problema de saúde na vida do paciente e, com isso, é possível promover a discussão para intervenções organizacionais e estruturais para que as redes especializadas consigam alcançar o que se objetiva para as Redes de Atenção à Saúde: oferecer cuidados qualificados e garantir a segurança aos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, métodos, aplicações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ANDERSEN, R.M. ***Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?*** J Health Soc Behav. v. 36, p. 1-10. 1995.

ANDERSEN, R.M.; NEWMAN, J.F. ***Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States.*** Milbank Mem Fund Q 1973; v. 51, p. 95-124, 1973.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.D. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Ciência & Saúde Coletiva, v.17, pp.2865-2875, 2012.

BARRETO, G.Z.; IVANAGA, I.T.; CHIAVEGATO, L.; GAZZOTTI, M.R.; NASCIMENTO, O.A.; JARDIM, J.R. ***Perspective of Pulmonary Rehabilitation Centers in Latin America. COPD.*** Taylor&Francis Online. Jun v.14 p.1-5, 2021. DOI: 10.1080/15412555.2021.1934822.

BARROS, R.D. de; *et al*. **Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica.** Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 8s, 2017.

BOUSQUET, J.; HELLINGS, P.W.; AGACHE, I.; *et al*. ***Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) Phase 4 (2018): Change management in allergic rhinitis and asthma multimorbidity using mobile technology*** [published correction appears in J Allergy Clin Immunol. v.143, n.3, p. 864-879, 2019. DOI: 10.1016/j.jaci.2018.08.049

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001; (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 25). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial União. 20 maio 2004; Seção 1:52. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ cns/2004/res0338_06_05_2004.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010b, Seção 1.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: MS, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 22 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde; Ministério da Saúde. **Perfil da morbimortalidade por doenças respiratórias crônicas no Brasil, 2003 a 2013**. Boletim Epidemiológico, v. 47, n. 19, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. **Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 2 ago. 2021.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 14 de 24 de agosto de 2021, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, que aprova o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Asma.** Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/portal-portaria-conjunta-no-14_pcdt_asma_.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 19 de 16 de novembro de 2021, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, que aprova o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.** Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20211123_portal_portaria_conjunta_19_pcdt_dpoc.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022** [recurso eletrônico] / – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HERNAÉZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L**. Itinerários terapêuticos: o estado da arte na produção científica no Brasil**. Cienc Sau Col. v.10, n.11, p.4433-42, 2011. DOI: 10.1590/S141381232011001200016

CALVERLEY, P. M.; ANDERSON , J.A.; CELLY B.; et al. ***Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstrutive pulmonar disease.*** N Engl J Med. v. 356, n. 8, p 775-89., 2007.

CAMELIER, A. et al. ***Validation of airways questionnaire 20 (AQ 20) in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Brazil***. Jornal de Pneumologia, v. 29, n. 1, p. 28-35, 2003

CARVALHO-PINTO, R. M.; CANÇADO, J. E. D.; PIZZICHINI, M. M. M.; FITERMAN, J.; RUBIN, A. S.; CERCI NETO, A. *et al.* ***Brazilian Thoracic Association recommendations for the management of severe asthma.*** J Bras Pneumol. v. 47, n. 6, 2021. DOI https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210273

CATAPAN, S. de C.; WILLEMANN, M. C. A.; CALVO, M. C. M. **Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsulta médica no Sistema Único de Saúde do Brasil, um estudo transversal com dados de 2017-2018.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, p. e2020305, 2021. DOI https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100015

CELLI, B. R.; THOMAS, N. E.; ANDERSON, J. A., *et al.* ***Effect of pharmacotherapy on rate of decline of lung function in chronic obstrutive pulmonary disease: results from the TORCH study.*** *Am J Respir Crit Care Med.* v. 178, n. 15, p. 1543-54, 2008.

COELI, C. M. **Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde.** Cad. Saúde colet. (Rio J.), v.19, n.3, 2010.

