

Maíra Lindomar Pires Toazza

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE MEDICAMENTOS
PARA O TRATAMENTO DA ASMA EM UM MUNICÍPIO DO
SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, da Rede Brasileira de Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária em Medicamentos, na Universidade Federal de Santa Catarina, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Marení Rocha Farias

Coorientador: Prof. Dr. Luciano Soares

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Toazza, Maíra Lindomar Pires

Uso dos serviços de saúde e de medicamentos para o
tratamento da asma em um município do sul do Brasil / Maíra
Lindomar Pires Toazza ; orientadora, Marení Rocha Farias ;
coorientador, Luciano Soares. - Florianópolis, SC, 2016.
207 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Assistência Farmacêutica.

Inclui referências

1. Assistência Farmacêutica. 2. Uso de serviços de
saúde. 3. Uso de medicamentos. 4. Asma . 5. Componente
Especializado da Assistência Farmacêutica. I. Farias,
Marení Rocha. II. Soares, Luciano . III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Assistência Farmacêutica. IV. Título.

Maíra Lindomar Pires Toazza

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE MEDICAMENTOS
PARA O TRATAMENTO DA ASMA EM UM MUNICÍPIO DO
SUL DO BRASIL**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Rede Brasileira de Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária em Medicamentos, na Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 20 de dezembro de 2016.

Profa. Dra. Eliana E. Diehl
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Mareni Rocha Farias
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Luciano Soares
Coorientador
Universidade da Região de Joinville

Profa. Dra. Denise Bueno (videoconferência)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Bianca Ramos Pezzini
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Marina Raijche Mattozo Rover
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico esta dissertação à minha família, amigos, colegas de trabalho e orientadores, pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade. Sem eles, nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, pela grande oportunidade de ter cursado esse mestrado e por todas as coisas boas que me concedeu ao longo desse período, todo aprendizado e experiência de vida e profissional.

Aos meus orientadores, Profa. Dra. Marení Rocha Farias e Prof. Dr. Luciano Soares, pessoas de grande conhecimento e competência profissional, pela oportunidade, ensinamentos e confiança.

Ao grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, da UFSC, pelas importantes discussões e reflexões nas áreas da Assistência Farmacêutica.

Ao grupo de pesquisa “Asma – Andersen”, da Universidade da Região de Joinville, Univille, pela contribuição na coleta e compilação dos dados, bem como nas discussões sobre o tema e a pesquisa.

Ao meu esposo Zaki David Toazza, por ser meu maior incentivador na superação dos meus limites.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a continuar seguindo em frente, na constante busca pelo conhecimento.

Em especial a minha irmã Camila Helena Pires e a prima Leticia Carolina Pires, pelas colaborações no desenvolvimento do trabalho.

Enfim, aos familiares e amigos, que me incentivaram e apoiaram nessa jornada.

Para se ter sucesso, é necessário amar de verdade o que se faz. Caso contrário, levando em conta apenas o lado racional, você simplesmente desiste. É o que acontece com a maioria das pessoas."

(Steve Jobs)

RESUMO

A asma é uma doença causadora de impacto importante na vida dos pacientes, seus familiares e no sistema de saúde. Embora não exista cura, o manejo adequado pode resultar em controle da doença e dos sintomas, na melhora da qualidade de vida, normalização ou estabilização da função pulmonar, redução do absenteísmo e redução da utilização de serviços de saúde. A farmacoterapia é uma estratégia de tratamento da asma e o uso de medicamentos é um fenômeno social complexo e multideterminado. O acesso a medicamentos é uma condição comportamental do usuário, e pode ser definido como o uso de medicamentos em um processo de cuidados. O objetivo deste estudo foi analisar o uso dos serviços de saúde e de medicamentos para o tratamento da asma, em um município do Sul do Brasil. Para tanto, considerou o modelo de acesso a serviços de saúde proposto por Andersen e Davidson, e a asma como doença marcadora. A partir de uma base de dados secundários, realizou-se um levantamento quantitativo das características de acessibilidade dos medicamentos para o tratamento da asma e dos serviços a eles relacionados. A amostra incluiu pacientes com asma persistente grave, da unidade de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de um município do Sul do Brasil. Empregou-se o StataSe para análise descritiva. Uma pesquisa qualitativa exploratória foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com pacientes que recebiam medicamentos para asma em um serviço de dispensação. As entrevistas tiveram a intenção de captar a percepção e a experiência dos participantes sobre o uso de serviços de saúde e o uso de medicamentos, em itinerários terapêuticos recentes. Empregou-se o Atlas.ti para auxiliar na definição das citações e codificação do *corpus* descritivo. A amostra foi composta de 1.026 pacientes, sendo 68% com mais de 60 anos. Os processos dos medicamentos foram encaminhados ao Sistema Único de Saúde, principalmente, por serviços públicos de saúde (90,8%), sendo que, na solicitação do medicamento, 71,1% das consultas ocorreram em ambulatórios hospitalares, 10,3% foram realizadas por policlínicas públicas de especialidades, e 83,5% foram concentradas em quatro pneumologistas. O manejo da farmacoterapia da asma foi expresso por discursos que incluem experiências com maior flexibilidade no cumprimento do regime terapêutico prescrito, em face da sua experiência pessoal e da realidade clínica. Comportamentos relacionados à formação de necessidades de saúde foram modulados pela experiência da doença. Percepção e conhecimento sobre o próprio estado de saúde influenciaram as necessidades expressas pelos participantes. Uma característica

importante das necessidades de medicamentos é o desejo, relacionado ao efeito de sua natureza tecnológica. Na asma, o não uso do medicamento se expressa concretamente como sofrimento. Nesse contexto, os medicamentos encontram-se apreciados, em detrimento dos serviços relacionados ao cuidado. Mesmo com a organização dos serviços tendo como princípio finalístico a disponibilização de medicamentos, foram observadas diversas indicações de barreiras de acessibilidade ao tratamento da asma, como as características da organização dos serviços. O conhecimento experiencial modula tanto a maneira como a doença é encarada como o manejo do uso do medicamento realizado. Profissionais deveriam considerar a aprendizagem baseada nas experiências pessoais, visando influenciar os resultados de controle da asma. A formação da necessidade é ligada ao sofrimento causado pela exacerbação dos sintomas e pelas limitações cotidianas das pessoas, não sendo adequado interpretar a doença independente do uso de medicamentos. A existência da necessidade de saúde está vinculada à capacidade do usuário de se beneficiar de um tratamento farmacológico efetivo. A compreensão das necessidades de medicamentos e de suas relações com a experiência dos pacientes, com a tecnologia e os valores sociais, e com a acessibilidade coloca em perspectiva o desafio de transformar a organização dos serviços e a atuação dos profissionais de saúde, voltando seu foco à construção de realidades que permitam às pessoas o desenvolvimento de suas potencialidades.

Palavras-chave: Uso de serviços de saúde. Uso de medicamentos. Asma. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Acesso. Acessibilidade.

ABSTRACT

Asthma is a disease that has a major impact on the lives of patients, their families and health system. Although there is no cure, the adequate treatment can result in control of disease and symptoms, improvement in quality of life, normalization or stabilization of lung function, reduction of absenteeism and reduction of use of health services. Pharmacotherapy is a strategy of the treatment of asthma and the use of medication is a complex and multidetermined social phenomenon. Access to medications is a behavioral condition of the user, and it can be defined as the use of medications in a care process. The objective was to analyze the use of health services and medications for the treatment of asthma in the municipality in South of Brazil. The study considered the model of access to health services proposed by Andersen and Davidson, and asthma as a marker disease. From a secondary database, was performed a quantitative survey of the accessibility characteristics of medicines for the treatment of asthma and related services. The sample included patients with severe persistent asthma from the dispensing unit of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance of a municipality in Southern Brazil. StataSe was used for descriptive analysis. An exploratory qualitative research, which was performed by semi-structured interviews with patients that receive medications for asthma in a dispensing service. The interviews are intended to capture the perceptions and experiences of participants about the use of health services and medication use in recent therapeutic itineraries. Atlas.ti was used to assist in the definition of citations and the coding of the descriptive corpus. The sample was 1,026 patients being 68% of whom were over 60 years old. The processes of the medicines were submitted to the Unified Health System, mainly by public health services (90.8%), with a total of 71.1% of consultations performed in hospital outpatient clinics, 10.3% were performed by public polyclinics of specialties, and 83.5% were concentrated in four pulmonologists. The management of asthma pharmacotherapy was expressed by speeches that include experiences with greater flexibility on complying with the prescribed therapeutic regimen, in the face of personal experience and clinical reality. Behaviors related to the formation of health needs were modulated by the experience of illness. Perception and knowledge about one's health status influenced the needs expressed by participants. An important characteristic of drug needs is the desire, related to the effect of its technological nature. In asthma, no use of the medication is concretely expressed as suffering. In this context, medicines are appreciated in detriment of care-related services. Even with the organization of services

having as a final principle the availability of medicines, noted several indications of barriers to the accessibility of asthma treatment, with the characteristics of the organization of services. Experiential knowledge modulates the way that the disease is seen and the management of the use of the medication performed. Professionals should consider learning based on personal experiences aimed to influence the results of asthma control. The formation of the need is linked to the suffering caused by the exacerbation of the symptoms and by the daily limitations of the people, it is not appropriate to interpret the disease independently of the use of medications. The existence of health need is linked to the user's ability to benefit from effective pharmacological treatment. Understanding of drug needs and their relationship with patients' experience, with the technology and social values and with the accessibility puts in perspective of challenge transforming the services organization and health professionals' performance, turning their focus to the construction of realities that allow people to develop their potentialities.

Keywords: Use of health services. Use of medication. Asthma. Specialized Pharmaceutical Service Component. Access. Accessibility.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde, desenvolvido por Andersen e Davidson	30
Figura 2 – Evolução do orçamento para financiamento nacional, exclusivo do CEAF, no período de 2010 a 2014	34
Figura 3 – Internações por asma e ano do atendimento, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2015	35
Figura 4 – Frequência de pacientes com asma, incluídos em uma unidade do CEAF de um município do Sul do Brasil, e unidades dos medicamentos para asma dispensadas na unidade do CEAF (exceto salbutamol), por ano de abertura ou de execução	46
Figura 5 – Representação esquemática entre a relação dos desejos e das necessidades, e a sua caracterização como meios mediadores da busca de fins desejados	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da asma de acordo com a gravidade	36
Quadro 2 – Medicamentos padronizados para o tratamento da asma no Sistema Único de Saúde, fornecidos gratuitamente pelos serviços classificados pela gravidade da doença e acessibilidade	38
Quadro 3 – Codificação usada para analisar as transcrições obtidas com as entrevistas dos sujeitos da amostra. Os códigos foram baseados no modelo de Andersen e Davidson	43
Quadro 4 – Comportamentos expressos em discursos sobre a adesão mais flexível à farmacoterapia da asma entre os sujeitos participantes da pesquisa	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra participante da abordagem quantitativa.....	44
Tabela 2 – Caracterização da amostra participante da abordagem qualitativa.....	45
Tabela 3 – Frequência dos esquemas terapêuticos utilizados na solicitação do processo administrativo para o tratamento da asma e na renovação do processo entre fevereiro e julho de 2014, em uma unidade do CEAF de um município do Sul do Brasil	47
Tabela 4 – Tempo decorrente entre a data de solicitação do processo administrativo, em uma unidade do CEAF de um município da região Sul, e o início da primeira vigência da acessibilidade dos medicamentos para asma. Brasil. n=720	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde
ATC – Anatomical Chemical Code
B2CA - Beta-2-agonista adrenérgico de curta ação
B2LA - Beta-2-agonistas adrenérgicos de longa ação
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CI - Corticosteroide inalatório
CID – Classificação Internacional de Doenças
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CO - Corticosteroide oral
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF – Estratégia Saúde da Família
F – Feminino
GM – Gabinete do Ministro
LME – Laudo de Solicitação de Medicamentos
M – Masculino
MCG – Micrograma
MS – Ministério da Saúde
PA – Pronto Atendimento
PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PFE – Pico de fluxo expiratório
PFP – Programa Farmácia Popular
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
VEF 1 – Volume expiratório forçado cronometrado de primeiro segundo
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
1.1 OBJETIVOS	26
1.1.1 Objetivo Geral.....	26
1.1.2 Objetivos Específicos	26
2. REVISÃO DA LITERATURA	29
2.1 O ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E O USO DE MEDICAMENTOS	29
2.2 O MODELO COMPORTAMENTAL DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	30
2.3 NECESSIDADES DE SAÚDE	31
2.4 ACESSIBILIDADE E USO DE MEDICAMENTOS	32
2.5 ASMA: DOENÇA, TRATAMENTO E ACESSIBILIDADE	34
3. MÉTODO	39
3.1 PRIMEIRA ETAPA: ESTUDO QUANTITATIVO.....	39
3.2 SEGUNDA ETAPA: ESTUDO QUALITATIVO.....	40
3.2.1 Aspectos teóricos e metodológicos	40
3.2.2 Desenho e recrutamento	40
3.2.3 Coleta de dados	41
3.2.4 Análise dos dados.....	42
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	43
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	44
4.2 ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA ASMA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL	45
4.3 EXPERIÊNCIA DO USO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES COM ASMA.....	53
4.3.1 A doença e a relação com o uso de medicamentos.....	53
4.3.2 Manejo do uso de medicamento para tratamento da asma	55
4.3.3 Ajustes posológicos na farmacoterapia da asma	57
4.3.4 Falha de cumprimento no regime terapêutico.....	59
4.4 AS NECESSIDADES DE MEDICAMENTOS E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO DE PACIENTES COM ASMA.....	60
4.5 NECESSIDADE POR MEDICAMENTOS: VALORES, DESEJOS E TECNOLOGIAS	66
4.6 NECESSIDADES DE SAÚDE E ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA ASMA	74
5. CONCLUSÕES	85
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A – Matriz de Contraste	97
APÊNDICE B – Matriz de Coocorrência	99
APÊNDICE C – Roteiro Orientador	101

APÊNDICE D – Transcrições das Entrevistas	105
APÊNDICE E – Artigo Submetido ao Jornal Brasileiro de Pneumologia	177
APÊNDICE F – Proposta de Artigo a ser Submetido a Revista Qualitative Health Research	191
ANEXO A – Protocolo de Submissão do Artigo.....	207

1. INTRODUÇÃO

O acesso a medicamentos essenciais é reconhecido pela Organização das Nações Unidas como um dos cinco indicadores relacionados a avanços na garantia do direito à saúde [1]. No Brasil, o acesso a medicamentos foi institucionalizado como direito, e o seu uso representa uma estratégia para provisão de atenção integral à saúde, visando contribuir para melhorar os desfechos e a qualidade dos serviços de cuidados [2]. No contexto das doenças crônicas, a acessibilidade dos cuidados em todos os níveis de atenção, incluindo medicamentos, é essencial para evitar a necessidade de hospitalização pelo agravamento no estado de saúde, em cada contexto social específico [3].

A despeito da essencialidade na atenção à saúde, garantir a disponibilidade dos medicamentos não tem sido suficiente para assegurar o uso e os resultados terapêuticos pretendidos. Observa-se iniquidade no consumo de medicamentos associada à distribuição sociodemográfica, sendo que, em torno de, 80% dos medicamentos são consumidos por, cerca de, 18% da população que vive em países desenvolvidos [4, 5]. Alguns estudos, que observaram alta disponibilidade de medicamentos ou gastos acentuados em seu financiamento, não conseguiram demonstrar a existência da relação entre a disponibilidade e a melhoria do estado de saúde [6].

Na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência farmacêutica é um instrumento estratégico e tem como propósitos precípuos o acesso, a qualidade, o uso racional de medicamentos e a conservação da sustentabilidade do sistema [4]. A aquisição de medicamentos representa uma parcela importante dos orçamentos do Ministério da Saúde e de secretarias estaduais e municipais de saúde, e sua acessibilidade permanece um desafio ao sistema de saúde, que precisa ser discutido no contexto complexo dos processos de cuidados.

A análise dos processos de cuidados, envolvendo medicamentos para asma, em um serviço de dispensação de medicamentos, considerando o modelo Comportamental do Uso de Serviços de Saúde [8] e a asma como doença marcadora, permite compreender o comportamento do uso de medicamentos dos sujeitos em tratamento farmacológico e discutir os serviços farmacêuticos. É mais, pode, ainda, contribuir para o desenvolvimento científico da área, aumentando a consistência dos fundamentos teóricos utilizados nos estudos, contribuindo para a formação de uma identidade das investigações nesse campo, assim como para a atividade farmacêutica assistencial correspondente.

A percepção da necessidade de saúde é moduladora do uso de medicamentos, e sua formação é construída com base em múltiplos fatores, envolvendo o contexto social e cultural. A oferta e a acessibilidade dos medicamentos são fatores importantes na formação da necessidade, tanto por pacientes como por profissionais.

Alguns fenômenos motivam os estudos dos fatores que influenciam o uso dos medicamentos:

- O uso difundido e, por vezes, abusivo de medicamentos na população;
- As consequências que o uso inadequado desses produtos pode trazer aos usuários;
- O grande número de intoxicações medicamentosas;
- A baixa adesão à farmacoterapia nos processos de cuidados;
- A resolutividade dos tratamentos, frequentemente inferior ao esperado.

Desse modo, os resultados discutidos neste estudo podem contribuir com os serviços que atuam diretamente com pacientes sujeitos à farmacoterapia, no sentido de aprofundar a compreensão do fenômeno de utilização dos medicamentos, incluindo as perspectivas social e cultural.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o uso dos serviços de saúde e de medicamentos para o tratamento da asma em um município do Sul do Brasil.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever características associadas à acessibilidade de medicamentos para o tratamento da asma, e aos serviços de saúde relacionados ao CEAF de um município do Sul do Brasil.
- Analisar a formação das necessidades de medicamentos relacionadas às experiências de sofrimento de pacientes com asma, incluídos no CEAF.

- Compreender as necessidades como expressões dos sujeitos que utilizam medicamentos para o tratamento da asma, e como características do sistema de saúde, analisando os significados e valores atribuídos ao que se considera necessário.
- Analisar a relação existente entre as necessidades e as características de acessibilidade dos serviços de saúde, relacionados ao cuidado da asma.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E O USO DE MEDICAMENTOS

Este acesso pode ser definido como o uso de um serviço de saúde por um indivíduo em necessidade, em busca da promoção do seu bem-estar, com o propósito de modificar seu estado de saúde. Ressalte-se que a mera disponibilidade não configura acesso ao insumo. O medicamento é um elemento essencial para efetividade do processo de atenção à saúde, contudo, o direito de acesso a medicamentos, garantido pelo SUS, é insuficiente para assegurar os resultados terapêuticos [6].

O acesso a medicamentos constitui uma categoria com baixa precisão conceitual e, de certa forma, estranha ao sistema de cuidados em saúde. Observa-se que, a despeito da elevada disponibilidade de medicamentos ou dos gastos acentuados em seu financiamento, a relação do seu uso com os resultados positivos em saúde permanece obscura [6].

O uso de serviços de saúde é um comportamento complexo dos indivíduos, determinado por vários fatores. A relação entre a utilização de serviços e seus determinantes pode ser melhor compreendida por meio de modelos teóricos explicativos [7]. O Modelo Comportamental do Uso de Serviços de Saúde, desenvolvido em 1960, por Andersen e Davidson [8], foca os efeitos dos determinantes contextuais e individuais sobre a utilização de serviços. O comportamento do paciente no processo de cuidado constitui, provavelmente, o mais importante fator de sucesso terapêutico [9].

A busca pela farmacoterapia pode ocorrer por livre demanda do indivíduo, que percebe uma necessidade (fora do sistema de saúde), ou por intermédio do serviço de saúde (dentro do sistema) [10]. O uso de medicamentos, além de ser determinado por critérios farmacológicos, relacionados a uma necessidade real de utilização, também é modulado por fatores culturais, sociais e comportamentais. Entre esses aspectos, o mito de que os medicamentos resolvem qualquer problema influencia a criação de necessidade e afeta o acesso [11].

Como fenômeno, a utilização de medicamentos é cada vez mais crescente e as consequências negativas desse uso, cada vez mais comuns. Os ganhos terapêuticos obtidos por intermédio do uso de produtos farmacêuticos fez com que os medicamentos passassem a ser utilizados de forma indiscriminada e, muitas vezes, irracional [12]. Um passo importante para sua utilização é a compreensão de obter somente os medicamentos necessários. De acordo com Penchansky e Thomas [13], é

o nível de “ajuste” entre o usuário (características de suas necessidades) e o sistema de saúde que define o acesso.

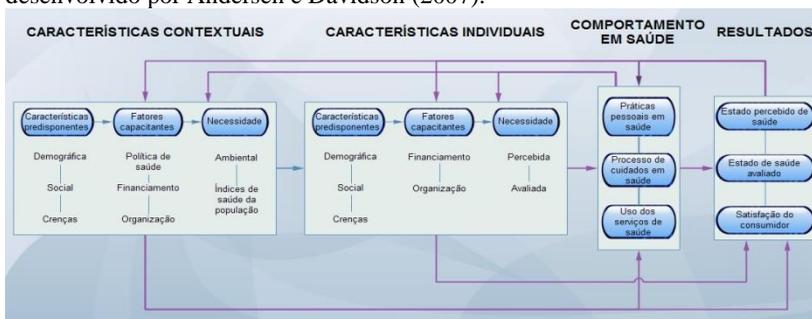
2.2 O MODELO COMPORTAMENTAL DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo, que procura cuidados, e do profissional que o conduz no sistema de saúde. O comportamento do indivíduo, em geral, produz o primeiro contato com os serviços de saúde, enquanto os profissionais definem o tipo e a intensidade de recursos necessários [14].

No modelo de Andersen e Davidson [8], o uso de serviços de saúde é influenciado por: fatores predisponentes (que afetam a predisposição das pessoas para usar os serviços de saúde); fatores capacitantes (os meios que capacitam à utilização); e necessidades de saúde (condições de saúde percebidas pelas pessoas, ou avaliadas por profissionais de saúde). Esse modelo discute a complexidade existente no contexto da utilização de serviços de saúde, com a presença de múltiplos determinantes.

Este modelo, ainda, enfatiza a natureza dinâmica da utilização dos serviços de saúde, incluindo as influências dos determinantes no uso e as relações de *feedback* nos desfechos em saúde [7]. A Figura 1, a seguir, representa o modelo de Andersen e Davidson [8], indicando a influência de múltiplos determinantes e suas relações com o uso de serviços de saúde.

Figura 1 – Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde, desenvolvido por Andersen e Davidson (2007).



Fonte: Traduzido por Soares [6].

Dentre os aspectos considerados neste modelo, as necessidades de saúde apresentam influência peculiar sobre o uso de medicamentos. Este é o fator mais proximal entre as características individuais que afetam o uso de serviços e de medicamentos, sendo considerado importante preditor do uso [7].

Os fatores capacitantes referem-se, especificamente, aos aspectos de acessibilidade do sistema de saúde, que capacitam o sujeito ao uso do serviço. As necessidades são influenciadas pela acessibilidade e compõem características atribuídas a pacientes e profissionais de saúde, modulando seus comportamentos.

Os comportamentos em saúde consistem num conjunto complexo de fatores, referentes à ação de pacientes e de profissionais de saúde, influenciados pelas características individuais e contextuais. Os desfechos representam a contribuição que o uso do serviço proporcionou para os benefícios esperados de um processo de cuidado. Soares [6] adaptou o uso desse modelo para analisar o uso de medicamentos no contexto dos serviços de saúde.

2.3 NECESSIDADES DE SAÚDE

Compreende-se necessidade de saúde como um meio adequado para atingir um ou mais resultados em saúde, valorizados por pacientes, profissionais ou sistema de saúde [15].

Dessa forma, a necessidade pode ser definida a partir da perspectiva da existência de um serviço ou bem, do qual o sujeito possa se beneficiar, ressaltando a importância da efetividade e dos desfechos na definição de necessidade, na perspectiva de, realmente, alterar o prognóstico da doença a um custo razoável, diante da escassez de recursos [16, 17]. Ou seja, efetividade e custo do cuidado em saúde deveriam ser incluídos na consideração de necessidade [18].

As necessidades de medicamentos apresentam-se como um fenômeno complexo, e o modelo de Andersen e Davidson pode também contribuir, teoricamente, para explicar as associações e as relações observadas em estudos empíricos. A necessidade percebida pode ser traduzida pelos recursos e serviços de que os indivíduos podem dispor como meio mais adequado para que ele atinja o estado de saúde desejado, incluindo a forma pela qual percebe a necessidade por medicamentos.

Profissionais são também multiplamente influenciados ao definirem as necessidades de um paciente. Uma das influências mais importantes é a necessidade normativa, que, conforme a definição de Bradshaw [19], constitui os padrões institucionais de definição das

necessidades, usados como critério sobre quais recursos e serviços devem ser disponibilizado.

Bradshaw [19] discute, ainda, um tipo de necessidade importante ao sistema de saúde, definida como necessidade expressa, mais referida como demanda. No sistema de saúde, atender a demanda constitui um imperativo político, e exige planejamento e organização do sistema de saúde.

2.4 ACESSIBILIDADE E USO DE MEDICAMENTOS

A acessibilidade corresponde à característica dos serviços que exerce maior impacto na capacidade da população de usar os medicamentos, incluindo-se aí a provisão. Assim, a oferta de medicamentos é importante para explicar variações no uso por grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre equidade nos sistemas de saúde [14].

Para Penschansky e Thomas [13], as principais características do acesso à saúde envolvem as dimensões de disponibilidade, acessibilidade, adequação, capacidade de pagamento e aceitabilidade. A acessibilidade está relacionada à oferta de medicamentos ou à maior capacidade em obtê-los [6], o que expressa características da relação dos indivíduos com o uso de serviços, incluindo adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados [14].

No Brasil, as políticas, visando ampliar o acesso a medicamentos, tornaram-se um marco legal de grande relevância, principalmente, a partir do advento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, pela qual diversas ações focaram-se na ampliação da acessibilidade dos medicamentos, tais como: o desenvolvimento e a produção locais de insumos e de medicamentos para as necessidades brasileiras; a promoção do uso racional; e a qualificação de profissionais de saúde envolvidos com medicamentos [20].

No plano normativo, o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, destinado à aquisição de medicamentos para o SUS, visando a organização dos serviços norteados pelo princípio da integralidade da atenção à saúde, foi dividido em três componentes [21]:

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF);
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF);
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

O CEAF é uma estratégia de acessibilidade a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados pelo Ministério da Saúde [22].

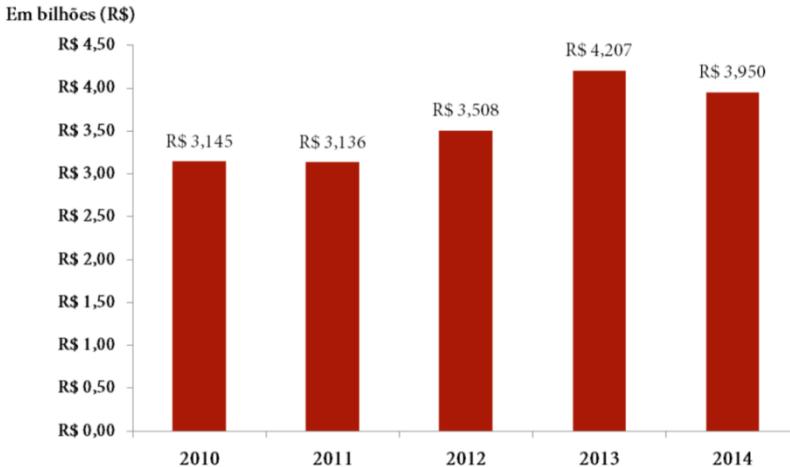
As linhas de cuidado podem ser definidas como fluxos assistenciais que atendem as necessidades de saúde do usuário [5], e constituem um modelo de organização da atenção à saúde, definindo itinerários e condutas para que as necessidades dos usuários sejam integralmente atendidas, sendo que cada serviço deve ser como um componente da rede de atenção à saúde [23]. O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral, e organizado em rede. Cada serviço deve ser desenhado como um componente fundamental da integralidade do cuidado [24].

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) constituem diretrizes técnico-administrativas e gerenciais para situações clínicas prioritárias (por sua prevalência, complexidade ou impacto financeiro) para a saúde pública. Nos PCDT estão estabelecidos: os critérios de diagnóstico; o algoritmo de tratamento das doenças; os medicamentos selecionados; a justificativa de sua definição como necessidade; e os mecanismos para o monitoramento clínico profissional [25].

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no CEAF estão distribuídos em três grupos, conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas. No Grupo 1, encontram-se os medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: Grupo 1 A, os medicamentos com aquisição centralizada; e Grupo 1B, os medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros às secretarias de saúde dos estados. No Grupo 2, estão os medicamentos sob responsabilidade das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal; e no Grupo 3, estão os medicamentos sob responsabilidade das secretarias de saúde do Distrito Federal e dos municípios [22].

Os gastos nacionais para financiamento dos medicamentos do CEAF pelo Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2014, evoluíram conforme representado na Figura 2. O financiamento dos medicamentos do grupo 1 do CEAF é responsabilidade do gestor federal do SUS, em acordo com a Portaria n. 1.996/GM/MS, de 11 de setembro de 2013.

Figura 2 – Evolução do orçamento para financiamento nacional, exclusivo do CEAF, no período de 2010 a 2014.



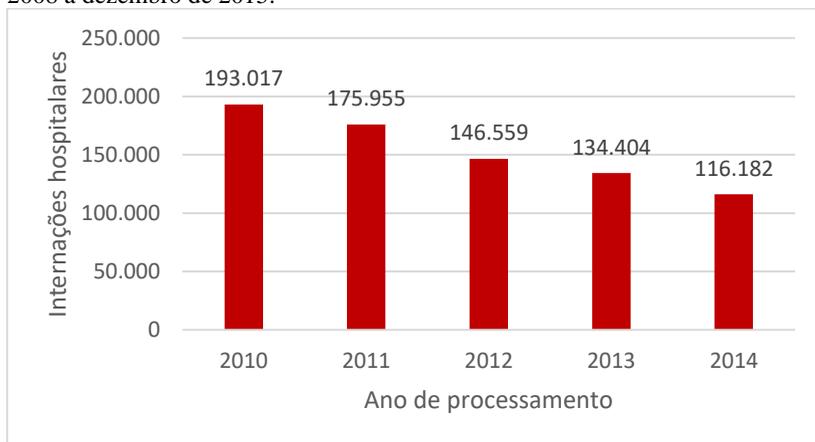
Fonte: Ministério da Saúde [42].

O Programa da Farmácia Popular do Brasil é outra estratégia de acessibilidade de medicamentos desenvolvida a partir da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com a finalidade de ampliar o acesso, ofertando medicamentos para tratamento das doenças mais prevalentes no país. O programa foi desenvolvido por meio de uma rede própria do Ministério da Saúde e pelo convênio com a rede privada pelo "Aqui Tem Farmácia Popular", alcançando, muito rapidamente, um nível abrangente de cobertura [26].

2.5 ASMA: DOENÇA, TRATAMENTO E ACESSIBILIDADE

A asma é um problema mundial de saúde, acometendo cerca de 300 milhões de pessoas no mundo [27]. No Brasil, estima-se que a prevalência da asma envolva em torno de 10% das internações hospitalares [28]. A internação hospitalar, de acordo com dados do DATASUS [29], decaiu nos últimos sete anos, conforme expõe a Figura 3.

Figura 3 – Internações por asma e ano do atendimento, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2015.



Fonte: Datasus [29]

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, na qual muitas células e elementos celulares têm participação, sendo caracterizada pelo aumento da responsividade das vias aéreas a diversos estímulos, com consequente: broncoconstrição, variável, recorrente e, tipicamente, reversível, espontaneamente ou sob tratamento; espessamento das paredes das vias respiratórias; e aumento de muco. Os principais sintomas clinicamente observáveis são os episódios de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã [27, 30].

O diagnóstico da asma se dá mediante a identificação de critérios clínicos e funcionais, sugeridos pela presença de um ou mais sintomas, por exame físico e exames de função pulmonar (espirometria). Em crianças até os cinco anos, o diagnóstico é eminentemente clínico, pela dificuldade de realização das provas funcionais. As manifestações que sugerem, fortemente, o diagnóstico de asma são: a variabilidade dos sintomas; o desencadeamento de sintomas por irritantes inespecíficos (como fumaças, odores fortes e exercício) ou por aeroalérgenos (como ácaros e fungos); a piora dos sintomas à noite e a melhora espontânea ou após o uso de medicações específicas para asma [28, 30]. A maior mortalidade é associada à asma persistente grave [28].

De acordo com a frequência e intensidade dos sintomas, e com os parâmetros da função pulmonar, pode-se classificar a asma conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação da asma de acordo com a gravidade.

Duração	Gravidade da asma			
	Intermitente	Persistente		
Intensidade		Leve	Moderada	Grave
Frequência	60%		25 a 30%	5 a 10%
Sintomas	2x/semana ou menos	Mais de 2x/semana, mas não diariamente	Diários	Diários ou contínuos
Despertares noturnos	2x/semana ou menos	3-4x/mês	Mais de 1x/semana	Quase diários
Necessidade de agonista beta-2 adrenérgico para alívio	2x/semana ou menos	Menos de 2x/semana	Diário	Diário
Limitação de atividades	Nenhuma	Presente nas exacerbações	Presente nas exacerbações	Contínua
Exacerbações	Igual 1/ano ou nenhuma/ano	Igual ou mais de 2/ano	Igual ou mais de 2/ano	Igual ou mais de 2/ano
VEF1 ou PFE	Igual ou maior que 80% previsto	Igual ou maior que 80% previsto	60%-80% previsto	Igual ou menor que 60% previsto
Variação VEF1 ou PFE	Menor que 20%	Menor que 20%-30%	Maior que 30%	Maior que 30%

Legenda: VEF 1 – Volume expiratório forçado cronometrado de primeiro segundo; PFE – Pico de fluxo expiratório.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma [28].

A gravidade da asma está relacionada à intensidade de tratamento requerido, que pode alterar-se com o tempo; enquanto o controle é variável em dias ou semanas, influenciado pela adesão ao tratamento ou pela exposição a fatores desencadeantes [30].

Se a asma não for bem controlada, pode tornar-se crônica, causar limitação permanente ao fluxo aéreo, levar à limitação física e social significativa, e até causar a morte por ataques graves [30]. Desse modo, a

identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial, e o encaminhamento ágil e adequado para diagnóstico e tratamento são abordagens fundamentais na atenção básica [28].

A asma tem um impacto marcante na vida dos pacientes, de seus familiares e no sistema de saúde. Observam-se limitações no lazer, no trabalho, e na vida cotidiana das pessoas; motiva atendimentos repetidos em pronto-socorro e em ambulatórios; provoca hospitalizações e pode levar a óbito [31, 32]. Para a economia do país há os custos indiretos, como o absenteísmo ao trabalho, que, conseqüentemente, reduz a produtividade.

O objetivo do manejo da asma é controlar a doença, no que se refere à supressão dos sintomas, compreendendo os domínios de controle das limitações clínicas atuais e a redução de riscos futuros. O controle das limitações atuais pode ser avaliado em relação às últimas quatro semanas, e inclui sintomas, necessidade de medicação de alívio, limitação de atividades físicas e intensidade da limitação ao fluxo aéreo. Esses parâmetros permitem classificar o tratamento da asma em três grupos distintos: asma controlada, asma parcialmente controlada e asma não controlada. Na prevenção de riscos futuros, busca-se reduzir a instabilidade da asma, suas exacerbações, a perda da função pulmonar e os efeitos adversos dos medicamentos [27, 30].

O tratamento medicamentoso da asma persistente, em consonância com o conhecimento atual da fisiopatologia, é baseado no uso continuado de anti-inflamatório, sendo os corticosteroides inalatórios a opção mais eficaz. A eles se associam medicamentos com indicação de alívio pelo efeito broncodilatador. A via inalatória é preferida para administrar os medicamentos, porém exige treinamento de pacientes quanto à utilização correta dos dispositivos [28, 30].

O SUS disponibiliza medicamentos para asma, constantes na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), através do CBAF e do CEAF, o qual segue os critérios de acordo com o PCDT, aprovado pela Portaria SAS/MS n. 1.317, de 25 de novembro de 2013 [28]. Outra estratégia para oferta de medicamentos para asma é o Programa Farmácia Popular, no qual a disponibilização de medicamentos distribuídos à população ocorre por meio de financiamento federal.

A acessibilidade dos medicamentos se dá por meio da realização de cadastro pessoal, realizado em um estabelecimento de saúde vinculado às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais (identificadas, neste estudo, como unidade do CEAF), mediante apresentação do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),

prescrição médica correspondente, exames e documentos exigidos nos PCDT, dando origem a um processo administrativo [22]. A solicitação é avaliada, tecnicamente, por um profissional de saúde de nível superior, designado pelo gestor estadual e, quando o processo está adequado, o procedimento é autorizado para a dispensação [22]. O paciente deve renovar o processo trimestralmente, mediante apresentação de LME e prescrição médica atualizados. O Quadro 2 apresenta um sumário da oferta, pelo SUS, dos medicamentos utilizados para asma e onde são encontrados.

Quadro 2 – Medicamentos padronizados para o tratamento da asma no Sistema Único de Saúde, fornecidos gratuitamente pelos serviços classificados pela gravidade da doença e acessibilidade.