DE SOUZA, M.C. *et al*. **Produção do cuidado e a rede de atenção a pessoa com doença respiratória crônica: um estudo de revisão**. Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 7, n. 4, p. 574-582, 2017. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v7i4.1517

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R. de; PEREIRA-SANTOS, M. **O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções**

negativa e positiva de saúde. Saúde em Debate, v. 43, p. 204-221, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716

DETONI, K. B. et al. ***Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease***. International journal of clinical pharmacy, v. 39, n. 1, p. 95-103, 2017. DOI: https://doi.org/10.1007/s11096-016-0402-6

DONABEDIAN A. ***Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press***; 1973. DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L.C**. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 21, p. 131-139, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017

FERNANDES, F.L.A.; CUKIER, A.; CAMELIER, A.A.; FRITSCHER, C.C.; COSTA, C.H.D.; PEREIRA, E.D.B. ... & JARDIM, J. R. **Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v.43, n.4, p.290-301, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000153

FIELD, A. **Descobrindo a estatística usando o SPSS [recurso eletrônico]** / Andy Field; tradução Lorí Viali. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2009.

GBD 2017: ***A Fragile World***. Lancet. v. 392, n. 10159, p. 1683, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32858-7.

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. v. 8, n. 6, p. 585-596, 2020. DOI:10.1016/S2213-2600(20)30105-3

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L.. **Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro.** In: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. p. 27-97, 2016.

GINA. Global Initiative for Asthma. ***Global Strategy for Asthma Management and Prevention***, 2022. Available from: www.ginasthma.org GINA, 2022.

GIOVANELLA L, FLEURY S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise**. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 177-198, 1995.

GOLD. ***The Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (updated 2020/2021/2022),*** the Pocket Guide (updated 2020/2021/2022) and the complete list of references examined by the Committee is available on the GOLD website: www.goldcopd.org.

GONÇALVES-MACEDO, L. *et al.* **Tendências da morbidade e mortalidade da DPOC no Brasil, de 2000 a 2016**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 45, n. 6, p. e20180402-e20180402, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180402

GORDON, C. S.; WALLER, J.W.; COOK, R. M.; CAVALERA, S. L.; LIM, W. T.; OSADNIK, C.R. ***Effect of Pulmonary Rehabilitation on Symptoms of Anxiety and Depression in COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis.*** Chest. v. 156, n. 1, p. 80-91, 2019. DOI: 10.1016/j.chest.2019.04.009.

GUERREIRO, D. M. V. S.; DA SILVA, S. S.; SCHNEIDER, B. M. **O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos.** Texto & Contexto Enfermagem, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo populacional da Bahia (2019)**. Acesso em 20 de jun de 2022

KOVELIS, D.; SEGRETTI, N.O.; PROBST, V.S.; LAREAU, S.C.; BRUNETTO, F.; PITTA, F. ***Validation of the Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire and the Medical Research Council scale for use in Brazilian patients with chronic obstructive pulmonary disease.*** J Bras Pneumol. v. 34, p. 1008-1018, 2008. DOI: 10.1590/s1806-37132008001200005

LABAKI, W. W.; HAN, M. K. ***Chronic respiratory diseases: a global view.*** Lancet. v. 8, n. 6, p. 531-3, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30157-0

LEAL, L.F.; Cousin, E.; Bidinotto, A. B.; Sganzerla, D.; Borges, R. B.; Malta, D. C.; ... & Pizzol, T. D. S. D. ***Epidemiology and burden of chronic respiratory diseases in Brazil from 1990 to 2017: analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study*****.** Rev. bras. epidemiol. Rio de Janeiro, v. 23, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200031

LEAL, L.F.; Bertoldi, A. D.; Menezes, A. M. B.; Borges, R. B.; Mengue, S. S.; Gazzana, M. B.; & Pizzol, T. D. S. D. **Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, e00208217, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311x00208217.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; SZWARCWALD, C. L.; GOMES, N. L.; SILVA JÚNIOR, J. B.; & REIS, A. A. C. D. **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 03-16, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060002

MALTA, D.C., SILVA, M.M.A., MOURA L, MORAIS NETO OL. **A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios.** Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 20, n. 4, p. 661-75, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009

MELO, E. A. *et al*. **A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, p. e310109, 2021. DOI https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: jul. 2020.

MENEZES, A. M. B.; MACEDO, S. E. C.; NOAL, R. B.; FITERMAN, J.; CUKIER, A.; CHATKIN, J. M.; FERNANDES, F. L.A. **Tratamento farmacológico da DPOC**. Jornal Brasileiro de Pneumologia., v. 37, n. 4, p. 527 – 543, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000400016

MOREIRA, G.L.; MANZANO, B.M.; GAZZOTTI, M.R.; NASCIMENTO, O.A.; PEREZ-PADILLA, R.; MENEZES, A.M.B.; & JARDIM, J.R. **PLATINO, estudo de seguimento de nove anos sobre DPOC na cidade de São Paulo: o problema do subdiagnóstico.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 40, n. 1, p. 30-37. 2014.