Gravidade da asma	Tratamento farmacológico	Medicamentos padronizados		
		CEAF	ABS	PFP
Intermitente	B2CA		Salbutamol	Salbutamol
Persistente leve	CI em dose média + B2CA		Salbutamol Beclometasona Budesonida	Salbutamol Beclometasona
Persistente moderada	CI em doses média a alta associado a B2CA		Salbutamol Beclometasona	Salbutamol Beclometasona
Persistente grave	CI em dose alta + B2CA associado a B2LA, podendo associar CO	Budesonida Formoterol Fenoterol Salmeterol	Salbutamol Prednisona	Salbutamol

Legenda: CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; ABS – Atenção Básica de Saúde; PFP – Programa Farmácia Popular do Brasil; CI - corticosteroide inalatório; B2CA - beta-2-agonista adrenérgico de curta ação; B2LA - beta-2-agonistas adrenérgicos de longa ação; CO - corticosteroide oral
Fontes: Adaptado de Brasil [28], [26], [22].

3. MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido em um município do Sul do Brasil, com população superior a 500 mil habitantes, com 79,6% de pessoas brancas, domiciliados, predominantemente, em zona urbana. Cerca de 25% da população percebia rendimento nominal entre 1 e 2 salários mínimos, e a incidência de pobreza ficava em cerca de 28%. O PIB per capita apresentava-se superior a 35 mil reais, com IDH superior a 0,8, e a economia intensamente industrializada [33].

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem complementar quantitativa, realizado em duas etapas, em uma unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

3.1 PRIMEIRA ETAPA: ESTUDO QUANTITATIVO

Na primeira etapa, foi desenvolvido um estudo descritivo com abordagem quantitativa, transversal. Identificaram-se 1.244 pacientes cadastrados com diagnóstico de asma (CID 10: J 45.0; J 45.1 e J 45.8), por meio de um relatório gerencial de registros ativos do sistema informatizado de gerenciamento do CEAF, na unidade do CEAF estudada. Após uma análise preliminar da lista de sujeitos e da busca e verificação dos processos físicos, 218 nomes foram excluídos, pelos seguintes motivos: processo não localizado, óbito de paciente, processo sem dispensação há mais de 3 meses, ou excluído. Após essa triagem, a amostra foi constituída de 1.026 indivíduos diagnosticados com asma e recebendo medicamento na unidade do CEAF.

A fonte de dados foi os registros dos pacientes no sistema informatizado de gerenciamento (caracterizando dados secundários), bem como a consulta aos arquivos físicos dos processos, armazenados na unidade do CEAF. Como instrumento para coleta de dados, usou-se planilha eletrônica padronizada no software Excel®.

Os dados coletados incluíram idade e sexo do sujeito, esquema terapêutico, data de abertura e renovação do processo, especialidade do prescriptor, natureza da instituição que encaminhou o paciente e aquela em que seu tratamento era acompanhado, instituições e prescritores envolvidos. Os dados relativos à renovação do processo correspondem ao período de fevereiro a julho de 2014. Os dados foram transferidos para o software Stata/SE® 13.0, no qual realizou-se a análise estatística descritiva.

3.2 SEGUNDA ETAPA: ESTUDO QUALITATIVO

3.2.1 Aspectos teóricos e metodológicos

Na pesquisa, utilizou-se o princípio da “*grounded theory*” para a construção da abordagem qualitativa. Essa perspectiva teórica centra-se na identificação do processo social básico, por meio indutivo, para explicar o fenômeno sob investigação, relacionando as influências sociais existentes [34, 35].

A “*grounded theory*” é, particularmente, útil para questões relacionadas ao comportamento humano em organizações e em grupos, além de enfatizar o desenvolvimento teórico das ideias, buscando compreender a realidade a partir da percepção ou do significado que certo contexto ou objeto tem para os indivíduos em sua experiência social do fenômeno. O método conduz a uma interação entre a coleção de dados, sua análise e conceitualização/teorização [34, 35].

Para selecionar a amostra, utilizou-se o princípio da diversificação, a fim de garantir a mais ampla heterogeneidade entre os sujeitos que cumpriam os critérios de inclusão, visando explorar a complexidade das experiências, das percepções e dos contextos em relação ao fenômeno estudado [36].

3.2.2 Desenho e recrutamento

O estudo qualitativo exploratório foi realizado entre os meses de junho e julho de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas, com sujeitos em tratamento para asma, com processo administrativo em uma unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), de um município do Sul do Brasil.

Para a seleção da amostra, dados dos pacientes, disponíveis no sistema informatizado de gerenciamento, tais como natureza da instituição na abertura do processo (pública ou privada), esquema terapêutico e especialidade médica na abertura e na renovação do processo, foram coletados e tabulados. O relatório com todos os pacientes cadastrados com processo administrativo de medicamentos para tratamento de asma na unidade do CEAF, até julho de 2014, foi o ponto de partida para as análises.

Os critérios de elegibilidade incluíram pacientes cadastrados no CEAF, atendidos na unidade do CEAF do município, com diagnóstico de asma (CID 10 J 45.0; J 45.1 e J 45.8), com idade igual ou superior a 18

anos, capazes de se comunicar ou que estivessem acompanhados por cuidador.

Cumpriam os critérios de inclusão 1.026 indivíduos. Os dados desses indivíduos foram utilizados para elaborar um gradiente por contraste de cor, visando indicar, entre as variáveis disponíveis, as semelhanças e diferenças encontradas. A partir dos contrastes estabelecidos, entre os principais grupos (indivíduos com os conteúdos de variáveis semelhantes entre si, dentro de cada grupo), realizou-se a seleção aleatória dos sujeitos para compor a amostra. Tal abordagem permitiu alcançar uma amostra com 22 sujeitos apresentando grande diversidade de características. A matriz de contraste empregada pode ser encontrada no Apêndice A, desta dissertação, excluída a identificação dos sujeitos. Os pacientes selecionados foram convidados a agendar uma entrevista domiciliar.

3.2.3 Coleta de dados

A primeira abordagem aos pacientes selecionados aconteceu na unidade do CEAF, onde e quando se realizou o convite para participação na pesquisa. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista domiciliar direta, com todos aqueles que aceitaram participar. O paciente foi solicitado a autorizar que fossem feitas cópia das prescrições de medicamentos de que dispunha e gravação da entrevista. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista foi realizada. A participação do cuidador em conjunto com o paciente na entrevista foi permitida, quando solicitada pelo paciente.

Na entrevista, foi utilizado um guia orientador, elaborado a partir dos formulários empregados por Soares [6], devidamente adaptados à pesquisa qualitativa para adequar a sua utilização no contexto das entrevistas. Foram extraídos os principais temas abordados pelas questões presentes no formulário, redigidos de forma mais abrangente, visando orientar o entrevistador, contudo, ainda, proporcionando liberdade ao entrevistado na construção do discurso sobre o tema.

As entrevistas buscaram captar a percepção e experiência dos participantes quanto ao uso de serviços de saúde e ao uso de medicamentos em itinerários terapêuticos recentes. A estratégia semiestruturada permitiu uma comunicação focada, com ordenamento das questões abordadas, mas assegurando uma progressão natural da conversação e oferecendo flexibilidade na elaboração das questões e no levantamento de novos tópicos de discussão.

As questões, embora focadas, eram abertas, sendo que, após manifestação espontânea, o entrevistado era estimulado a detalhar algumas informações de sua resposta ou abordar novos aspectos sobre o tópico, visando explorar sua experiência (ou a experiência familiar), na busca de cuidado e uso dos serviços de saúde em situações envolvendo ou não medicamentos. O paciente era estimulado, ainda, a apresentar sua visão retrospectiva sobre as doenças que o afligiam, sua trajetória terapêutica e a influência e perspectiva sobre sua vida.

3.2.4 Análise dos dados

O modelo de Andersen e Davidson [8] foi utilizado, principalmente, quanto às características predisponentes (aspectos demográficos, sociais e crenças), aos fatores capacitantes (financiamento e organização), à necessidade (percebida e avaliada), aos comportamentos em saúde (práticas pessoais e processo de cuidado) e aos desfechos (estado de saúde e satisfação), empregados como códigos pré-definidos para a análise. Uma reflexão crítica foi realizada quanto às características específicas que emergem dos dados e deram personalidade analítica distinta ao produto da codificação.

Os dados provenientes dos registros de áudio foram transcritos, textualmente, em arquivos independentes de editor de texto. Cada transcrito foi lido para o entendimento global e, então, a análise de conteúdo foi conduzida. Na codificação do corpus discursivo, usou-se o software de gerenciamento de dados qualitativos Atlas.ti (versão 6.2.28, Atlas.ti GmbH, Berlin), no qual as sentenças e frases com significado foram isoladas como citação e rotuladas com o código adequado. Procurou-se, quando pertinente, evidenciar como o fenômeno do uso de medicamentos articula-se à carga semântica do conteúdo codificado.

Utilizou-se uma codificação predefinida, baseada no modelo de Andersen e Davidson [8], vinculando às citações a um ou mais códigos. Os códigos foram definidos, como descritos, a seguir, no Quadro 3.

Quadro 3 – Codificação usada para analisar as transcrições obtidas com as entrevistas dos sujeitos da amostra. Os códigos foram baseados no modelo de Andersen e Davidson [8].

Característica / Fator	Variável	Código
Caraterísticas predisponentes	Aspectos demográficos	DEMP
	Aspectos sociais	SOCP
	Crenças	CREP
Fatores capacitantes	Organização	ORGC
	Financiamento	FINC
Necessidades de saúde	Necessidade percebida	PERN
	Necessidade avaliada	AVAN
Comportamentos em saúde	Práticas pessoais em saúde	PPSC
	Processo de cuidado	PCSC
	Uso de serviços de saúde	USSC
Resultados de saúde	Estado percebido de saúde	EPSR
	Estado avaliado de saúde	EASR
	Satisfação do usuário	SACR

Fonte: Elaborado pela autora.

Por meio do Atlas.ti, uma matriz foi gerada, com cálculos dos respectivos coeficientes de coocorrência para a combinação de cada código predefinido. Essa matriz auxiliou a análise, com a definição das relações entre as citações, e delas com os códigos. Com essa estratégia expõem-se, mais facilmente, as citações relacionadas à coocorrência, agrupando-as em uma primeira camada de significados. Uma versão da matriz de coocorrência, contendo apenas as relações com maiores coeficientes, foi reproduzida no Apêndice B, ao final desta dissertação.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer n. 650.157, de 14 de dezembro de 2013. Medidas para proteger os dados de pacientes foram tomadas, restringindo-se acesso aos conteúdos que possam identificar os sujeitos. Todos os pacientes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após prestarem todas as informações cabíveis e demandadas na fase de convite. Elementos que identificavam os participantes foram suprimidos ou codificados. Somente os envolvidos na pesquisa tiveram acesso aos dados coletados nas entrevistas, sendo estes mantidos em local seguro e sigiloso.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram incluídos no estudo todos os pacientes cadastrados no sistema informatizado de gerenciamento do CEAF de um município do Sul do Brasil, até o mês de julho de 2014, com o CID 10 J 45.0; J 45.1 e J 45.8, considerados usuários ativos, totalizando 1.026 sujeitos com diagnóstico de asma. Desses, 588 (57%) eram mulheres e 438 (43%) eram homens. A idade média da amostra avaliada ficou entre 63 ± 16 anos (sem diferença significativa entre as idades de homens e mulheres), compreendendo pessoas entre 9 e 95 anos, sendo que 68% dos sujeitos tinham 60 anos ou mais, conforme se pode visualizar na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra participante da abordagem quantitativa

Características	n (%)
N	1.026
Idade – anos – média (+/- DP)	63 (16)
60 anos ou mais	698 (68)
Mulheres	588 (57)
Homens	438 (43)

Fonte: Elaborada pela autora.

A amostra para a etapa qualitativa (Tabela 2) foi composta por 22 sujeitos (12 mulheres e 10 homens), com idade média de 59,5 anos (faixa de 18 a 79 anos). A maioria dos entrevistados eram brancos (n=14), com ensino fundamental incompleto (n=14), casados (n=15), com renda *per capita* inferior a R\$ 1.448,00 (correspondendo a 2 salários mínimos em 2015; n=16). Dez participantes declararam ser aposentados. Os tratamentos empregados consistiam, majoritariamente, do uso da combinação de fumarato de formoterol (broncodilatador de longa ação) e de budesonida (anti-inflamatório corticoide inalatório). Alguns casos ainda associavam o brometo de tiotrópio (broncodilatador de longa ação).

Tabela 2 – Caracterização da amostra participante da abordagem qualitativa

Características	n (%)
N	22
Idade – anos – média (+/- DP)	59,5 (17,3)
Mulheres	12 (54)
Homens	10 (46)
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	14 (63,6)
Ensino Fundamental Completo	1 (4,5)
Ensino Médio Incompleto	1 (4,5)
Ensino Médio Completo	6 (27,4)
Renda	
Não tem renda	2 (9,1)
Até R\$ 724,00	7 (31,8)
R\$ 724,00 até R\$ 1.448,00	7 (31,8)
R\$ 1.448,00 até R\$ 2.172,00	3 (13,7)
R\$ 2.172,00 até R\$ 3.620,00	1 (4,5)
Maior que R\$ 3.620,00	2 (9,1)

Fonte: Elaborada pela autora.

4.2 ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA ASMA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

A acessibilidade constitui-se propriedade dos serviços de saúde e dos medicamentos, correlacionada às capacidades dos usuários de usar esses serviços e medicamentos [6]. No modelo de Andersen e Davidson [8], essa propriedade é decomposta, principalmente, nas categorias políticas públicas, organização e financiamento, que ilustram as estratégias para disponibilizar os recursos, as formas de pagamento, a inserção do trabalho em saúde, entre outros aspectos.

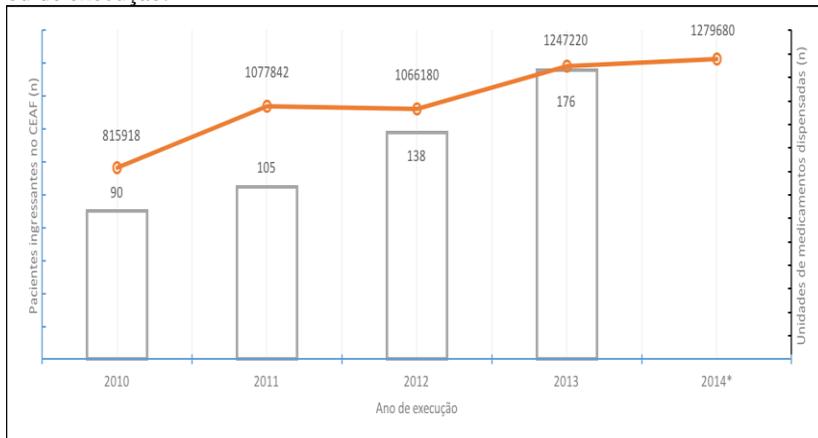
O objetivo, neste item, é descrever características associadas à acessibilidade de medicamentos para o tratamento da asma e dos serviços de saúde, relacionados em uma unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de um município do Sul do Brasil.

Observa-se uma tendência crescente do número de processos em função do ano de abertura na unidade do CEAf. Os anos 2008 e 2009 foram desconsiderados para análise do crescimento da demanda, pois 2009 foi o ano de implantação e de início da operação do sistema informatizado, e, por consequência, envolveu o cadastramento dos pacientes do sistema anterior; e o ano de 2014 foi desconsiderado para

esta análise pela disponibilidade de dados apenas até a metade do ano. Analogamente, interferindo no crescimento do número de unidades de medicamentos dispensadas.

A Figura 4, a seguir, apresenta o número de unidades de medicamentos dispensados por ano de execução, no período de 2010 a 2014, e o número de pacientes incluídos por ano de abertura de solicitação do processo até 2013. Em 2012 e 2013, com base em relatório gerencial do sistema informatizado, o número de unidades dispensadas foi de 88,6% e 88,8% do número de unidades prescritas, respectivamente, e em 2014, de 92,8%.

Figura 4 – Frequência de pacientes com asma, incluídos em uma unidade do CEAF de um município do Sul do Brasil, e unidades dos medicamentos para asma, dispensadas na unidade do CEAF (exceto salbutamol), por ano de abertura ou de execução.



*Os dados referentes ao número de unidades de medicamentos dispensados em 2014 não estavam disponíveis no momento da coleta de dados.

Fonte: Sistema informatizado de gerenciamento do CEAF (2014).

O uso da budesonida associada ao formoterol superou 85% dos processos abertos para acessibilidade dos medicamentos para asma na unidade do CEAF estudada, sendo que a prescrição de monoterapia foi observada em apenas 2% dos casos. Na solicitação do processo, cerca de 10% das prescrições continham medicamentos como beclometasona e salbutamol.

A Tabela 3, a seguir, apresenta as frequências observadas na abertura dos processos e na renovação, ocorridas entre fevereiro e julho

de 2014. Na renovação dos processos, a frequência do esquema terapêutico associando a budesonida ao formoterol cresceu, alcançando quase a totalidade dos casos observados.

Tabela 3 – Frequência dos esquemas terapêuticos utilizados na solicitação do processo administrativo para o tratamento da asma e na renovação do processo, entre fevereiro e julho de 2014, em uma unidade do CEAf de um município do Sul do Brasil.

Variável	Frequência n (%)	
	Abertura	Renovação
Medicamento solicitado		
Budesonida	22 (2,1)	9 (0,9)
Formoterol	19 (1,9)	13 (1,3)
Budesonida / Formoterol	877 (85,5)	1003 (97,8)
Outros	108 (10,5)	1 (0,1)
Unidade de saúde *		
Policlínicas públicas	97 (10,3)	98 (9,6)
Hospital 1 (público)	342 (36,5)	255 (24,8)
Hospital 2 (público)	302 (32,2)	241 (23,5)
Outros hospitais (públicos)	23 (2,4)	20 (2,0)
UBS/ESF	88 (9,4)	260 (25,3)
Serviços privados	86 (9,2)	152 (14,8)
Instituição de natureza pública	852 (90,8)	874 (85,2)
Especialidade dos prescritores		
Pneumologistas (1-4)	857 (83,5)	628 (61,2)
Outros	169 (16,5)	398 (38,8)

Legenda: N=1026, a não ser que outro n seja informado; UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família. * Refere-se às unidades de saúde que encaminham o processo administrativo na sua abertura ou renovação trimestral; o n usado neste item na abertura do processo foi 938, pois não há informação sobre a instituição de origem de processos datados até 2009, que foi o ano inicial da operação do sistema informatizado.

Fonte: Elaborada pela autora.

Mais de 90% dos processos administrativos para o tratamento de asma na unidade do CEAf tiveram sua abertura encaminhada por serviços públicos de saúde. Os serviços ambulatoriais especializados de dois hospitais públicos foram responsáveis por quase 70% desses encaminhamentos. As policlínicas de especialidades (públicas) contribuíram com cerca de 10% dos encaminhamentos. Esses três

serviços são caracterizados por prover serviços ambulatoriais de média e alta complexidade, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Alguns dos serviços ambulatoriais, fornecidos por estabelecimentos privados, foram adquiridos pelo município e providos aos usuários pelo sistema público. A atenção básica foi responsável por menos de 10% das aberturas de processo. Nas renovações de processos, houve uma redução de cerca de 21% na participação dos serviços públicos ambulatoriais especializados e um incremento de cerca de 16% da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde – UBS e Estratégia de Saúde da Família – ESF).

Observou-se que 83% dos pacientes foram encaminhados para abertura de processo por quatro pneumologistas, e cerca de 61% renovou o processo com os mesmos quatro profissionais, que prestam serviços nos hospitais, policlínica e em consultórios particulares do município.

Quanto ao tempo decorrente entre a solicitação da abertura do processo e o início da primeira vigência da acessibilidade dos medicamentos, 54,8% dos sujeitos aguardaram mais de 60 dias; e 20,1%, mais que 121 dias. A Tabela 4 apresenta os dados de frequência para períodos categorizados de espera pelo início da vigência da acessibilidade dos medicamentos para asma.

Tabela 4 – Tempo decorrente entre a data de solicitação do processo administrativo em uma unidade do CEAF de um município da região Sul, e o início da primeira vigência da acessibilidade dos medicamentos para asma. Brasil. n=720.

Tempo até início da 1ª vigência	Frequência	
	n	%
Até 30 dias	82	11,4
Entre 31 e 60 dias	243	33,8
Entre 61 e 90 dias	153	21,3
Entre 91 e 120 dias	97	13,5
Mais que 121 dias	145	20,1

Fonte: Elaborada pela autora.

A organização da acessibilidade de serviços de saúde deve considerar as características de seus usuários, permitindo identificar as necessidades e os melhores meios para prover o serviço profissional. A maioria dos sujeitos cadastrados para obter acesso aos medicamentos para

asma, na unidade do CEAf estudada, tem mais que 60 anos. Alguns aspectos, como a estrutura da forma de atendimento e a acessibilidade geográfica, exigem significado diferenciado com a população idosa. A realidade clínica, nesta faixa etária, é também mais complexa, sendo a polifarmacoterapia um fenômeno comum, e os resultados de saúde exibem maior variabilidade e instabilidade.

A função cognitiva está colinearmente associada à literacia em pessoas idosas, e pacientes com baixo nível de literacia têm maior probabilidade de apresentar volume expiratório máximo no primeiro segundo inferior a 70%; de passar por hospitalizações decorrentes do descontrole da asma; de recorrer a serviços de emergências; além de reportar pior qualidade de vida [37]. Na amostra estudada, a probabilidade de se encontrar sujeitos com a função cognitiva em declínio apresentou-se elevada, o que permitiu estimar baixo nível de literacia e desfechos não desejados no tratamento da asma.

Idosos são mais sensíveis aos efeitos adversos de medicamentos, mais sujeitos a comorbidades, à polifarmácia e a interações medicamentosas [38]. O sofrimento e os significados e convicções sobre o tratamento são fortes influências sobre a adesão de asmáticos idosos. As noções da presença da asma somente quando os sintomas aparecem, ou concepções diversas sobre a necessidade dos medicamentos são interpretações marcantes nesta faixa etária [39]. A presença de comorbidades, condição com prevalência aumentada em idosos, pode afetar significativamente o controle da asma [40].

A relação entre o número de processos administrativos e o ano de abertura apresentou associação linear, demonstrando incremento constante da demanda. O preço, o valor financeiro constitui um fator que afeta a demanda pelo serviço de dispensação e pelos medicamentos para o tratamento da asma, pois a natureza pública do serviço e a provisão gratuita dos medicamentos com financiamento do governo estimula a utilização, enquanto custos relacionados a consultas médicas, realização de exames, deslocamento, e a potencial perda de dia de trabalho para acessar esses serviços, representam barreiras à utilização. A qualidade percebida e o conhecimento sobre o serviço disponível também são moduladores da demanda ligados à acessibilidade [41, 42].

Retomando a Figura 4, observa-se um elemento característico de disponibilidade do serviço de dispensação na unidade do CEAf, o qual foi capaz de acolher incrementos anuais da demanda de pacientes, com aceleração superior a 20% em relação à taxa de crescimento do ano anterior. A frequência de unidades dispensadas exhibe crescimento anual análogo, embora deva se considerar que a dispensação foi parcial em

relação ao número de unidades prescritas, o que pode indicar limitação na disponibilidade do produto. Um sistema organizado com medicamentos padronizados, selecionados de acordo com protocolos clínicos adequados, com profissionais que realizam diagnóstico, prescrição adequada e dispensação dos medicamentos, permite que a necessidade sentida pelos sujeitos com asma seja expressa, e resulte no uso dos serviços e dos medicamentos. Entretanto, a aquisição desses medicamentos é responsabilidade da gestão estadual do SUS, o que, por vezes, dissociou a disponibilidade do serviço da disponibilidade do produto.

Embora não seja razoável considerar a demanda observada como infinita, não há evidências de arrefecimento de sua aceleração. Nesse sentido, o longo tempo de espera entre a solicitação para abertura do processo e o início da vigência do tratamento pode ser a manifestação de um fenômeno de saturação da capacidade de oferta dos serviços necessários para garantir a acessibilidade dos medicamentos aos pacientes com asma. Outro aspecto desse fenômeno é o atraso potencial nos tratamentos, que pode resultar em estado de crise e na necessidade de uso dos serviços de urgência e emergência, com consequências para o paciente, além do aumento dos custos para a sociedade.

A tendência de crescimento da demanda mostra associação com o número de unidades de medicamentos dispensadas para asma. Entretanto, observa-se discrepância entre a tendência de crescimento da demanda e de unidades dispensadas. Esse elemento empírico corrobora o modelo teórico de uso de serviços de saúde, que explica a influência da organização e do financiamento tanto sobre a acessibilidade quanto sobre o acesso aos medicamentos [6, 8].

O crescimento anual do número de processos abertos para obter medicamentos para o tratamento da asma, na unidade do CEAF; do número de unidades de medicamentos dispensadas; e do financiamento central do CEAF (Figura 4, já exposta) pelo Ministério da Saúde são elementos das características contextuais, especialmente os fatores capacitantes, “organização” e “financiamento”, do sistema de saúde, postulados no modelo de uso dos serviços de saúde [6, 8], como características moduladoras do uso dos medicamentos.

O esquema farmacoterapêutico mais frequente na unidade do CEAF foi a associação de budesonida e formoterol que, em consonância com o conhecimento atual da fisiopatologia, é baseado no uso continuado de anti-inflamatório corticosteroide inalatório associado a broncodilatador de longa ação. Nas renovações dos processos administrativos, realizadas entre fevereiro e julho de 2014, quase a

totalidade dos pacientes tinham a prescrição desse esquema, evidenciando a uniformidade da conduta terapêutica, proporcionada pelo PCDT. O salbutamol é empregado como medicamento de alívio, por seu efeito broncodilatador de curta ação, porém sua dispensação foi descentralizada às unidades básicas de saúde em 2015. O ajuste da terapêutica deve visar o uso das menores doses necessárias para a obtenção do controle da doença, com isso reduzindo o potencial de efeitos adversos e os custos [28, 30].

Os dados indicam uma lógica de organização do sistema de saúde no município, caracterizada pela atenção à saúde especializada das pessoas com asma, baseada em registros de dois hospitais e uma policlínica, no processo de cuidado provido por apenas quatro pneumologistas para um universo de 857 pessoas (83,5%) na abertura do processo administrativo, e, para cerca de 60% dos pacientes, na sua renovação.

A organização voltada ao cuidado especializado, extremamente concentrada em termos da oferta do serviço assistencial médico, com pouca participação da atenção básica, pode representar uma barreira de acessibilidade para o cuidado da asma no município. Esse quadro é convergente com princípios do modelo biomédico da atenção à saúde, hospitalocêntrico, com valorização das especialidades e do uso de medicamentos. Apesar da importância do uso de medicamentos, a fundamentação do SUS pressupõe uma concepção de saúde mais ampliada, que envolva aspectos socioculturais do sofrimento, e promova o cuidado integral do cidadão e da comunidade.

O PCDT da asma [28] não exige consulta com especialista para preenchimento do laudo de solicitação de medicamento e da prescrição na renovação do processo. Entretanto, mesmo nessa fase, a frequência de encaminhamento pelos pneumologistas disponíveis é muito elevada, apesar de consultas com especialistas e de exames de maior complexidade, que apresentam disponibilidade restrita. A exigência da renovação do processo, trimestralmente, provocou o aumento da participação da atenção básica no processo de cuidado, porém, ainda com menor expressão que a atenção secundária.

Verifica-se que os pacientes asmáticos brasileiros têm um baixo controle da doença. Nessa diretriz, a maioria dos sujeitos acima de 40 anos têm asma controlada apenas parcialmente ou descontrolada, e, em cerca de 50% dos episódios de crise, recorrem ao hospital ou ao serviço de emergência. Essa condição exige o monitoramento mais intensivo, de forma a aumentar a adesão ao tratamento e os níveis de controle da asma [43, 44]. Tais necessidades são pouco exequíveis em um sistema

desenhado para o cuidado especializado, como confirma a realidade encontrada neste estudo.

A acessibilidade, no que tange ao âmbito organizacional, está ligada ao processo do usuário de se adaptar a essa organização. Tal situação envolve a relação entre a forma como os serviços se estruturam para receber as demandas, e os critérios de aceitação dos usuários [14]. O modelo estruturado tende a fomentar a utilização dos serviços de urgência e emergência, e associar o cuidado no tratamento da asma à posse do medicamento, uma vez que os aspectos da acessibilidade modulam a capacidade de as pessoas em necessidades usarem os serviços de saúde ou insumos terapêuticos [6], de acordo com princípios teóricos que se traduzem em itinerários concretos nas realidades clínicas.

Embora a natureza dos serviços organizados seja pública, estruturada pela articulação das três esferas de gestão do SUS, o perfil assistencial é complexo e de natureza biomédica, considerando-se que a amostra estudada era composta, principalmente, por pessoas de perfil etário idoso, usando, majoritariamente, a associação de budesonida e formoterol para o controle da asma. E mais, considerando que, nesse caso, a acessibilidade dos medicamentos para a maioria dos pacientes ocorre por encaminhamento de pneumologistas, atuando em serviços ambulatoriais de policlínicas e hospitais do município, e que, mesmo a renovação do processo administrativo, que poderia ser encaminhada por médicos da atenção básica, era realizada majoritariamente por especialistas.

Essas características dos serviços relacionados ao cuidado da asma podem limitar a acessibilidade dos medicamentos, ao comprometer a capacidade de atendimento das demandas estabelecidas ou, ainda, das necessidades não expressas. A relação dos fatores capacitantes de organização e financiamento é evidenciada na oferta dos serviços, na disponibilidade dos medicamentos, e no atendimento, por vezes deficitário, à demanda organizada, conforme previsto, teoricamente, por Andersen e Davidson [8], em seu modelo comportamental do uso de serviços de saúde.

As informações obtidas nesta pesquisa podem subsidiar a tomada de decisões, contribuindo para a melhoria da gestão da Assistência Farmacêutica e das políticas públicas de saúde, no que tange à organização e à estruturação do serviço, na informação e orientação a outros profissionais de saúde, bem como na qualidade de vida do paciente asmático. A falta de dados socioeconômicos dos sujeitos da pesquisa impossibilitou aprofundar alguns aspectos da discussão e constituiu uma limitação a este estudo.

4.3 EXPERIÊNCIA DO USO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES COM ASMA

Nesta etapa, visou-se compreender o conhecimento experiencial de pacientes em farmacoterapia da asma, cujo conteúdo está no plano individual da consciência, e revela elementos alheios ao campo do conhecimento profissional e científico. Nesse sentido, o objetivo foi analisar a experiência de uso de medicamentos, a partir do conhecimento experiencial de pacientes com asma.

4.3.1 A doença e a relação com o uso de medicamentos

A maioria dos sujeitos relacionou a origem da doença a diferentes convicções ou experiências como as questões hereditárias, o tabagismo, as condições laborais, a ocorrência de outras doenças (pneumonia, fibrose cística, resfriado, bronquite e problemas no estômago); ou, ainda, condições como “friagem”. Alguns relataram identificar o início da doença na vida adulta, enquanto os demais indicaram os primeiros anos de vida ou, ainda, durante a infância. A farmacoterapia foi associada às lembranças da doença ou ao seu agravamento, como indicado na citação a seguir.

Eu tenho desde criança bronquite. Virou em asma brônquica, na adolescência. Daí comecei o tratamento, tinha uns dezessete anos... Desde criança eu vivia no hospital, com crises. Eu tomava aqueles remédios que eles dão nos postinhos... [DEF, F, 31 anos]

A experiência do uso de medicamentos ajudou a compor os significados relacionados à doença. Esses temas foram associados aos aspectos culturais de construção dos sentidos do sofrimento (*illness*) e da realidade clínica do sujeito [45, 46], e foram codificados com os fatores predisponentes “crenças” e “aspectos sociais”, a partir do modelo de Andersen e Davidson [8]. O desenvolvimento de asma, tardiamente, continua sendo um tema elusivo na compreensão da doença, com a associação de diversos fatores de risco, entre os quais tabagismo e rinite alérgica [47].

Mesmo em tratamento, sintomas de asma não controlados ou parcialmente controlados foram referidos, considerando a análise dos

parâmetros propostos pela Global Initiative for Asthma [27] autorreferidos. A presença de sintomas diurnos e de despertares noturnos, a necessidade de medicamento para alívio e a limitação da atividade devido a asma, nas quatro semanas anteriores à entrevista foram relatadas. Apesar disso, alguns participantes discordaram da atribuição do descontrole ou controle parcial, justificando, pela experiência vivenciada anteriormente ao tratamento, com sintomas e sofrimento muito mais acentuados. A citação a seguir traz o discurso de um participante classificado como não controlado [27].

...então o médico me considera como [asma não controlada] moderada, pra mim, eu considero... controlada [asma], convivo bem, porque daí eu tomo a medicação, aquilo alivia, e pronto, já abre[vias aéreas], tu continua com a tua vida normal... [LMAA, F, 42 anos]

O salbutamol e o formoterol são classificados como agonista beta-2 adrenérgico e, de acordo com o código ATC do WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology [48], o salbutamol (de curta ação) é usado para aliviar a crise de asma. Para o controle sistemático da doença usa-se o formoterol (broncodilatador de longa ação) e a budesonida, classificada pelo ATC, é usada como anti-inflamatório glicocorticoide.

Embora a descrição demonstre que os participantes minimizaram a condição de sintomas, parcialmente controlados ou não controlados, a percepção sobre o controle da asma pode relacionar-se às expectativas dos sujeitos com o tratamento, as quais variaram entre os participantes, o que pode acomodar a admissão de um determinado nível de intensidade e frequência de sintomas, cuja presença seja considerada normal. O sofrimento anterior ao tratamento, superior em intensidade e frequência, foi associado à valorização da redução dos sintomas e do caráter aversivo experienciados nos estados pré-tratamento. Adams, Pill e Jones [49] discutiram as dificuldades relacionadas à identidade do paciente diagnosticado com asma, como forma de explicar a rejeição da classificação de sua condição como não controlada ou parcialmente controlada, em função da reconciliação com sua identidade social, particularmente na perspectiva do papel social identificado à asma (*sickness*) e, no contexto do tratamento, muito associado às convicções sobre a natureza do seu problema e aos significados da experiência do uso dos medicamentos.

4.3.2 Manejo do uso de medicamento para tratamento da asma

Nos discursos dos entrevistados, foram recorrentes os relatos do uso frequente de medicamento indicado para alívio da exacerbação dos sintomas, a antecipação ou o aumento da dose dos medicamentos controladores, em alguns casos, usando-os continuamente como medicamento de alívio (incluindo os participantes com sintomas considerados parcialmente ou não controlados, e aqueles considerados controlados).

Houve também a descrição do uso de recursos adjuvantes no controle de sintomas, como a inalação de soro fisiológico, a interrupção da deambulação, o exercício de respiração profunda e a elevação dos braços acima da cabeça.

...de vez em quando eu faço [uma dose do medicamento controlador] de manhã, mas mesmo assim de tarde dá uma atacada, daí vou lá e faço [uma dose de medicamento controlador] quando tá atacado. [DWS, M, 18 anos]

Quando ela vem forte mesmo [ao se referir a crise de asma], que ataca a respiração, faço... inalação. Quando está mais fraco, eu tomo só os remédios [ao se referir aos medicamentos controladores], mas quando vejo que está muito atacado assim, daí eu faço [inalação no domicílio]. Eu faço com soro, com Berotec® e Atrovent®. [MAV, F, 79 anos]

Alguns participantes relataram nunca ter se esquecido de usar o medicamento na posologia indicada. Entre aqueles que admitiram já ter esquecido alguma dose, alguns relataram que a exacerbação dos sintomas os fizeram lembrar-se de administrar, enquanto outros declararam não ter observado consequências da falha de uso.

Eu senti dificuldade [de respirar], eu tenho que usar ele [medicamento]. Eu não posso ficar sem. De repente tu esquece ou uma coisa assim. 'Tu esqueceu' de tomar, mas daí eu já percebo, e tenho que usar ele [medicamento]. Eu sinto [ao se referir à necessidade]. Eu não posso ficar sem [usar o medicamento]. [RHT, F, 40 anos]

As razões para pacientes usarem medicamentos, conforme a prescrição médica ou não, têm sido uma questão destacada como objeto de pesquisa. Observou-se que o manejo da farmacoterapia da asma entre os entrevistados foi expresso com discursos que indicaram maior flexibilidade no cumprimento do regime terapêutico prescrito, e com discursos que apontaram adesão mais rigorosa ao tratamento. Os comportamentos classificados como flexíveis foram agrupados em categorias relacionadas às influências exercidas sobre o manejo da asma, conforme exposto no Quadro 4.

Quadro 4 – Comportamentos expressos em discursos sobre a adesão mais flexível à farmacoterapia da asma entre os sujeitos participantes da pesquisa.

Categoria	Descrição	Nº
Ajuste posológico	Aumento ou redução de unidades posológicas ou na frequência de dosagem do medicamento controlador.	9
	Alteração do horário de administração, antecipando uma dose do medicamento controlador.	2
	Uso contínuo do medicamento indicado para alívio de sintomas, dissociado dos episódios de crise.	1
Falha de cumprimento	Falha no cumprimento posológico ou incorreção na técnica de uso do dispositivo de administração.	2

Fonte: Elaborado pela autora.

A categoria de ‘ajuste posológico’ exhibe um comportamento individual de maior autonomia, na qual o uso é modulado pela experiência dos sujeitos e reflete ações deliberadas. A categoria ‘falha de cumprimento’ evidencia um menor nível de controle pessoal do processo terapêutico. Ao considerar que a adesão consiste na convergência entre uma prática pessoal e as recomendações de um prestador de cuidados de saúde sobre um regime terapêutico [50], a divergência, que caracteriza a falta completa ou parcial de adesão, representada, empiricamente, pela flexibilidade no uso dos medicamentos para tratar asma, tem suas raízes associadas à experiência dos sujeitos em lidar, socialmente, com suas realidades clínicas, e às decisões, no dia a dia, do viver com asma.

4.3.3 Ajustes posológicos na farmacoterapia da asma

Dentre os fenômenos identificados, a condição de ajustar a dosagem do medicamento ficou evidenciada nos discursos dos participantes. A percepção dos sujeitos em relação à necessidade de uma dose maior de medicamentos apresentou conexão com as experiências de sofrimento, ligadas ao desconforto e às limitações de atividades cotidianas. A antecipação da dose de um esquema terapêutico também foi relatada para, na perspectiva do sujeito, manter o efeito do medicamento ou mesmo, para adequar o uso a sua rotina.