NASCIMENTO, O.A.; CAMELIER, A.; ROSA, F.W.; MENEZES, A.M.B.; PÉREZ-PADILLA, R.; JARDIM, J.R. **A doença pulmonar obstrutiva crônica é subdiagnosticada e subtratada em São Paulo (Brasil): resultados do estudo PLATINO.** Braz J Med Biol Res, v. 40, n. 7, p. 887-95, 2007; DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2006005000133

OLIVEIRA, L. C. F. de; NASCIMENTO, M. A. A do; LIMA, I. M. S. O. **O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde–perspectivas e desafios.** Saúde em Debate, v. 43, p. 286-298, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S523

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: Uma abordagem integradora.** Lisboa: Organização Mundial da Saúde; 2008.

PAIM, J. S & SILVA, L. M. V**. Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.). v. 12, n. 2, p. 109-114. 2010. DOI: https://doi.org/10.52753/bis.2010.v12.33772

PINHEIRO, R. *et al*. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO p. 440-440. 2016.

PIZZICHINI, M. M. M. *et al*. **Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia-2020.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 46, n. 1, 2020. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20190307

PONTE, E. *et al*. **Programa de controle da asma e da rinite alérgica na Bahia (ProAR) - um modelo de integração entre assistência, ensino e pesquisa.** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 28, n. 1, p. 124-124, 2004.

RODRIGUES, M. A. P. *et al*. **Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2267-2278, 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000008.

ROUQUAYROL, M. Z. **Rouquayrol: epidemiologia & saúde** / Maria Zélia Rouquayrol, Marcelo Gurgel Carlos da Silva. - 8. ed. - Rio de Janeiro : Medbook, 2018.

SAKANO, E.; SARINHO, E.S.; CRUZ, A.A.; PASTORINO, A.C.; TAMASHIRO, E.; KUSCHNIR, F.; *et al*. IV ***Brazilian Consensus on Rhinitis - an update on allergic rhinitis***. Braz J Otorhinolaryngol. v. 84, n. 3, p. 1-14, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.10.006

SANCHEZ, R. M,; CICONELLI, R. M. **Conceitos de Acesso à Saúde.** Revista Panamericana de Salud Pública. v. 31, n.3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, P.M. *et al*. **Preditores da adesão ao tratamento em pacientes com asma grave atendidos em um centro de referência na Bahia**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 34, p. 995-1002, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132008001200003

SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA – SESAB. Resolução CIB nº 275/2012. **Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais.** Salvador: SESAB, 2012.

SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA – SESAB. **Como funciona o SUS**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/tfd/ Acesso às 21h36min de 22 jun 2022.

SILVA, E. **Rinite alérgica e comorbidades.** Brazilian jornal of healthy and biomedical sciences, v.7, n.2, 2008.

SOARES, L. A. **Utilização de Medicamentos e o Acesso ao Serviço de Dispensação: modelo teórico e elementos empíricos.** Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2013. 253 p.

SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y. **O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil**. Physis. v. 20, n.3, p. 953-72, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014

TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. **Uma Revisão sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, (Sup 2): p.S190-S198, 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. ***The world medicines situation***. World Health Organization, 2004.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M.F**. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social.** Saúde e Sociedade, v. 16, p. 26-34, 2007.

ANEXO

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO AO ATENDIMENTO AMBULATORIAL E TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

Pesquisador: Fernanda Warken Rosa Camelier

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43158720.0.0000.0057

Instituição Proponente: Universidade do Estado da Bahia

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.565.338

Apresentação do Projeto:

O projeto é vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UNEB de Salvador, na Bahia.

"Estudo analítico/observacional exploratório de corte transversal, ambiespectivo, com método de análise quantitativo e descritivo".

"As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas – representam um desafio mundial devido ao seu impacto sobre o desenvolvimento social e econômico, com altos índices de morbidade e mortalidade, principalmente nos países de média e baixa rendas e, por isto, recebem especial atenção no que diz respeito às iniciativas globais de prevenção e controle (LEAL et al., 2018).Doenças respiratórias crônicas (DRC) são doenças crônicas tanto das vias aéreas superiores como das inferiores que geram uma redução na qualidade de vida do indivíduo. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRC mais comuns e representam um dos maiores problemas de saúde mundial. OBJETIVO: Analisar de forma quantitativa os fatores que limitam o acesso de pacientes com DRC ao atendimento ambulatorial de pneumologia e o seu tratamento em Salvador/BA. MATERIAL E MÉTODOS: Será feito um estudo analítico/observacional exploratório de

corte transversal, ambiespectivo, com método de análise quantitativo e descritivo, através de informações de dados secundários de um ambulatório de referência em pneumologia da Universidade do Estado da Bahia – Hospital da rede pública de saúde do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil. Após aprovação do comitê de ética, pretende-se aplicar o primeiro componente (retrospectivo) da pesquisa entre novembro de 2020 e maio de 2021, onde será feita a análise secundária de 111 fichas de atendimento, sob dispensa do Termo de Consentimento. Posteriormente, para o segundo componente (prospectivo) será acompanhado os pacientes quando houver a reabertura do ambulatório, utilizando a mesma ficha de atendimento, na qual irá gerar novos dados. A análise de dados será feita através de Programa Estatístico Software for Statistics and Data Science (STATA). RESULTADOS ESPERADOS: Esperamos subsidiar com os resultados, intervenções organizacionais e estruturais para que a rede especializada de atenção consiga alcançar o que se objetiva para as Redes de Atenção à Saúde: oferecer cuidados qualificados e garantir a segurança aos pacientes".

Hipótese:
H0 – Não há dificuldade quanto a acessibilidade de indivíduos com Doença Respiratória Crônica.H1 – Indivíduos enfrentam dificuldades de acesso à assistência e tratamento farmacológico e estão associados à multifatores.

Objetivo da Pesquisa:
Analisar de forma quantitativa os fatores limitantes do acesso de pacientes com Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) atendidos em um ambulatório de referência em pneumologia, no município de Salvador/BA.

Objetivo Secundário:
Descrever o percurso geográfico do atendimento dos pacientes portadores de doenças respiratórias atendidas em um hospital da rede pública estadual da Bahia;Caracterizar o acesso ao atendimento e à terapêutica em pacientes portadores de doenças respiratórias atendidas em um hospital da rede pública estadual da Bahia; Descrever o padrão de terapia farmacológica oferecida a pacientes e adesão ao tratamento de portadores de doenças respiratórias atendidas em um hospital da rede pública estadual da Bahia; Descrever o nível de percepção de qualidade de vida avaliada pelo Questionário de Vias Aéreas 20 (AQ20) em pacientes portadores de doenças respiratórias atendidas em um hospital da rede pública estadual da Bahia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios informados conforme orienta a Resolução nº 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As declarações apresentadas são condizentes com as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento do projeto apresentam declarações de compromisso com o desenvolvimento do projeto em consonância com a Resolução 466/12 CNS/MS, bem como com o compromisso com a confidencialidade dos participantes da pesquisa e as autorizações das instituições proponente e coparticipante (UNEB/DCV).

O TCLE apresentado possui uma linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa e atende ao disposto na resolução 466/12 CNS/MS contendo todas as informações necessárias ao esclarecimento do participante sobre a pesquisa bem como os contatos para a retirada de duvidas sobre o processo

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB

Continuação do Parecer: 4.585.338

princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.43158720.0.0000.0057

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1613406.pdf	09/02/2021 09:22:36		Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_COLETA_DE_DADOS_EM_ARQUIVOS	09/02/2021 09:22:13	PHYDEL PALMEIRA CARVALHO	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	09/02/2021 09:21:21	PHYDEL PALMEIRA CARVALHO	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_DE_CONCORDANCIA_COM_O_PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	09/02/2021 09:19:16	PHYDEL PALMEIRA CARVALHO	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITUICAO_PREPONENTE.pdf	08/02/2021 16:27:04	PHYDEL PALMEIRA CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_projeto_Phydel_PPgFarma.pdf	21/10/2020 15:49:07	PHYDEL PALMEIRA CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL_DA_PROPONENTE.pdf	21/10/2020 15:45:40	PHYDEL PALMEIRA CARVALHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.pdf	21/10/2020 15:44:20	PHYDEL PALMEIRA CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_Phydel_Palmeira_Carvalho.pdf	21/10/2020 14:47:46	PHYDEL PALMEIRA CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	25/08/2020 21:47:35	PHYDEL PALMEIRA CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br

APÊNDICE A. FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO (MODELO)