...eu uso essas mesmas medicações, às vezes mais, às vezes menos [ao se referir as dosagens dos medicamentos], porque têm doses ali da budesonida [medicamento de controle] que a gente pode diminuir... ou aumentar de acordo com as crises que tu tem né, pode chegar até 1.800 microgramas diárias, no momento eu estou usando 400 [mcg] de manhã e 400 [mcg] à noite... [LMAA, F, 42 anos]

Um de manhã e de noite [uso prescritos de uma dose por período indicado], mas quando tá muito apurado, às vezes apressa muito, ataca, eu faço de manhã e de tarde, senão eu faço só de manhã, os dois [medicamentos budesonida+formoterol e salbutamol]. Que é pra segurança, né. Porque um só [um frasco de budesonida+formoterol] não tava dando mais. [MGA, F, 75 anos, dose do medicamento prescrito uma vez ao dia]

O medo de novos episódios de exacerbação dos sintomas, a partir dessas experiências, modula o comportamento de usar o medicamento de alívio de forma contínua. Pacientes avaliam os benefícios de seus medicamentos e decidem sobre o seu uso com base, entre outros, nas mudanças de seus sintomas e em suas preferências, o que inclui usar o medicamento para alívio dos sintomas diariamente, ou o medicamento controlador guiado pela presença dos sintomas [51].

Eu usava direto [ao se referir ao salbutamol]. Tinha que usar. Se acontecesse de eu não usar num dia, no outro dia já ameaçava a falta de ar. [RB, F, 57 anos]

Em contrapartida, têm-se a redução da dose do esquema terapêutico, que pode estar associada a uma estratégia de enfrentamento da doença, na busca do desejo de “curar-se”, ou, ainda, de minimizar as mudanças na rotina provocadas pelo tratamento. Outro aspecto relatado, que motivou a redução, estava relacionado à acessibilidade dos medicamentos, quando os sujeitos experienciaram a falta de medicamentos e previram novos episódios de indisponibilidade.

Eu tomava três vezes no dia, daí fiquei melhor, daí fui abaixando, abaixando... pra ver se parava de tomar. Na última vez que eu fui [consulta médica], bati raio x e tudo, ele [médico] disse ‘nossa, tu tá melhor do que nós’. Nunca mais me deu [crise de asma]. Nem sei mais o que é tosse, não me deu mais falta de ar, chiado. [ACM, F, 76 anos]

Eu já fiquei um tempo sem medicação, porque não veio [ao se referir à indisponibilidade do medicamento na unidade do CEAF]. A sorte que antes, quando eu comprava, eu economizava [dosagem do medicamento], tomava só meio [metade da dose do esquema terapêutico], agora tenho um mês guardado em casa, daí quando falta lá [unidade do CEAF], em vez de tomar dois eu tomo um [uma dose uma vez ao dia], porque nós não temos condições de comprar, não fico bem normal, mas tem que aguentar né, melhor do que passar sem nada. [JCS, M, 62 anos]

A redução da resposta biológica do uso dos corticoides em idosos é um fenômeno prevalente e pouco estudado, podendo ser um fator relevante nas variações de comportamento, encontradas nos discursos dos sujeitos [52]. Essa característica pode explicar o aumento de dose e frequência em busca de uma resposta mais satisfatória. Dúvidas sobre a segurança do uso do medicamento, ou crenças sobre o medicamento de

alívio funcionar melhor que o medicamento controlador, podem motivar alterações posológicas [51].

A acessibilidade dos medicamentos é determinante para o tratamento adequado da asma [53]. A disponibilidade é um fator capacitante do uso, intimamente relacionado ao financiamento [8]. A experiência de usar uma dose menor do que a proposta pelo esquema terapêutico para resguardar a disponibilidade futura projeta um estado percebido melhor, ao comparar a alternativa de não ter o que usar.

4.3.4 Falha de cumprimento no regime terapêutico

A percepção de sujeitos de que não foram orientados em relação ao esquema terapêutico proposto pelo médico traduz falta de conhecimento, de informação e de entendimento sobre sua doença e tratamento, sem que se possa afirmar o fator determinante desta condição.

Deve fazer uns três anos ou mais [que usa o Tiotrópio], não explicavam como é que é [como usa]. O médico podia explicar né. Ainda ele falou lá [atendente do serviço de dispensação], que tem que soltar bem o fôlego, soltar bem o fôlego pra daí usar o remédio. [JSB, M, 79 anos]

O uso inapropriado dos dispositivos inalatórios foi observado em 45% dos pacientes de um estudo. Esse fato foi associado a fatores como a falta de ação educativa e de acompanhamento profissional regular, e trazendo consequências como o controle inadequado da asma [54]. No contexto estudado, isso pode indicar a necessidade de melhor acompanhamento dos pacientes com asma na atenção básica.

Os discursos dos participantes do estudo indicaram a existência de diferenças e especificidades nos comportamentos dos sujeitos em tratamento de asma em relação à experiência do uso de medicamentos. Tais comportamentos decorrem da singularidade de cada indivíduo, de como ele lida com as mudanças produzidas pela doença e pelas modificações de comportamento que o tratamento exige.

A experiência, em relação ao uso de um medicamento, agrega ao paciente valores e significados, no contexto da percepção das alterações em seu estado de saúde derivados da asma, e do alívio da sintomatologia obtido com os medicamentos. O sujeito constrói seus próprios conceitos para vivenciar a doença, associados às escolhas na tomada de decisões sobre o manejo do tratamento.

Considerando sua natureza, o conhecimento experiencial é, como propriedade do indivíduo, imperecível, autodeterminado, pragmático, voltado ao momento e holístico [55]. Nesse sentido, as ideias expressas pelos sujeitos sobre a experiência do uso de medicamentos para tratar asma, seus julgamentos e suas decisões são baseadas em resultados concretos e observáveis, englobando o fenômeno como um todo, dentro do que é possível ao sujeito distinguir e perceber. Os provedores de cuidados deveriam evitar ver certos aspectos desses conhecimentos como meros conceitos errados a serem corrigidos pela *expertise* profissional. É necessário concebê-los como estruturas psicológicas consistentes, com valores reais, e que precisam de estratégias adequadas para serem influenciadas, efetivamente, em benefício dos resultados de controle da doença.

A forma como a doença é encarada; o manejo do uso do medicamento; o valor atribuído ao medicamento; a necessidade percebida; a experiência vivenciada em relação à sintomatologia, à dor e ao sofrimento; o desconhecimento de aspectos da doença e sobre o medicamento foram fatores identificados nesta pesquisa, e que influenciam o comportamento de usar medicamentos para o tratamento da asma.

A flexibilidade de uso da dose ou a autonomia em relação ao esquema terapêutico é um comportamento de grande relevância, e sugere a importância de se desenvolver planos de tratamento que permitam que pacientes se envolvam no processo de cuidado.

4.4 AS NECESSIDADES DE MEDICAMENTOS E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO DE PACIENTES COM ASMA

O uso de medicamentos é um fenômeno multidimensional, envolvendo aspectos do sistema de saúde e do usuário para caracterizá-lo, sendo que a simples disponibilidade do medicamento não configura o acesso. Neste estudo, a concepção de acesso é empregada em acordo com a discussão desenvolvida por Soares, segundo o qual acesso é um comportamento do usuário em necessidade e sinônimo de uso de serviços de saúde ou de medicamentos [6]. A necessidade constitui meio adequado para atingir um ou mais resultados, valorizados por pacientes, profissionais ou pelo sistema de saúde [15], sendo que a importância moral de satisfazer uma necessidade se deriva da importância moral do fim que ela origina [56].

Nesse contexto, a necessidade percebida exprime as demandas individuais por medicamentos, envolvendo aspectos relacionados à aceitabilidade do diagnóstico, ao reconhecimento da seleção dos medicamentos e à adequação dos parâmetros prescritos, tendo como referências a realidade clínica pessoal, a necessidade avaliada e o próprio contexto de vida do indivíduo. A necessidade avaliada congrega o julgamento profissional acerca do estado de saúde das pessoas e da definição sobre quais meios disponíveis contribuem mais para atingir a finalidade valorizada [8,15, 57].

Para Kleinman [58], os processos de cuidados de saúde são sistemas culturais e estabelecem relações sistemáticas entre a experiência com os sintomas de uma doença, as práticas terapêuticas reais e a avaliação de seus resultados. O autor chama atenção para as variações encontradas na *performance* das atividades de cuidado, mediadas pela interação do sujeito nos setores sociais dos sistemas de saúde (setores popular, tradicional e profissional), criando diferentes realidades clínicas. A percepção da *illness* pode ser, quanto à natureza ou ao tipo de sensação, composta pela extensão das manifestações, intensidade, frequência; e, quanto a sua severidade, se afeta ou não um órgão ou função vital [59].

Todos os participantes deste estudo expressaram o que se pode considerar formação de necessidades de saúde, da perspectiva de quem sofre ou do sujeito do cuidado, com convicções sobre meio (s) para atingir o que se deseja, como uma condição para o controle da doença e para viver melhor, tendo, frequentemente, a perspectiva médica como referência, e modulando os comportamentos de saúde adotados na trajetória de lidar com a doença e com o processo de cuidado profissional.

As citações, a seguir, ilustram comportamentos relacionados à formação de necessidades de saúde, modulada pela experiência da doença (*illness*) inerente ao papel dos medicamentos. A percepção e o conhecimento sobre o próprio estado de saúde, a presença de sintomas, de dor ou de sofrimento (relação com o desconforto e limitações das atividades cotidianas), a existência ou os resultados de exames (estado da função pulmonar), ou a consideração do diagnóstico médico (avaliação profissional) influenciaram as necessidades expressas pelos participantes. A consideração dos medicamentos, como necessidades, surgiu da relação entre o juízo sobre o próprio estado de saúde e a convicção sobre a contribuição desses produtos para reduzir o sofrimento e o desconforto.

A doença limita em algumas coisas. É triste essa doença... Quando ela vem forte mesmo, que ataca

a respiração, faço... inalação. Quando está mais fraco, eu tomo só os remédios... [MAV, F, 79 anos]

Por isso que eu uso [o medicamento] de manhã e sempre à noite, “pra” controlar já, “pra” não chegar a “atacar” [ao se referir às exacerbações]...Antes [do tratamento] eu vivia internado, agora que descobri a asma... nunca mais me internei... [DWS, M, 18 anos]

O relato dos participantes indicou que pessoas com asma comparam a avaliação do próprio estado de saúde após iniciar a farmacoterapia às suas expectativas em relação ao tratamento. As expectativas variaram entre os participantes, contudo houve uma característica comum, qual seja, a valorização da redução dos sintomas e do caráter aversivo aos estados de menor controle pré-tratamento. Sabendo-se que há uma diferença muito grande na avaliação do sofrimento entre um e outro estado, observa-se a admissão de um determinado nível de sintomas da asma, cuja presença é considerada normal ou natural.

Eu to bem, se não faltar a medicação. Não tenho cansaço, nem falta de ar. Às vezes, acontece de eu me esquecer. Sinto cansaço. Daí eu lembro que não tomei. Daí começa a me faltar ar. [DEF, F, 31 anos]

Hoje eu me sinto muito bem com esse remédio. Ele [medicamento] é ótimo pra mim. É um de manhã quando eu me sinto mal. Eu não tomo assim de “bobeira” [ao considerar sem necessidade]... Conforme eu me sentir mal, eu vou tomar. Mas não quer dizer que eu tomo em horário x. [CSS, F, 48 anos]

Observou-se que o contexto individual, o processo cognitivo e a construção cultural de estratégias e de critérios avaliativos afetaram as escolhas realizadas pelas pessoas e os comportamentos em saúde decorrentes. Em todas as entrevistas, os medicamentos foram valorizados

como fundamentais para o controle dos sintomas da asma (percepção como necessidade), sendo essa valorização importante para a construção do comportamento de práticas pessoais de saúde, porém as decisões sobre o uso e os itinerários pessoais apresentaram-se muito variáveis.

O uso de corticosteroides inalatórios foi interpretado por alguns participantes como menos eficaz, associado à convicção de que não há um efeito imediato perceptível, decorrente do uso do anti-inflamatório. Esse juízo é formado pela não observação empírica da capacidade desse medicamento em aliviar o sofrimento e proporcionar melhora detectável, tal qual é atribuída ao fumarato de formoterol, uma característica valiosa para sua legitimação social, determinante para alguns pacientes não usarem ou diminuir a frequência do uso da budesonida.

A percepção sobre o próprio estado de saúde foi condicionante na decisão de usar um serviço de saúde, em um processo de comparar as alternativas disponíveis (necessidades potenciais) e elencar critérios que modulassem o comportamento. A citação a seguir ilustra a natureza dinâmica da percepção da necessidade, com a análise do melhor meio para alcançar o desfecho desejado, isto é: a continuidade do manejo pessoal dos sintomas empregando os medicamentos ou a utilização do serviço de emergência.

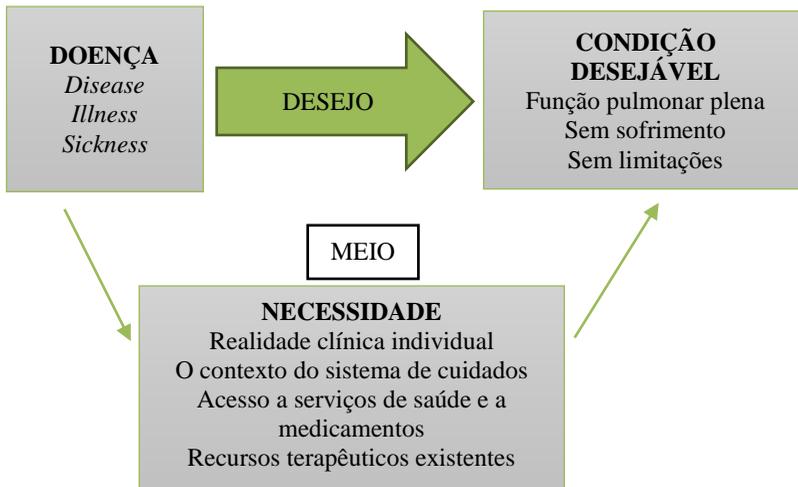
Eu faço inalação em casa. Se eu ver que com as minhas inalações, conforme as doses, não passa [exacerbações], eu tenho que correr [ao se referir ao serviço de saúde de emergência]. Porque daí lá eles colocam no soro. Daí eu corro pra lá. Eu corro para o PA [Pronto Atendimento]. [IS, F, 56 anos]

Na análise da experiência de utilização de serviços e de medicamentos, associados ao tratamento da asma, é útil considerar as necessidades de saúde em um contexto complexo, fundamentadas em princípios teóricos adequados. Eisenberg [60] faz distinção entre “doença processo” e “doença experiência”, analisando os significados das palavras na língua inglesa, que designam o fenômeno doença. A *sickness* (doença) é dimensionada nos termos *disease* (a doença representada como processo biológico) e *illness* (a forma como as pessoas vivem as experiências da doença).

Nessa perspectiva, a experiência da doença conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir [61]. A *illness* é modulada pela cultura

e está imersa “em um complexo nexos familiar, social e cultural”, enquanto a *disease* é a principal abordagem a fundamentar a atuação dos profissionais de saúde, inadequada para lidar com o sofrimento do paciente [58]. Na Figura 5, a seguir, esquematiza-se a correlação das necessidades como meios terapêuticos, no contexto complexo da experiência da doença.

Figura 5 – Representação esquemática entre a relação dos desejos e das necessidades, e a sua caracterização como meios mediadores da busca de fins desejados.



Fonte: Elaborada pela autora.

Ao se considerar o conceito de Willard [15], a necessidade deixa de ser função normativa, estéril de valores, para constituir-se também na perspectiva das pessoas em necessidade. O paciente é uma pessoa com valores, que explicam atitudes, decisões e ações; e as necessidades de saúde não são propriedade ou atributo da pessoa, mas um processo que envolve desejos, percepções e avaliações na escolha do meio para um fim valioso.

Consequências funcionais e sociais constituem elementos importantes na noção dos sujeitos sobre a doença [59]. Na asma, a formação da necessidade é extensivamente ligada ao sofrimento causado pela exacerbação dos sintomas e pelas limitações cotidianas, experienciadas pelas pessoas. Elementos e significados da experiência

pessoal de viver com asma (*illness*) contribuem para a interpretação e compreensão do próprio estado de saúde, e para organizar os comportamentos em saúde.

Kleinman [58] define *illness* como “a doença percebida”, empregando o mesmo adjetivo (percebido) usado por Andersen e Davidson [8] para caracterizar a avaliação individual das necessidades de saúde. No modelo de Wood e Badley [62], a doença é percebida a partir da análise pessoal das limitações funcionais (na asma: volumes e capacidades pulmonares, difusão pulmonar e curva fluxo-volume comprometidos) e das restrições às atividades individuais (dificuldades para completar tarefas domésticas e para realizar atividades cotidianas). Essas incapacidades projetam desvantagens para o sujeito, tais como limitações laborais ou um viver com menos qualidade, e variam em severidade ao longo do tempo, oscilando entre períodos estáveis e processos agudos de crise [59].

A partir dessa perspectiva, a doença não pode mais ser interpretada independente da farmacoterapia, que reforça a percepção do déficit respiratório e de suas consequências na experiência individual de sofrimento, típica da asma. Isso provoca a ressignificação dos medicamentos como necessidades, definindo-os como os meios de maior efeito na redução do sofrimento, causado pelas exacerbações respiratórias (fenômeno “visível” ou compreensível), enquanto secunda o papel da inflamação (fenômeno “invisível” ou incompreensível) ou dos serviços profissionais na realidade clínica que o paciente percebe.

Sintomas e objetivos terapêuticos são, no entanto, construídos a partir do modelo biomédico de atenção à saúde, que define uma determinada universalidade da doença em forma, progresso e conteúdo. Essa estrutura é convergente com o princípio da normalidade funcional, como indicador do estado saudável, e com o comportamento médico, governado pela expectativa na eficácia das medidas tomadas [59, 63]. As diferenças entre a perspectiva profissional e a percepção da pessoa vivendo com asma afetam a formação da necessidade e as transações clínicas decorrentes.

A relativização de eficácia do anti-inflamatório frente ao broncodilatador parece evidenciar a hipótese formulada por Kleinman [58] de que a avaliação da eficácia deve considerar a natureza dual da cura (*healing*), ou seja, um processo que provenha controle para a *disease* e significado para a *illness*. A despeito dos papéis farmacológicos distintos desses medicamentos, a ampliação da capacidade respiratória e a redução dos sintomas associadas ao broncodilatador são determinantes para a percepção e influentes no comportamento de uso do medicamento. De

acordo com Magi e Allander [59], o que governa a escolha é a percepção da utilidade do meio (serviço ou medicamento). Os pacientes podem justificar a não utilização dos medicamentos, mesmo do corticoide inalatório (de uso contínuo sem associação direta aos sintomas), correlacionando-os à experiência da ausência de sintomas [64].