Itinerários terapêuticos
01. Cidade (origem – de que cidade foi referido o paciente):_____
02. UF: [1] Bahia [2] Outro estado (Qual:_____)

IDENTIFICAÇÃO
03. Data da pesquisa (DATAPESQ): _____/_____/_____
04. Nome do entrevistador (ENTREV):
05. Nome do paciente (PACIEN):
06. Iniciais do paciente (INICI):
07. Número do prontuário (NUMPRON):
08. Sexo (SEXO): [1] Masculino [2] Feminino
09. Cor avaliada (COR): [1] Preta [2] Branca [3] Parda [4] Amarela [5] Vermelha
10. Data de nascimento (DATANASC): _____/_____/_____
11. RG (RG):
12. CPF (CPF):
13. Número do cartão do SUS (NUMSUS):
14. Telefone (TEL): ( )
15. Email (EMAIL):
16. Endereço (ENDERE):
17. CEP (CEP):
18. Município onde reside (MUNRES):
19. UF onde reside (UFRES):
20. Distância de Salvador (DISTAN):
21. Situação familiar/conjugal (SITCONJ): [1] Casado / união estável [2] Solteiro / divorciado / separado / viúvo
22. Escolaridade (ESCOLAR): [1] Analfabeto [2] Ens. Fund. Incompleto [3] Ens. Fund. Completo [4] Ens. Médio Incompleto [5] Ens. Médio Completo [6] Superior Incompleto [7] Superior Completo

DIAGNÓSTICO (DIAGN)
23. Diagnóstico ou Motivo da Consulta [1]DPOC [2]ASMA [3]RINITE [4] BRONQUIECTASIA [5]AVAL. PRÉOPERATÓRIA [6]TUBERCULOSE [7]DERRAME PLEURAL [8]EMBOLIA PULMONAR [9]OUTRO_____
24. Como foi agendada a consulta? [1] Referência da Atenção Básica [2] Solicitação de Outro Especialista [3] Referência do HGRS (estava internado – exceto emergência) [4] Regulação SUS [5] UPA/Emergência [7] Marcação por "conhecidos" [8] Outros _____
25. Como Chegou para a consulta no Hospital? [1] Transp. Público [2] Transp. Privado [3] Ambulância [4] Transp. Municipal (Microônibus, Carro)
26. Quem financiou o deslocamento? [1] Pessoal [2] Prefeitura (TFD) [3] ONGs (Igreja, Rotary) [4] Outro_____ TFD: Tratamento de Fora do Domicílio
27. Que horas você chegou no ambulatório para ser atendido: __h:__min
28. Que horas você saiu do seu domicílio para vir ao ambulatório para ser atendido: __h:__min
29. Na noite anterior a este atendimento, onde você dormiu? [1] Seu domicílio [2] Casa de parentes ou amigos [3] Hospedagem paga
30. Em caso de hospedagem paga na noite anterior, quem financiou? [1] Pessoal [2] Prefeitura (TFD) [3] ONGs (Igreja, Rotary) [4] Outro_____

ATENDIMENTOS Á SUA SAÚDE EM RELAÇÃO A DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA
31. Foi atendido no município de origem ? (ORIG) [1] Sim [2] Não
32. Qual o município e UF onde o Sr. recebe a maioria das consultas médicas? Mun. (UF)_____ (___)
33. No município onde o Sr. reside, o Sr. já foi atendido alguma vez na vida por algum médico de família ou de Unidade Básica de Saúde (ou posto de saúde) ? [1] Sim [2] Não
34. No município onde o Sr. reside, o Sr. é atendido regularmente por algum médico de família ou de Unidade Básica de Saúde (ou posto de saúde) ? [1] Sim [2] Não
35. No município onde o Sr. reside, existe sempre disponível para o Sr. algum médico de família, clínico geral ou médico da Unidade Básica de Saúde (ou posto de saúde) ? [1] Sim [2] Não
36. Alguma equipe de saúde (seja médico, enfermeira, fisioterapeuta ou agente comunitário de saúde) visita regularmente a sua casa? [1] Sim [2] Não
37. QUANTAS VEZES, no último ano, o Sr. foi atendido no seu município de origem, pela sua Doença Respiratória ou pelo seu sintoma respiratório? (QUANVEZ) _____ vezes
38. O diagnóstico da Doença Respiratória inicial foi em sua cidade de origem? (DIAGORI) [1] Sim [2] Não
39. Se sim, há quantos meses? (DIAGORIQ) _____ meses
40. Em qual unidade foi feito o diagnóstico? (UNIDDIAG) [1] Unidade Básica de Saúde [2] Hospital Ambulatório ou Pneumologista
41. A unidade era pública? (UNIDPUB) [1] Sim [2] Não
42. Existe outra unidade de saúde (consultório, ambulatório , hospital) em que você é ou foi atendido (além do HGRS ou da unidade que te referiu para o HGRS) (UNIDFORA): [1] Sim [2] Não
43. Se sim, onde (Município e UF) ? (UNIDONDE) Município (UF) _____(___)
44. Esta OUTRA unidade é privada? [1] Sim [2] Não