Os significados atribuídos à experiência de viver com asma são fundados em um modelo explanatório da doença (*sickness*), sancionado socialmente, influenciando a necessidade percebida. Nesse sentido, uma abordagem adequada para análise das necessidades de saúde na asma (tanto na prática clínica como na produção de conhecimento) deve incluir a relação entre a experiência individual de sofrimento, as concepções e os valores pessoais, e as concepções, valores e práticas do sistema de cuidados.

As necessidades de saúde de usuários de medicamentos constituem um tema complexo, acenando que novos estudos precisam explorar os aspectos apontados para aprofundar a compreensão de como as necessidades influenciam o uso de serviços e de medicamentos.

4.5 NECESSIDADE POR MEDICAMENTOS: VALORES, DESEJOS E TECNOLOGIAS

Os valores, as percepções sobre o próprio estado de saúde, a experiência sobre os sintomas de uma doença e sobre como o sofrimento se manifesta, bem como a percepção sobre a importância e a magnitude de um problema, que orienta a busca por ajuda profissional, são indicadores da agência do indivíduo sobre a decisão final de uso de serviços de saúde ou de medicamentos. Nesse contexto, a percepção das necessidades de saúde parece exercer influência determinante sobre tais comportamentos.

Ao ser definida como meio adequado para atingir-se um ou mais resultados, valorizados por pacientes, profissionais ou pelo sistema de saúde, a necessidade implica uma escolha realizada por um inevitável juízo de valor [15, 65], relacionando-se, dessa forma, com a perspectiva da existência de um serviço ou de um bem, do qual o sujeito possa se beneficiar [16, 17]. Avaliar necessidades tem o propósito de identificar características e expectativas das pessoas assistidas em um serviço, identificar demandas e permitir a definição de prioridades, e identificar discrepâncias entre a situação desejada e as circunstâncias vividas, com vistas a prover dados que contribuam para a construção das políticas sociais [65].

Esta etapa do estudo objetivou compreender as necessidades como expressões dos sujeitos utilizando medicamentos para o tratamento da asma, e como características do sistema de saúde, analisando os significados e valores atribuídos ao que se considera necessário.

O conceito de necessidade de medicamentos pode ser caracterizado pela análise do componente ‘desejo’ (*wants*) das necessidades, e do efeito da dimensão tecnológica que os medicamentos exercem sobre a avaliação e sobre a percepção das necessidades. Alguns desses aspectos foram ilustrados pelos entrevistados, conforme citação a seguir.

Na realidade, eu consigo controlar [a asma] com a medicação, mas eu não consigo ficar todos os dias sem tomar o remédio, eu tenho asma durante os dias, mesmo com toda essa medicação, eu faço o uso do [medicamento] suporte, tanto que às vezes tem uma bombinha aqui, tem uma aqui, tem uma lá [referência a cômodos da casa], e às vezes eu perco as três e fico desesperada porque fecha tudo mesmo [vias aéreas]... [LMAA, F, 42 anos]

Como se tornou um meio pelo qual nos expressamos no mundo, as tecnologias influenciam a satisfação das necessidades e têm grande impacto na sociedade. Os processos de criação e de satisfação dessas necessidades têm sido complexificados pela importância que os medicamentos ganharam como tecnologia em saúde, assim como por sua aplicação global multifacetada. A associação das necessidades às tecnologias apresenta ambiguidade intrínseca, e desempenha papel central na confusão para discernir necessidades de desejos [66].

Todos os seres humanos têm desejos (associados aos fins: desfechos de saúde, por exemplo), e necessidades (ligadas aos meios para alcançá-los: medicamentos, por exemplo) [56, 67]. Desejos e percepções subjetivas, para Bradshaw [19], são equivalentes ao conceito de necessidade percebida, definida por Andersen e Davidson [8]. Essa abordagem teórica reforça que a utilidade que qualquer meio requer para se constituir como necessidade deve, em última instância, contribuir para a satisfação do desejo das pessoas por uma realidade percebida como melhor. Nesse sentido, nenhuma necessidade é mais valiosa ou prioritária do que o desejo pelos fins que ela instrumentaliza [46].

Nos discursos dos entrevistados, a percepção individual de elementos relacionados à seleção do medicamento, ao dispositivo de

administração e à posologia (dose e frequência), a partir da avaliação profissional da necessidade, contribuiu para modular o uso dos insumos durante o tratamento, a adesão às instruções prescritas, e as decisões sobre continuidade ou interrupção da farmacoterapia, e de quando ou qual serviço de saúde usar. As citações a seguir indicam experimentação de variações posológicas, à revelia da orientação profissional, fundamentada na percepção do estado de saúde, assumindo a redução posológica como aprimoramento da farmacoterapia ou aumento do bem-estar. Variantes desses comportamentos aparecem em diversos contextos.

Mas ele [o médico] disse que não pode parar, porque esse aqui eu tomava três vezes no dia, daí fiquei melhor, daí fui abaixando, abaixando, daí foi para duas vezes e agora faz mais de dois anos que eu to tomando uma vez só... eu fui lá [na consulta médica] e disse que fazia mais de um ano que eu tava tomando só uma vez, ele [o médico disse] 'pois é, mas não voltou, não deu gripe, nem ameaçou o chiado tá bom, mas se ameaçar, volta pra dois [duas doses] por dia'. [ao se referir que diminuiu a dose] ...pra ver se parava de tomar. [ACM, F, 76 anos]

Ele toma certinho, ele toma tudo sozinho. Esse aí [tiotrópio], quando vem, eu que coloco aqui [dispositivo], e, às vezes, ele não consegue virar, daí eu viro e ele toma. Só que agora, eu tava vendo, o médico mandou tomar quatro vezes [ao dia] esse aqui [salbutamol], ele tá tomando só duas [vezes, ao dia]. Se começar a faltar agora no inverno muito ar, ele passa a tomar mais. [CF, M, 86 anos; entrevista realizada com a cuidadora]

A percepção da necessidade envolve as preferências pessoais, que variam conforme o contexto cultural e o tempo, influenciadas pela percepção do meio mais útil ou oportuno em determinada realidade clínica, e pela organização do sistema de saúde. Os discursos analisados exprimiram a sobrevalorização do uso do medicamento, sugerindo a superestimação dos efeitos do produto e a menosprecação dos serviços de saúde, associados ao cuidado da asma.

Não posso esquecer. A bronquite mesmo me faz lembrar. Porque quando eu vou começar [alguma atividade doméstica], já me ataca, eu sou obrigada correr e fazer [administrar uma dose da medicação]... nunca fiquei [sem a medicação], quando eu não pegava [na unidade do CEAF], eu comprava... pra renovar a receita eu vou aqui no postinho, e o médico preenche a receita pra mim. De três em três meses. Agora, consulta também, porque antes só levava lá e o médico preenchia. Agora não, tenho eu que marcar a consulta com ele para ele poder preencher. [MLLG, F, 57 anos]

...quando eu precisei [atendimento médico] eu vou direto no PA [unidade de pronto atendimento]. Eu nunca procurei ele daí [especialista que prescreveu o tratamento]. Porque eu já me acostumei. É mais rápido [no PA]. Pra passar com ele [especialista], eu vou ter que ligar, agendar. Quando eu ficava mal, eu sempre fui para o PA. Era mais fácil e mais rápido também. [IS, F, 56 anos]

Observaram-se, nos depoimentos, manifestações de desejo pela tecnologia, relacionado à utilidade do medicamento e à valorização do estado de saúde experienciado após a farmacoterapia. As referências à eficácia dos medicamentos foram elaboradas pelos participantes com base na observação empírica dos sintomas, na comparação dos estados pré e pós tratamento, e na autonomia alcançada com o uso dos produtos.

Nunca fiquei [sem medicamento], porque eu preciso dele. Eu não consigo. Não sei se isso é psicológico, ou é preciso mesmo. Eu me sinto muito mal. Eu começo a chiar, daí eu já deixo debaixo do travesseiro. [CSS, F, 48 anos]

Eu sempre uso [medicamento] duas vezes por dia, de manhã e de noite. Eu sinto a necessidade, porque se eu levantar assim, que não usar, me esquecer, quando eu venho aqui pra fazer as coisas assim, pronto, daí eu começo a sentir falta de ar. [MAV, F, 79 anos]

Alguns participantes declararam usar os medicamentos previstos no PCDT associados ao brometo de tiotrópio (não padronizado no CEAF). O tiotrópio é preconizado pela Sociedade Brasileira de Pneumologia para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), e sua acessibilidade ocorre como resultado de ação judicial extensiva aos portadores de prescrição de pneumologista, tendo o município como réu. Esses sujeitos têm processos administrativos anteriores à instituição do protocolo para DPOC, em 2014, pelo Ministério da Saúde. Essa situação permite inferir que pacientes com DPOC tinham acesso a medicamentos por meio do protocolo de asma, uma vez que os medicamentos usados são os mesmos. Na citação a seguir, o informante refere a superação do desafio de apreender a técnica de uso do dispositivo do tiotrópio, e indicou usar a posologia de uma inalação, duas vezes ao dia, enquanto a prescrição determina duas inalações, uma vez ao dia, segundo ele, sob anuência do médico.

Esse aqui [tiotrópio] faz 2 anos [que começou a usar], ele é meio 'complicadinho' pra tirar, pra colocar o 'vidrinho' aqui dentro, tem que desmontar ele todo, daí coloca o 'vidrinho' ali [ao se referir a forma de manejar o dispositivo], mas eu aprendi. [SSO, F, 75 anos]

Observaram-se, também, discursos ressaltando aspectos tecnológicos e diferenciando os produtos, construindo a noção de utilidade, com elementos que caracterizam o desejo, que compõe a percepção da necessidade como desejo pela tecnologia.

Eu tinha falta de ar demais. Eu não percebo, porque eu não estou cansado. Mas se eu não tivesse o remédio ou se eu não tivesse tomado uns 2 ou 3 dias, você ia ver minha situação... Eu tenho que me cuidar. E eu não posso ficar sem esse medicamento. Esse frasco branco não posso, de jeito nenhum [ficar sem]. Dois dias se eu ficar sem esse branquinho [formoterol], a asma vai me atacar. O pulmão já pesa... E quando toma a medicação, sente um alívio. [PRS, M, 56 anos]

A ampla diversidade e o avanço tecnológico, experimentados com os medicamentos industrializados, ampliaram o espectro do cuidado

realizado no domínio individual da vida e transformaram o fenômeno da necessidade no campo farmacêutico, requerendo ajustes de concepções para melhor retratar as influências sobre as práticas pessoais em saúde (incluindo automedicação e adesão ao tratamento) e sobre o comportamento de uso de medicamentos.

Os discursos dos participantes desta pesquisa revelaram serem os medicamentos uma forma de individualizar o cuidado, com o indicativo de que os pacientes valorizam a redução da dependência e do ‘controle social’, no contexto da “posição única que profissionais de saúde detêm para influenciar seus pacientes e impor suas convicções” [15]. A inflexão no cuidado, da hegemonia profissional à autonomia pessoal, conflui para as experiências de pacientes, moduladas pela dimensão simbólica da farmacoterapia, que confere liberdade na gestão do cuidado. Mesmo em tratamentos com medicamentos prescritos, as decisões pessoais sobre o uso são cada vez mais relevantes, sendo o comportamento muito influenciado pela dimensão tecnológica dos insumos terapêuticos.

Definir necessidade como um processo estritamente científico de diagnóstico e tratamento é, epistemologicamente, inadequado [15]. Afinal, a utilidade potencial para os desfechos pretendidos deve ser uma propriedade central na definição, empregada, inclusive, para fundamentar as referências normativas no SUS. Como a tecnologia se tornou um dos principais meios pelo qual nos expressamos e pelo qual a realidade humana é revelada [66], os atributos tecnológicos dos medicamentos são essenciais para a compreensão do seu papel como necessidades e de como os desejamos.

O uso de medicamentos como necessidade é fundado na alegada capacidade das ciências biomédicas de descobrir soluções farmacêuticas e insumos tecnológicos por meio da substituição de tratamentos (pela premissa de que a nova tecnologia tem maior *performance* que a antiga) e de sua expansão (aumento da frequência de diagnóstico e do uso da tecnologia, decorrentes do aumento da efetividade do tratamento) [68]. Certamente, isso traz implicações para o sistema de saúde (envolvendo custos e gestão), bem como para os resultados do cuidado, e sobre o modo como nos relacionamos com os medicamentos.

Para Kleinman, Eisenberg e Good [45], a realidade clínica é culturalmente construída e pluralística, e reconhecer as discrepâncias que podem existir na visão dessas realidades entre pacientes e profissionais pode contribuir para a adesão, a gestão dos problemas, a satisfação de pacientes e para os resultados em saúde. A interpretação da realidade clínica influencia os comportamentos de pacientes e o modo como percebem as necessidades, hegemonicamente, de natureza biomédica. Os

estudos que assumem o medicamento como insumo na provisão de cuidados em saúde e reconhecem a natureza cultural da realidade clínica podem incrementar a compreensão sobre a dinâmica do uso [6] e da formação das necessidades nesse contexto.

Associados ao ativismo da indústria farmacêutica para promover, globalmente, estratégias comerciais com medicamentos, os aspectos do consumo tecnológico apresentam uma dimensão ideológica, na qual a “apropriação discursiva das necessidades de saúde dos pacientes como demandas de consumidores em um mercado” contribui para o fenômeno da medicamentação. As estratégias de comercialização podem criar declarações e expectativas falsas sobre a capacidade de os medicamentos serem necessidades [69].

Ressalta-se, entretanto, que “a aplicação da tecnologia é regida não só pela utilidade, mas também pelo nosso ser” [66]. Profissionais de saúde e usuários em necessidade, ao atribuírem significados às tecnologias, podem confundir necessidades e desejos. A generalização do poder da eficácia compõe significados associados à percepção de um poder de cura, próprio dos medicamentos, e conduz a sua apreciação como desejo [70]. No contexto da farmacoterapia, a estrutura simbólica transforma a natureza de ‘meio’ dos medicamentos (necessidade) em ‘finalidade’ das práticas profissionais e pessoais em saúde (desejo).

As naturezas tecnológica e mercantil da budesonida e do formoterol, e a percepção de sua utilidade para mediar a remissão ou prevenir a exacerbação dos sintomas da asma, convertem a formação da necessidade em desejo. A expectativa por um resultado dá lugar ao desejo pela tecnologia em si. Esses significados são reforçados pela característica das linhas de cuidado do CEAF de focalizar a disponibilidade dos medicamentos em detrimento da provisão de serviços de cuidados, no qual o medicamento é uma necessidade potencial.

O desejo, um componente normalmente classificado como mal preditor das necessidades de saúde, vem contribuindo para transformar a relação de pacientes com medicamentos e com serviços de cuidado. No caso da asma, observa-se expressiva superestimação dos primeiros e crescente desconexão com os últimos, prejudicando a efetividade dos medicamentos pelo manejo deficitário do tratamento.

O valor do serviço de saúde é resignificado, adquirindo *status* de necessidade quando o medicamento é insuficiente para alcançar os resultados pretendidos ou quando o tratamento falha. Dada a natureza da asma, em que a falha terapêutica se expressa pela exacerbação de sintomas, o serviço de urgência é citado, inclusive pelos participantes deste estudo, como o meio preferido para alcançar os resultados.

Discussões mais aprofundadas de alguns desses elementos podem ser encontradas em Van der Geest e Whyte e Van der Geest [70, 71].

As noções de saúde e de doença (*illness*) são cruciais para que a necessidade de cuidado e o desejo por saúde sejam adequadamente compreendidos, sem que se reduza a necessidade ao desejo por soluções tecnológicas [72]. Como a necessidade é um elemento condicional, ou seja, depende das circunstâncias a partir da qual se origina [56, 66], as tecnologias têm impacto sobre todas as necessidades contemporâneas [66]. A expressão do desejo foi evidenciada nos discursos analisados nesta pesquisa, relacionando as diferenças tecnológicas entre medicamentos e os resultados produzidos.

A percepção de satisfação da necessidade a partir da obtenção da receita foi recorrente, ratificando o simbolismo da prescrição e indicando a reificação do sofrimento. O valor encontrado por pacientes está relacionado às potencialidades da vida sem ou com baixo nível de sintomas da asma, atribuído, exclusivamente, à eficácia dos medicamentos. A menor heteronomia é outro ativo valorizado, ao obter o desfecho com determinado nível de agência na autogestão da farmacoterapia. Assim, os medicamentos ofertam aos usuários a eficácia e a percepção de maior autonomia, estabelecendo uma relativa emancipação psicossocial, ao custo da dependência tecnológica.

A utilização do medicamento foi também relacionada à gravidade da doença ou ao seu agravamento, sendo que a necessidade de doses superiores ou de maior frequência de administração compõe o repertório de explicação sobre o próprio sofrimento. O medicamento confere base factual ao valor da necessidade, não só pelo reconhecimento de sua utilidade em aliviar o sofrimento, mas também por dar tangibilidade à realidade clínica do asmático, coisificando a experiência do sujeito, no contexto de um sistema organizado de produção e de distribuição do insumo tecnológico em uma realidade mercantilizada [73].

A avaliação das necessidades é considerada mais críveis quando envolve a análise do potencial terapêutico do recurso [18]. Conforme Daniels [74], a objetividade pauta a definição profissional das necessidades. Esse conceito é convergente com os padrões institucionais normativos de Jeffers., Bognanno, e Bartlett [75] e com a dimensão normativa da necessidade de Bradshaw [19]. No contexto estudado, tais referências compreendem a seleção de medicamentos, definida por protocolos nacionais baseados em evidências validadas cientificamente, e estabelecidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS.

A partir da perspectiva de Bradshaw [19], pode-se deduzir o desacordo existente entre os padrões profissional e institucional no CEAF. Como concluiu Adulyanon [18], mesmo dentro dos consensos profissionais-institucionais há variabilidade intrínseca nos julgamentos. Os comportamentos profissionais de prescrição do tiotrópio (acessível apenas pela via judicial) diferem da referência expressa nos PCDT, que disponibilizam, no CEAF, apenas formoterol e budesonida (evidências adicionais dessa variabilidade em Arnlinde et al [76]; Corallo et al [77]; Wilson et al [78]; e Peláez et al [79]).

Um paradoxo epistêmico pode ser, então, discutido, em que profissionais, ao prescreverem medicamentos padronizados, legitimam os critérios de eficácia e segurança que sustentam a acessibilidade racional normativa; contudo, ao prescreverem medicamentos não padronizados, questionam aqueles critérios. Se a evidência científica é o critério objetivo a guiar a escolha, e se a utilidade do tiotrópio é controversa ou não evidente, a decisão de prescrever tal medicamento teria sido fundamentada, portanto, em critérios subjetivos. O juízo de valor, implicado na definição de um medicamento como necessidade, pode se desviar da análise da capacidade intrínseca da tecnologia tida como base de seu fundamento. A eficácia dos medicamentos, ou sua efetividade, nem sempre são os critérios empregados na avaliação profissional, inferindo que há aspectos sociais e políticos na definição da necessidade. E mais, nos termos de Ellul [80], as decisões políticas são subordinadas ao imperativo tecnológico em um contexto de cientificização do Estado, em que as decisões nas políticas públicas são orientadas pela ciência, e esta, por sua vez, está extensivamente implicada com tecnologias comprometidas com a organização da sociedade, e com a relação hegemônica entre capital e trabalho.

Em um estudo que avaliou a congruência entre as necessidades e as escolhas das pessoas, e as práticas organizacionais no manejo da farmacoterapia em idosos, observou-se grande variabilidade no manejo dos medicamentos e atitudes de adaptação em função do contexto, apontando a ‘necessidade’ como um fenômeno dinâmico e construído culturalmente [81].

4.6 NECESSIDADES DE SAÚDE E ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA ASMA

A entrada inicial do indivíduo no sistema de saúde está relacionada ao conceito de acesso, que é uma característica da oferta de serviços,

considerada importante para explicar o padrão de utilização dos mesmos. Trata-se de uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde, relacionada à sua organização [14]. O modelo do Uso Comportamental de Serviços de Saúde enfatiza a natureza dinâmica da utilização dos serviços de saúde, incluindo as influências de fatores capacitantes e das necessidades sobre o uso de serviços de saúde [7, 8], e, por extrapolação, sobre o uso de medicamentos.

A despeito da disponibilização dos medicamentos pelo SUS e de sua eficácia cientificamente observada, o controle parcial dos sintomas ou as crises são prevalentes entre os pacientes. Nessa perspectiva, o manejo adequado da asma está relacionado à formação das necessidades por medicamentos e sua acessibilidade. Nesse sentido, o objetivo deste estudo também se baseou em analisar a relação existente entre as necessidades e as características de acessibilidade dos serviços de saúde, relacionados ao cuidado da asma.

Observou-se, então, que a busca por cuidados em saúde foi influenciada pela percepção e pela avaliação das necessidades. As necessidades percebidas foram expressas como desejo e como convicção sobre os meios mais adequados para alcançar os resultados, e relacionadas a aspectos da acessibilidade dos serviços e dos medicamentos para asma. Os aspectos de acessibilidade, como se observa na citação a seguir, constituem-se fatores capacitantes do uso, como a disponibilidade de serviços e de produtos, o tempo de espera pelos serviços, ou a capacidade individual de pagamento.

Na realidade, há 5 anos eu faço com todos [acompanhamento com médicos] [...] mas eu sempre faço [consulta] com o 2 [médico 2, pneumologista] a cada 3 meses no HI [hospital do município]; então pra mim são vinte e poucos anos que faço a mesma coisa. Eu faço toda consulta, ele pede espirometria, às vezes tá melhor, às vezes tá pior, tem que aumentar as doses. [LMAA, F, 42 anos]

A percepção de necessidade é modulada pela acessibilidade. A paciente MAV (F, 79 anos) relata que, se alguma exacerbação dos sintomas da asma ocorre, procura o serviço de saúde de emergência que fica próximo a sua residência, pois consegue consulta com o especialista com quem faz acompanhamento. Outras citações delinearão o foco dos pacientes na obtenção da receita médica, nas consultas periódicas de

acompanhamento, motivado pela exigência do CEAF, para acessibilidade dos medicamentos. Observa-se a associação do serviço médico ao meio para acessibilidade dos medicamentos, dissociado da provisão de uma prática assistencial de cuidado.

No doutor I [pneumologista] eu vou a cada 3 meses, não por necessidade, é por causa das receitas [para renovação do CEAF] que ele [médico] me dá. Às vezes eu vou lá, ele [médico] me examina, olha lá, mas eu vou lá por causa das receitas. [SSO, F, 75 anos]

Ele [o médico] não cobra a renovação [do processo do CEAF], e daí, junto com a consulta, já tem uma série de exames, sopro, na própria clínica, mas daí a gente paga a parte assim. Ele faz uma série de exames, mas a gente não faz isso, assim, anualmente. Porque, aparentemente, assim ele tá estável, a gente sabe que não morre disso. O médico falou pra mim: “o certo é todo ano você vir aqui, mas se você se sente bem com os remédios, não precisa tomar mais uma dose, pode ficar um ano, dois anos, sem vir aqui”. Ele [médico] falou isso pra mim na última vez que eu consultei com ele, faz dois anos já. [MRP, M, 65 anos]

O sistema de saúde é definidor das necessidades no processo de organização dos serviços. Bradshaw [19] considera a necessidade normativa como aquilo que “o expert ou profissional, administrador ou cientista social define como necessidade em qualquer dada situação”. É sobre as necessidades e os serviços organizados que surgem as demandas, definidas por Jeffers, Bognanno e Bartlett [75], como uma relação funcional multivariada entre as quantidades de serviços que seus membros desejam consumir, ao longo de período de tempo relevante, os níveis de preços de bens e serviços e os recursos financeiros disponíveis.

A organização normativa do CEAF vincula o acompanhamento médico à acessibilidade dos medicamentos, tornando a consulta um fator capacitante ao uso de medicamentos. A premissa que fundamenta a exigência da consulta médica para renovação do processo administrativo é a assunção institucional de que o acompanhamento profissional sistemático é o meio mais adequado para se alcançar os resultados de

controle da asma (necessidade normativa), associada à valorização do cuidado médico, como o único serviço profissional capaz de cumprir o objetivo.

Willard [15] argumenta que a necessidade normativa varia conforme o desenvolvimento do conhecimento e a mudança de valores na sociedade. No contexto estudado, o julgamento do valor das capacidades técnicas dos profissionais envolvidos no cuidado da asma, influenciado pelos limites corporativos do exercício profissional, e daqueles socialmente legitimados, afeta os comportamentos profissionais, e o uso dos serviços e dos medicamentos.

Eu me atendia no HI [hospital], com o doutor que é meu pneumo [pneumologista], há 25 anos, sempre foi aqui no ambulatório do HI[hospital]. Aí, como a empresa [do marido] pagou esse plano pra mim, eu faço [consulta] no consultório dele, e quando eu preciso das receitas [para renovação do processo do CEAF], eu consulto com ele aqui no HI. [LMAA, F, 42 anos]

... eu comecei usar... o Foraseq[®]. Comprado em farmácia. Mesma fórmula desse que eu recebo [na unidade do CEAF]... Eu comprava. O laboratório até me deu um cartãozinho para eu ter o desconto. Esse eu usei algum tempo, até que o doutor 1 disse - “você pode pegar esse [medicamento] lá na farmácia [unidade do CEAF]. [RAC, M, 70 anos]

A consulta com pneumologista foi o itinerário mais recorrentemente, ilustrado, sobre a organização do serviço assistencial para pessoas com asma no município. No serviço de dispensação analisado neste estudo, mais de 80% das consultas, que deram origem aos processos administrativos para asma ou que subsidiaram suas renovações trimestrais, foram realizadas com especialistas, sendo a maioria delas em ambulatórios de especialidades, em uma policlínica e em dois hospitais públicos do município (dado obtido no sistema de gerenciamento dos processos administrativos do CEAF, referente até julho de 2014), embora o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) permita a renovação dos processos ser realizada por médicos generalistas.

O acompanhamento do tratamento por especialista foi caracterizado, por todos os sujeitos, como melhor que o de generalistas.

Alguns participantes destacaram a importância do especialista, pelo fato de ele solicitar a realização de espirometria ou de exames relacionados, indicando a valorização social da especialidade médica e o desejo por esses serviços. Os pacientes valorizam os exames e atribuem a eles uma maior capacidade diagnóstica e de manejo do tratamento.

Essa configuração reforça o caráter medicalizado da atenção à saúde de pacientes com asma no município estudado, no qual se observa a combinação de processos sociotécnicos altamente especializados a recursos tecnológicos físicos sofisticados (exames, medicamentos, ambientes hospitalares), convergindo para a legitimação desse tipo de cuidado como necessidade de saúde. O modelo de Andersen e Davidson [8] estima a influência da organização do serviço (um fator capacitante) sobre as necessidades e sobre os comportamentos de profissionais e usuários, bem como sobre os resultados em saúde pretendidos.

Nesse sentido, o aspecto normativo sistematiza a avaliação da necessidade pelos profissionais de saúde e modula as percepções de necessidade pelas pessoas e famílias, afetando os demais fatores. Como o SUS tem um modelo de gestão descentralizado, embora as diretrizes do CEAF sejam de âmbito nacional, sua organização final ao usuário depende da organização dos sistemas municipais, influenciando os resultados em saúde e os custos de provisão.

Eles me chamam de lá [ao se referir ao serviço onde faz acompanhamento com pneumologista]. Era de 3 meses [periodicidade], mas não me chamaram mais, agora faz uns 6 meses... Pra renovar o processo, vou no posto de saúde. Para ir no pneumologista é só quando eles chamam [no ambulatório, quando há disponibilidade]. [MAV, F, 79 anos]

As narrativas apontaram limitações na capacidade do sistema de saúde local em ofertar os serviços requeridos, especialmente, a consulta com pneumologista e a avaliação espirométrica. Os participantes relataram a própria adaptação, bem como a dos profissionais, à exigência administrativa de consulta médica no CEAF, nos casos em que a sobredemanda produz, como efeito, o resumo da consulta aos procedimentos administrativos requeridos à acessibilidade dos medicamentos.

Essa característica emergiu nas entrevistas associada a um mero procedimento de controle, percebida como uma barreira à acessibilidade, e apontada como desnecessária para alcançar os desfechos terapêuticos.

Para renovar o processo, faço acompanhamento com doutor 5 [especialista]... se não vou direto no postinho, aqui perto. A médica [atenção básica] preenche pra mim. Mas cada vez que eu vou na farmácia [farmácia de dispensação do CEAF], sempre preenche errado. Agora faço consulta com a médica [especialista]. Porque cada vez que eu vinha, levava a folha errada e tinha que voltar aqui. [PRS, M, 56 anos]

A organização do CEAF requer a disponibilização de farmacêuticos nos estabelecimentos de saúde do CEAF para realizar, mensalmente, procedimentos administrativos e sanitários na dispensação de medicamentos, e para renovar, trimestralmente, a sua acessibilidade. Embora o PCDT preconize processos de natureza clínica na atividade dos farmacêuticos, não lhes outorga autoridade para estender a continuidade do tratamento, mesmo de pacientes com controle clínico dos sintomas.

O itinerário traçado pelos participantes desta pesquisa indica pouca articulação do cuidado especializado com a atenção básica. As referências à consulta com o médico de família relacionavam-se à dificuldade para obter vaga com o especialista e ao cumprimento dos requisitos burocráticos; a atenção básica foi associada à baixa resolutividade e à maior possibilidade de preenchimento, incorreto, dos documentos administrativos.

Willard [15] estabelece que a definição do que é necessário envolve atribuir a alguma coisa um significado e, portanto, um valor, que é derivado de sua relação com um fim ou objetivo. Os significados são construídos a partir da experiência individual e familiar com a doença (*illness*); são fortemente modulados pela lógica biomédica da organização do SUS e nos processos sociotécnicos dos profissionais de saúde. Os títulos profissionais, os processos que empregam intensivamente tecnologias físicas (exames e medicamentos) e os discursos técnicos, marcados pela influência da epidemiologia em nossa sociedade, modulam a interpretação da experiência de viver com a asma e de tratá-la, impactando sobre como se percebe a necessidade. O objetivo terapêutico não inclui somente o desejo por um resultado em saúde específico, mas

também os próprios meios (medicamentos, especialistas, exames), que passam a compor o “querer” e provocam a reinterpretação da necessidade.

No que se refere ao uso dos medicamentos, a necessidade avaliada foi expressa pelos sujeitos, na análise das escolhas realizadas pelos médicos no processo assistencial. Os discursos indicaram a influência dos meios terapêuticos escolhidos pelo médico sobre a percepção individual de necessidade de saúde. A necessidade avaliada, além de ser interpretada pelo paciente, é ressignificada dentro do quadro contextual do modelo explanatório pessoal (conforme discutido no item anterior), e usada para reafirmar ou modificar a necessidade percebida, que é valor ativo na modulação dos comportamentos pessoais, na busca de cuidado. O trecho a seguir ilustra essas transações em uma realidade clínica específica.

Comecei a tratar de 2008 pra cá [ao se referir ao tratamento de asma]... Dor no pulmão, dava falta de ar. Daí fui no médico e fiz os exames... ele receitou aquele [ao se referir ao medicamento formoterol] e mandou eu usar também. Quando desse falta de ar, daí podia usar também a “bombinha”. Eu ainda perguntei se eu podia usar os dois. Ele disse: “pode usar, só que aquele [formoterol] de manhã e de noite né, e o outro [salbutamol] durante o dia, se precisasse”. Mas uso de manhã e à noite [salbutamol]. Às vezes, quando ataca muito, meio dia eu uso também. [RB, F, 57 anos]

As instruções profissionais são analisadas pelo paciente à luz de sua experiência com o tratamento e da avaliação pessoal da eficácia. Tem-se, então, um processo dialético, no qual múltiplas influências concorrem para a construção da realidade individual. Nesse sentido, simplificações analíticas podem ser positivas para a realização de pesquisas, visando viabilizar a compreensão de aspectos do fenômeno de uso de medicamentos para tratar asma, inadequadas, contudo, na compreensão do fenômeno como um todo e na prática clínica, onde a realidade social exige sensibilidade diante do sofrimento individual, com pressupostos teóricos abrangentes para compreender uma realidade clínica complexa, além de instrumentos técnico-profissionais apropriados para lidar com essa perspectiva.

As características de oferta e de suprimento e o atributo de acessibilidade dos serviços e dos medicamentos relacionados à atenção à

saúde dos pacientes com asma são intimamente relacionados à demanda pelos serviços e pelos medicamentos, afetando o comportamento de uso da pessoa em necessidade. A oferta e o suprimento influenciam o uso de bens e de serviços [41], constituindo-se, a disponibilidade, uma dimensão da acessibilidade essencial para concretizar a necessidade efetiva e o uso do medicamento.

A acessibilidade dos medicamentos foi expressa pelos participantes como um componente de sua percepção da necessidade, ou seja, além do reconhecimento da utilidade do recurso como o meio para alcançar resultados valiosos, a capacidade de garantir a disponibilidade também influenciou a percepção. Variações na necessidade percebida foram associadas a situações transitórias, em que o medicamento ficou indisponível para dispensação na unidade do CEAF, requerendo desembolso privado individual. A condição de escassez influenciou o uso dos medicamentos, sendo que a redução na frequência de administração em relação à posologia prescrita constituiu estratégia alternativa à baixa capacidade de financiamento e às dificuldades para aquisição por desembolso privado individual, flexibilizando a percepção da necessidade.

Até eu conseguir pegar [ao se referir pelo SUS], eu comprava na farmácia. Com muita dificuldade, mas eu era obrigado a comprar... Às vezes é tão difícil conseguir uma consulta... Às vezes é tão difícil conseguir ir lá no [ambulatório do hospital] H1... Tem que aguardar ligação. Claro, o postinho [unidade básica de saúde] também faz [preenchimento da renovação do processo do CEAF]. Mas alguns médicos. Alguns não querem fazer. Isso acarreta um pouco de dificuldade pra nós, na verdade. Mas é uma regra que a gente vai ter que acompanhar se quiser o remédio. [CC, M, 56 anos]

A existência e a disponibilidade dos serviços (tecnologias sociais) ou dos medicamentos (tecnologias físicas) são cruciais seja para as concepções de necessidade, seja para concretizar o papel mediador da transição de um estado de sofrimento para um de menor sofrimento. Ao se considerar que a percepção de um serviço ou de um medicamento como necessidade produz desejos e demandas, a avaliação profissional e a definição normativa da necessidade fundam o compromisso ético com a

acessibilidade e, conseqüentemente, estabelecem o imperativo moral de garantir a disponibilidade.

No contexto brasileiro, os serviços que dispensam medicamentos do CEAF têm natureza pública, com financiamento estatal, sendo o preço cobrado diretamente do usuário igual a zero. Nesse caso, a demanda apresenta-se inelástica em relação aos preços dos medicamentos, ocorrendo sua variação em função dos suprimentos dos serviços médicos e de apoio diagnóstico, os quais estão sujeitos a episódios de escassez. Em termos teóricos, quanto maior o preço de bens e de serviços de saúde desejados, menor o consumo, devido à limitação de recursos da população. Quando o preço se aproxima de zero, a demanda tende a ser semelhante à quantidade de bens e serviços considerada necessária por profissionais ou normativamente [75]. O suprimento depende da disponibilidade da tecnologia e da capacidade de gestão do provedor [41].

No CEAF, a acessibilidade dos medicamentos é regulada pelos padrões normativos dos PCDT. Em um contexto em que os serviços médicos e os serviços de apoio diagnóstico são também vulneráveis à carência de disponibilidade, os custos associados ao acesso a medicamentos estão ligados aos custos de aquisição desses serviços pelos pacientes.

Um fator a considerar nesse sentido é a complexidade da organização do CEAF, em que: os protocolos são definidos em nível nacional pelo Ministério da Saúde; a aquisição dos medicamentos é responsabilidade dos estados da federação; e a sua dispensação, os serviços médicos e os exames complementares requeridos são providos pela rede municipal de saúde. Outros estudos reconhecem, também, o impacto de políticas públicas, que garantam a acessibilidade dos medicamentos, têm sobre os resultados obtidos no tratamento da asma [82].

Os participantes deste estudo apresentaram alguns fatores que podem comprometer a efetivação de uma necessidade potencial: 1) a complexidade para a abertura de processo administrativo para receber os medicamentos, em função dos requisitos de consultas médicas e exames complementares, além do tempo decorrente entre a entrada do processo na unidade do CEAF e a sua aprovação; 2) a carência recorrente de profissionais médicos, como motivo de atraso ou empecilho à renovação do processo administrativo, e causa de interrupção da dispensação de medicamentos; e 3) as falhas no suprimento de medicamentos, experienciadas por alguns participantes, conjugadas às alegadas limitações da capacidade aquisitiva pessoal e aos preços elevados dos medicamentos.

Sam, Seehan, e Al-Shayea [83] observaram a correlação entre a demanda por um serviço e a condição significativa de pacientes em necessidade em um estudo sobre tratamento ortodôntico. A intensidade e a recorrência das referências feitas pelos participantes à organização dos serviços e às dificuldades encontradas no suprimento desses recursos sugerem a existência de barreiras que podem inibir a demanda de pessoas em necessidade de forma a reduzir sua utilização. A desarticulação entre a oferta e as demandas da população contribui para ampliar as iniquidades, restringindo e fragmentando o acesso aos processos de cuidados [41, 84].

Em relação à organização e às características de suprimento que modulam a necessidade e sua percepção pelo usuário, o que varia é o quanto ou como determinado meio é valorizado por sua capacidade para proporcionar um estado de saúde melhor. Na verdade, não importa apenas a eficácia, importa também as condições existentes para capacitar a utilização. O juízo de valor, descrito por Willard [15], na formação das necessidades de saúde, é construído tendo a organização dos serviços, as estratégias de financiamento, as características de acessibilidade como substrato na experiência da busca e obtenção de cuidado, assim como de uso dos serviços e dos medicamentos.