FATORES DE RISCO
TABAGISMO
O Senhor(a) fuma ou já fumou cigarros em sua vida? (TABA) 45. [1] Nunca fumou [2] Ex-fumante [3] Fumante atual
46. Por quantos anos o senhor(a) fumou? (TABAT)
47. Em média, quantos cigarros o senhor(a) fuma(va) por dia? (TABAQ)
48. Carga tabágica: (TABACARGA)
49. Qual tipo de cigarro o senhor(a) mais fuma(va)? (TABATIPO) [1] Industrializado (pronto), com filtro [2] Industrializado (pronto), sem filtro [3] Feito à mão com papel [4] Feito à mão com palha [5] Outro: _____
FOGÃO À LENHA OU CARVÃO
50. O Sr.(ª) já morou em uma casa que utilizava fogão à lenha ou carvão? (FOG) [1] Sim [2] Não
51. Por quantos anos o Sr.(ª) morou em casa que utilizava fogão à lenha ou carvão? (FOGT) _____ anos
52. O Sr.(ª), de maneira regular, já cozinhou ou preparou alimentos utilizando fogão à lenha ou carvão? (FOGCOZI) [1] Sim [2] Não
53. Por quantos anos o Sr.(ª) cozinhou ou preparou alimentos utilizando fogão à lenha ou carvão? (FOGA) _____ anos
54. Em média quantas horas por dia o Sr.(ª) utilizava para cozinhar ou preparar alimentos utilizando fogão à lenha ou carvão? (FOGM) _____ minutos

TABAGISMO PASSIVO
55. O Sr.(ª) já morou em uma casa onde outras pessoas fumavam? (TABPAS) [1] Sim [2] Não
56. Por quantos anos o Sr.(ª) morou em casa onde outras pessoas fumavam? (TABPAST) _____ anos
EXPOSIÇÃO A OUTROS GASES, FUMAÇAS OU PARTÍCULAS
57. O Sr.(ª) já trabalhou em algum ambiente que possuía fumaças, gases ou partículas? (TRAB) [1] Sim [2] Não
58. Por quantos anos o Sr. trabalhou em um ambiente que possuía fumaças, gases ou partículas? (TRABT) _____ anos
HISTÓRICO DE EXAMES COMPLEMENTARES PARA A DOENÇA RESPIRATÓRIA
59. Antes desta consulta, alguma vez na vida o Sr. fez espirometria? [1] Sim [2] Não [3] Não Sabe
60. Se sim, quantas vezes fez espirometria? [1] [2] [3] Três vezes ou mais [4] Não Sabe/ não recorda
61. O Sr. teve que pagar pela espirometria? [1] Sim [2] Não
62. Antes desta consulta, alguma vez na vida o Sr. fez oximetria de pulso ou gasometria arterial? [1] Sim [2] Não [3] Não Sabe
63. Se sim, quantas vezes fez oximetria de pulso ou gasometria arterial? [1] [2] [3] Três vezes ou mais [4] Não Sabe/ não recorda
64. O Sr. teve que pagar pela oximetria de pulso ou gasometria arterial? [1] Sim [2] Não
65. Antes desta consulta, alguma vez na vida o Sr. fez radiografia ou tomografia de tórax? [1] Sim [2] Não [3] Não Sabe
66. Se sim, quantas vezes fez radiografia ou tomografia de tórax? [1] [2] [3] Três vezes ou mais [4] Não Sabe/ não recorda
67. O Sr. teve que pagar pela radiografia ou tomografia de tórax? [1] Sim [2] Não

DADOS E EXAMES COMPLEMENTARES	
68. Peso (kg): (PESO)	69. Altura (m): (ALTU)
70. IMC: (IMC)	71. Circunferência abdominal: (CIRCUN)
Espirometria 72. CVFpre ____L (___%)	Espirometria 73. VEF1 pre ____L (___%)
74. VEF1/CVFpre ____L (___%)	75. CVFpos ____L (___%)
76. VEF1 pos ____L (___%)	77. VEF1/CVFpos ____L (___%)
78. SpO2 ____%	
79. ESCALA DO MRC modificada - *MEDICAL RESEARCH COUNCIL* (mMRC) – marque 1 alternativa	
[0] Só sofre de falta de ar durante exercícios intensos, [1] Sofre de falta de ar quando andando apressadamente ou subindo uma rampa leve [2] Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade por causa de falta de ar ou tem que parar para respirar mesmo quando andando devagar [3] Pára para respirar depois de andar menos de 100m ou após alguns minutos [4] Sente tanta falta de ar que não sai mais de casa ou sente falta de ar quando está se vestindo	

QUESTIONÁRIO DE VIAS AÉREAS 20

(Cada "SIM" vale 1 ponto. "NÃO" ou "NÃO SE APLICA" valem 0 ponto.)			
	SIM (1)	NÃO (2)	NÃO SE APLICA (3)
80. Você tem crise de tosse durante o dia? (AQ1)			
81. Você frequentemente se sente cansado devido a sua doença pulmonar? (AQ2)			
82. Você sente falta de ar ao cuidar do jardim devido a sua doença pulmonar? (AQ3)			
83. Você se preocuparia em ir à casa de um amigo se lá existisse algo que pudesse causar uma crise de sintomas pulmonares? (AQ4)			
84. Você tem sintomas pulmonares quando fica exposto a cheiros fortes, fumaça de cigarro ou perfume? (AQ5)			
85. O (a) seu (sua) companheiro (a) fica incomodado com a sua doença pulmonar? (AQ6)			
86. Você fica com falta de ar enquanto tenta dormir? (AQ7)			
87. Você fica preocupado com os efeitos a longo prazo na sua saúde causados pelos medicamentos que você tem que tomar por causa da sua doença pulmonar? (AQ8)			
88. Os seus sintomas pulmonares pioram quando você fica aborrecido? (AQ9)			
89. Existem momentos em que você tem dificuldade de andar pela casa devido a sua doença pulmonar? (AQ10)			
90. Você sente falta de ar para suas atividades durante o trabalho devido aos seus problemas pulmonares? (AQ11)			
91. Você sente falta de ar para subir escadas devido a sua doença pulmonar? (AQ12)			
92. Devido a sua doença pulmonar você sente falta de ar para realizar as tarefas domésticas? (AQ13)			
93. Devido a sua doença pulmonar você tem que voltar para casa mais cedo do que as outras pessoas após um programa noturno? (AQ14)			
94. Você tem falta de ar quando está rindo devido a sua doença pulmonar? (AQ15)			
95. Você frequentemente se sente impaciente devido a sua doença pulmonar? (AQ16)			
96. Devido a sua doença pulmonar você sente que não consegue aproveitar totalmente a sua vida? (AQ17)			
97. Devido a sua doença pulmonar você se sente muito enfraquecido após um resfriado? (AQ18)			
98. Você tem a sensação constante de um peso no tórax? (AQ19)			
99. Você se preocupa muito com a sua doença pulmonar? (AQ20)			
100. TOTAL (AQ) : _____ pontos			

TRATAMENTO UTILIZADO ANTES EM SEU MUNICÍPIO "Quais medicamentos para a sua doença respiratória o Sr.(ª) vinha utilizando regularmente (30 dias ou mais) antes desta consulta?"			
Medicamento	SIM (1)	NÃO (2)	NÃO SABE (3)
101. Salbutamol (SALBU)			
102. Fenoterol (FENO)			
103. Ipratrópio (IPRA)			
104. Formoterol (FORMO)			
105. Salmeterol (SALME)			
106. Indacaterol (INDA)			
107. Vilanterol (VILA)			
108. Olodaterol (OLO)			
109. Tiotrópio (TIO)			
110. Glicopirrónio (GLICO)			
111. Umeclidínio (UME)			
112. Aclidínio (ACLI)			
113. Outro broncodilatador inalado (OUTROB)			
114. Qual outro broncodilatador inalado (se houver) (BRONCO):			
115. Beclometasona (BECLO)			
116. Budesonida (BUDE)			
117. Fluticasona (FLUTI)			
118. Mometasona (MOME)			
119. Outro corticoesteróide inalado (OUTROC)			
120. Qual outro corticoesteróide Inalado (se houver) (CORTICO):			
121. Metilxantina oral (METIL)			
122. N-acetil-cisteína oral (ACETIL)			
123. Roflumilast oral (ROFLU)			
124. Antimicrobiano oral (ANTIMI)			
125. Corticóide oral (CORTIORA)			
126. Corticóide parenteral (CORTIPARA)			
127. Reposição venosa de alfa-1-antitripsina (ALFAVEN)			
128. Outros medicamentos para DPOC estável (OUTROMED)			
129. Quais outros medicamentos utilizados (se houver) (OUTRONOME):			

130. Todos os medicamentos para sua doença respiratória que o(a) Sr(ª) utiliza estão disponíveis gratuitamente onde você mora? (GRATIS) [1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
Onde o Sr.(ª) adquire seus medicamentos para DPOC, Asma ou Rinite?			
	SIM (1)	NÃO (2)	NÃO SABE (3)
131. Farmácia popular / UBS (UBS)			
132. Programa Estadual (ESTADO)			
133. Compra (COMPRA)			
134. Amostra grátis (AMOSTRA)			
135. Outro (OUTROL)			
136. Qual outro (QUAL):			

137. Nos últimos 12 meses o Sr.(ª) tomou a vacina contra a Gripe (influenza)? (IVACI)			
138. Nos últimos 5 anos o Sr.(ª) tomou a vacina contra a pneumonia? (PVACI)			
139. O Sr.(ª) realiza atividades físicas regularmente (pelo menos 3x/semana) durante o último ano? (FISICA)			
140. O Sr.(ª) tem frequentado um centro de reabilitação pulmonar durante o último ano? (REABI)			
141. O Sr.(ª) tem recebido orientações nutricionais durante o último ano? (NUTRI)			
142. O Sr.(ª) tem recebido orientações da fisioterapia durante o último ano? (FISIO)			

APÊNDICE B. RESULTADOS DO AQ-20

AQ-20	*Airways Questionnaire*–20	Sim	Não	Não se aplica
AQ-1	Você tem crise de tosse durante o dia?	44	47	1
AQ-2	Você frequentemente se sente cansado devido a sua doença pulmonar?	53	32	7
AQ-3	Você sente falta de ar ao cuidar do jardim devido a sua doença pulmonar?	25	38	29
AQ-4	Você se preocuparia em ir à casa de um amigo se lá existisse algo que pudesse causar uma crise de sintomas pulmonares?	36	44	12
AQ-5	Você tem sintomas pulmonares quando fica exposto a cheiros fortes, fumaça de cigarro ou perfume?	70	18	4
AQ-6	O(A) seu(a) companheiro(a) fica incomodado(a) com a sua doença pulmonar?	21	49	22
AQ-7	Você fica com falta de ar enquanto tenta dormir?	37	52	3
AQ-8	Você fica preocupado com os efeitos a longo prazo na sua saúde causados pelos medicamentos que você tem que tomar por causa da sua doença pulmonar?	40	31	21
AQ-9	Os seus sintomas pulmonares pioram quando você fica aborrecido?	47	38	7
AQ-10	Existem momentos em que você tem dificuldade de andar pela casa devido a sua doença pulmonar?	28	57	7
AQ-11	Você sente falta de ar para as suas atividades durante o trabalho devido aos seus problemas pulmonares?	37	35	20
AQ-12	Você sente falta de ar para subir escadas devido a sua doença pulmonar?	57	28	7
AQ-13	Devido a sua doença pulmonar você sente falta de ar para realizar as tarefas domésticas?	33	43	16
AQ-14	Devido a sua doença pulmonar você tem que voltar para casa mais cedo do que as outras pessoas após um programa noturno?	19	49	24
AQ-15	Você tem falta de ar quando está rindo devido a sua doença pulmonar?	26	60	6
AQ-16	Você frequentemente se sente impaciente devido a sua doença pulmonar?	51	32	9
AQ-17	Devido a sua doença pulmonar você sente que não consegue aproveitar totalmente a sua vida?	47	38	7
AQ-18	Devido a sua doença pulmonar você se sente muito enfraquecido após um resfriado?	57	27	8
AQ-19	Você tem a sensação constante de um peso no tórax?	52	38	2
AQ-20	Você se preocupa muito com a sua doença pulmonar?	59	27	6

Fonte: Autoria Própria (2022).