Todos os participantes deste estudo perceberam os medicamentos como meios para alcançar o controle dos sintomas da asma, o que os fez buscar a provisão alternativa do recurso quando experienciaram problemas de acessibilidade. Os discursos analisados corroboram a propriedade de os serviços constituírem, tal qual definido por Andersen e Davidson [8], fatores capacitantes ao uso de medicamentos e estarem diretamente relacionados às necessidades de saúde.

As necessidades impactam sobre o processo clínico e sobre a organização do sistema de saúde. Já a acessibilidade decorre da organização voltada à oferta de serviços relacionados ao uso de medicamentos para tratar asma, constituindo-se necessidades de saúde. Na organização dos serviços, definem-se as denominadas necessidades normativas, referência institucional que padroniza a oferta e disciplina a demanda, e que, no caso da asma, estabelece a budesonida e o formoterol como referências para o processo de cuidado.

Observam-se tensões entre as necessidades definidas institucionalmente e a sua avaliação pelos profissionais de saúde no tratamento da asma, no contexto estudado. Essas tensões podem impactar tanto sobre a acessibilidade dos serviços e medicamentos, como sobre o processo clínico dos pacientes, e sobre o funcionamento do sistema de saúde. Quando há o reconhecimento normativo de pacientes em

necessidades de determinado serviço ou medicamento, o contingenciamento da provisão constitui um problema moral, ferindo tanto a ética profissional dos trabalhadores quanto a constituição ética do SUS.

Observa-se, também, a combinação de processos sociotécnicos altamente especializados com recursos tecnológicos físicos sofisticados (exames, medicamentos, ambientes hospitalares), que legitimam um tipo de cuidado medicalizado como necessidade de saúde no tratamento da asma, no contexto estudado, reforçando a organização para o diagnóstico e o acompanhamento realizado por especialistas, que empregam exames complexos e prescrevem a “melhor” farmacoterapia, mesmo que envolva medicamentos não padronizados.

A intensidade e a recorrência das referências feitas pelos participantes à organização dos serviços e às dificuldades encontradas no suprimento dos medicamentos e dos serviços ligados sugerem a existência de barreiras, que podem inibir a demanda de pessoas em necessidade, de tal forma que reduz a sua utilização.

5. CONCLUSÕES

A organização dos serviços relacionados à acessibilidade dos medicamentos para asma, na unidade do CEAF estudada, exhibe características do modelo biomédico de atenção à saúde, pois é centrada em serviços assistenciais especializados, mesmo na fase de acompanhamento dos pacientes. Esses atributos podem representar barreiras à acessibilidade dos medicamentos, comprometendo o atendimento às demandas estabelecidas ou ainda de necessidades não expressas.

A necessidade de medicamentos é um construto complexo, tendo sido, no contexto do tratamento da asma, expressa como um meio valorizado pelos sujeitos para atingir o controle dos sintomas da exacerbação, que caracteriza o desfecho desejado pelos pacientes e pelos grupos sociais que compartilham o sofrimento. Assim, a necessidade pelos medicamentos mostrou influenciar os comportamentos dos indivíduos com asma em processo de cuidado, indicando ser um fator relevante para o sucesso terapêutico.

Os significados atribuídos à experiência de viver com asma são fundados em um modelo explanatório da doença (*sickness*), muito ligado ao sofrimento causado pela exacerbação dos sintomas e pelas limitações cotidianas das pessoas, influenciando a percepção da necessidade de medicamentos, e conectando a interpretação da doença ao uso de medicamentos. Uma abordagem adequada para análise das necessidades de saúde na asma (tanto na prática clínica como na produção de conhecimento) deve considerar a relação entre a experiência individual de sofrimento, as concepções e os valores pessoais, e as concepções, valores e práticas do sistema de cuidados.

A autonomia tornou-se um atributo consequente da consolidação do uso de medicamentos, o que, no caso da asma, assim como em outras doenças crônicas, decorre da ampliação da capacidade dos sujeitos de realizarem a autogestão do cuidado. Essa característica está relacionada à natureza tecnológica dos medicamentos, sendo que, no contexto do consumo tecnológico, os medicamentos, como necessidades, contribuem para o fenômeno da medicamentação da atenção à saúde. Paradoxalmente à autonomia proporcionada pelos medicamentos, a dependência tecnológica amplia o desejo e fomenta a demanda.

A efetividade deve ser parte da definição de necessidade, já que a utilização e outros comportamentos dos usuários, além da acessibilidade, interferem nos resultados em saúde, e podem alterar as condições que definem o medicamento selecionado como o melhor meio

disponível para alcançar o desfecho positivo, se o usuário tiver dificuldade de administrar ou de cumprir o regime posológico, ou se ele decidir não usar. Outros fatores que levam à perda de efetividade (tolerância, respostas biológicas inferiores à esperada, reações adversas) podem reduzir o benefício ou eliminar a utilidade do medicamento, extinguindo o *status* de necessidade a ele atribuído.

O estudo mostrou, ainda, outros fatores que constituíram a formação das necessidades, tais como a experiência do uso de serviços de saúde e do uso de medicamentos; o conhecimento/percepção sobre o próprio estado de saúde; sintomas, dor ou sofrimento; a consideração de um diagnóstico médico; o desconforto e a limitação das atividades cotidianas; o resultado de um exame.

Foi possível concluir que a existência da necessidade de saúde está vinculada à capacidade do usuário de se beneficiar de um tratamento farmacológico efetivo e de um serviço de saúde específico, o que envolve, em um contexto sociocultural complexo, a interação entre comportamentos individuais e a organização, além de financiamento dos serviços.

Ao se analisar o desacordo entre o padrão normativo de necessidade e as escolhas realizadas por alguns profissionais, é possível inferir sobre a natureza sociotécnica das necessidades, e refutar a pureza técnica que se pretende atribuir a elas no paradigma biomédico. A efetividade é um parâmetro relevante na formação de necessidades, o que implica considerar a acessibilidade de medicamentos e o uso que os sujeitos fazem desses produtos, que podem afetar intensamente a sua utilidade, e modular sua propriedade como necessidade de saúde. A necessidade de saúde está vinculada à capacidade do sujeito de se beneficiar do uso de um medicamento.

A relação entre acessibilidade e necessidades de saúde emerge da importância dos fatores próprios dos serviços que capacitam os sujeitos a obter o máximo benefício do uso de medicamentos. A formação da necessidade é definidora do que está acessível aos usuários, o que leva a provisão acessível dos recursos ser um imperativo ético ao sistema de saúde.

A compreensão das necessidades de medicamentos e de suas relações com a experiência dos pacientes, com a tecnologia, com os valores sociais e com a acessibilidade coloca em perspectiva o desafio de transformar a organização dos serviços e a atuação dos profissionais de saúde, de modo que voltem seu foco à construção de realidades que permitam às pessoas o desenvolvimento de suas potencialidades.

No CEAF, a acessibilidade dos medicamentos é regulada pelos padrões normativos dos PCDT, em um contexto em que os serviços médicos e os serviços de apoio diagnóstico são também vulneráveis à carência de disponibilidade. Assim, a partir da constatação das dificuldades de acessibilidade relacionadas ao período definido no PCDT para renovação dos processos administrativos, atualmente trimestrais, que geram elevada frequência de utilização das consultas médicas, muitas vezes, meramente para obter os documentos necessários à renovação, infere-se que o alongamento no período de renovação, vinculado à avaliação do farmacêutico dos resultados de saúde dos pacientes, pode melhorar as características de acessibilidade dos serviços relacionados e simplificar o itinerário terapêutico dos sujeitos.

A sobreutilização do salbutamol pelos pacientes, baseada nos sintomas percebidos pelos sujeitos, evidencia uma lacuna no manejo da farmacoterapia da asma. Nesse sentido, a atuação do farmacêutico deve compor a organização do sistema de saúde, associando a presença dos pacientes nas unidades de dispensação mensalmente ao acompanhamento do estado de saúde e à intervenção profissional de forma a ajustar o tratamento, visando aprimorar o acesso e os benefícios produzidos.

Do ponto de vista da assistência farmacêutica, a articulação da garantia do acesso das pessoas aos medicamentos, com o desenvolvimento, pelo farmacêutico, de um processo de cuidado necessário é crucial para a construção de uma prática profissional na clínica farmacêutica e, ao mesmo tempo, socialmente relevante e conectada aos princípios fundamentais do SUS.

REFERÊNCIAS

1. HOGERZEIL, H.V; e MIRZA, Z. **The world medicines situation 2011**: access to essential medicines as part of the right to health. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. BRASIL. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. **Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS., in Diário Oficial da União, 29/04/2011. 2011, Imprensa Nacional: Brasília - DF.
3. ROSANO, A., et al. **The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care**: a systematic review. The European Journal of Public Health, 2013. 23(3): p. 356-360.
4. OLIVEIRA, M.A., BERMUDEZ, J.A.Z e OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. 2007, Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ.
5. ROVER, M.R.M., et al. **Da organização do sistema à fragmentação do cuidado**: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2016. 26(2): p. 691-711.
6. SOARES, L. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos**: modelo teórico e elementos empíricos, in Programa de Pós-Graduação em Farmácia. 2013, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis. p. 249.
7. PAVÃO, A.L.B. e COELI, C.M.. **Modelos teóricos do uso de serviços de saúde**: conceitos e revisão. Cad. Saúde Colet., 2008. 16(3): p. 471-482.
8. ANDERSEN, R.M. e DAVIDSON, P.L. **Improving access to care in America**: Individual and Contextual Indicators, in Changing the U.S. health care system, R.R. Andersen, T. H.; Kominski, G. F., Editor. 2007, John Wiley & Sons, Inc.: San Francisco. p. 3-30.
9. MOURA, P.H.P., SOUZA-MUÑOZ, R.L. de, e CANDEIA, R.M.. **Busca de tratamento por portadores de tuberculose pulmonar**: estudo qualitativo baseado no modelo "comportamento

de enfermo". Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2013. 17(1): p. 19-28.

10. EMMERICK, I.C.M. **Dimensões e determinantes do acesso a medicamentos em três países da América Central**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2011.

11. BERTOLDI, A.D., et al. **Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais**. Revista de Saúde Pública, 2004. 38(2): p. 228-38.

12. MARIN, M.J.S., et al. **Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família**. Cadernos de Saúde Pública, 2008. 24(7): p. 1545-1555.

13. PENCHANSKY, R. e THOMAS, J. W. **The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction**. Medical Care., 1981. 19(2): p. 127-40.

14. TRAVASSOS, C. e MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cadernos de Saúde Pública., 2004. 20(Sup 2): p. S190-S198.

15. WILLARD, L.D. **Needs and medicine**. Journal of Medicine and Philosophy, 1982. 7(3): p. 259-274.

16. ASADI-LARI, M., PACKHAM, C., e GRAY, D. **Need for redefining needs**. Health and Quality of Life Outcomes, 2003. 1(34): p. 1-5.

17. ACHESON, R.M. **The definition and identification of need for health care**. Journal of Epidemiology and Community Health, 1978. 32(1): p. 10-15.

18. ADULYANON, S. **The concept of need in dental care**. Khon Kaen University Dental Journal, 1998. 1(1): p. 2-8.

19. BRADSHAW, J. A. **Taxonomy of social need**, in Problems and progress in medical care: Essays on Current Research, G. McLachlan, Editor. 1972, Oxford University Press: London.

20. BRASIL. **Resolução CNS n. 338**, de 6 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, 20/05/2004. Imprensa Nacional: Brasília - DF, 2004.

21. VIEIRA, F.S. **Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, 2010. 27(2): p. 149-156.
22. BRASIL. **Portaria n. 1.554**, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, 2013. p. 69.
23. SILVA, S.F. da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Ciência & Saúde Coletiva.[online], 2011. 16(6): p. 2753-2762.
24. MALTA, D.C. e MERHY, E.E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. Interface (Botucatu), 2010. 14(34): p. 593-605.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS n. 709**, de 17 de dezembro de 2010. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Diário Oficial da União: Brasília, 2010. p. 99.
26. BRASIL. **Portaria n. 111**, de 28 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPP). Ministério da Saúde: Brasília, 2016.
27. GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, **Global strategy for asthma management and prevention**. 2016.
28. BRASIL. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma**. Portaria SAS/MS n. 1.317, 25 de novembro de 2013. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
29. DATASUS. **Tabnet Epidemiológicas e Morbidade**. Ministério da Saúde: Brasília, 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 de maio de 2016.
30. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma-2012**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2012. 38(Suplemento 1): p. s1-s46.
31. EBERHART, N.K., et al. **Development of a measure of asthma-specific quality of life among adults**. Quality of Life Research, 2014. 23(3): p. 837-848.

32. MELTZER, E. O., et al. **Asthma burden in the United States: results of the 2009.** Asthma Insight and Management survey. Allergy and Asthma Proceedings. 2012. OceanSide Publications, Inc.
33. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010. 2012.**
34. PARRY, K.W. **Grounded theory and social process:** A new direction for leadership research. The Leadership Quarterly, 1998. 9(1): p. 85-105.
35. TORRES, M.K.L., et al. **Análise da utilização da Grounded Theory (Teoria Fundamentada nos Dados) na produção científica brasileira entre 2008-2012.** Revista Brasileira de Pós-Graduação, 2014. 11(24).
36. POUPART, J., et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
37. FEDERMAN, A.D., et al. **Asthma outcomes are poor among older adults with low health literacy.** Journal of Asthma, 2014. 51(2): p. 162-167.
38. YÁÑEZ, A., et al. **Asthma in the elderly: what we know and what we have yet to know.** World Allergy Organization Journal, 2014. 7(1): p. 1.
39. SOFIANOU, A., et al. **Asthma beliefs are associated with medication adherence in older asthmatics.** Journal of General Internal Medicine, 2013. 28(1): p. 67-73.
40. WARDZYŃSKA, A., KUBSIK, B. e KOWALSKI, M. L. **Comorbidities in elderly patients with asthma: association with control of the disease and concomitant treatment.** Geriatrics & gerontology international, 2015. 15(7): p. 902-909.
41. ENSOR, T. e COOPER, S. **Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side.** Health Policy and Planning, 2004. 19(2): p. 69-79.
42. IUNES, R.F. **Demanda e demanda em saúde,** in Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde., S. PIOLA, VIANNA, SM (orgs), Editor. 1995, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 1995.: Brasília. p. 99-122.

43. GAZZOTTI, M.R., et al. **Level of asthma control and its impact on activities of daily living in asthma patients in Brazil.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2013. 39(5): p. 532-538.
44. ALITH, M.B., et al. **Impacto negativo da asma em diferentes faixas etárias.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2015. 41(1): p. 16-22.
45. KLEINMAN, A., EISENBERG, L., e GOOD, B. **Culture, illness, and care:** clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus*, 2006. 4(1): p. 140-49. Reprinted *Annals of Internal Medicine*. 1978.
46. GOODIN, R. E. **The priority of needs.** *Philosophy and Phenomenological Research*, 1985. 45(4): p. 615-625.
47. SONG, W.-J. e CHO, S.-H. **Challenges in the management of asthma in the elderly.** *Allergy, asthma & immunology research*, 2015. 7(5): p. 431-439.
48. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, **Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2015.** 18 ed. 2016, Oslo: Norwegian Institute of Public Health.
49. ADAMS, S., PILL, R., e JONES, A. **Medication, chronic illness and identity: the perspective of people with asthma.** *Social Science & Medicine*, 1997. 45(2): p. 189-201.
50. RICKLES, N.M. **A multi-theoretical approach to linking medication adherence levels and the comparison of outcomes.** *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2010. 6(1): p. 49-62.
51. BENDER, B.G., et al. **Factors influencing patient decisions about the use of asthma controller medication.** *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 2007. 98(4): p. 322-328.
52. BOULET, L.-P. **Asthma in the elderly patient.** *Asthma Research and Practice*, 2016. 2(1): p. 1.
53. CHIPPS, B.E. e SPAHN, J. D. **What are the determinates of asthma control.** *Journal of Asthma*, 2006. 43(8): p. 567-572.
54. AL-JAHDALI, H., et al. **Improper inhaler technique is associated with poor asthma control and frequent emergency**

- department visits.** Allergy, Asthma & Clinical Immunology, 2013. 9(1): p. 1.
55. BORKMAN, T. **Experiential knowledge:** A new concept for the analysis of self-help groups. The Social Service Review, 1976. 50(3): p. 445-456.
56. FRANKFURT, H.G. **Necessity and desire.** Philosophy and Phenomenological Research, 1984. 45(1): p. 1-13.
57. ANDERSEN, R.M. **Revisiting the behavioral model and access to medical care:** does it matter. Journal of Health and Social Behavior, 1995. 36(1): p. 1-10.
58. KLEINMAN, A. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems.** Social Science & Medicine Part B: Medical Anthropology, 1978. 12: p. 85-93.
59. MAGI, M. e ALLANDER, E. **Towards a theory of perceived and medically defined need.** Sociology of Health & Illness, 1981. 3(1): p. 49-71.
60. EISENBERG, L. **Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness.** Culture, medicine and psychiatry, 1977. 1(1): p. 9-23.
61. UCHÔA, E. e VIDAL, J. M. **Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença.** Cadernos de Saúde Pública, 1994. 10(4): p. 497-504.
62. WOOD, P. e BADLEY, E. **Setting disablement in perspective.** International Rehabilitation Medicine, 1978. 1(1): p. 32-37.
63. HELMAN, C.G. **Disease versus illness in general practice.** Journal of the Royal College of General Practitioners, 1981. 31: p. 548-552.
64. GEORGE, M., et al. **Qualitative research-enhanced understanding of patients' beliefs:** results of focus groups with low-income, urban, African American adults with asthma. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2003. 111(5): p. 967-973.
65. PENNINGTON, F.C. **Needs assessment: concepts, models, and characteristics.** New Directions for Adult and Continuing Education, 1980. 1980(7): p. 1-14.

66. RIVERS, T.J. **Technology's role in the confusion of needs and wants.** *Technology in Society*, 2008. 30(1): p. 104-109.
67. WATT, E.D. **Human Needs, Human Wants, and Political Consequences.** *Political Studies*, 1982. 30(4): p. 533-543.
68. CUTLER, D.M. e MCCLELLAN, M. **Is technological change in medicine worth it.** *Health Affairs*, 2001. 20(5): p. 11-29.
69. ABRAHAM, J. **Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions.** *Sociology*, 2010. 44(4): p. 603-622.
70. VAN DER GEEST, S. e WHYTE, S. R. **The charm of medicines: metaphors and metonyms.** *Medical Anthropology Quarterly*, 1989. 3(4): p. 345-367.
71. VAN DER GEEST, S. **Pharmaceuticals in the Third World: the local perspective.** *Social Science & Medicine*, 1987. 25(3): p. 273-276.
72. MORDACCI, R. **The desire for health and the promises of medicine.** *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1998. 1(1): p. 21-30.
73. TAUSSIG, M.T. **Reification and the consciousness of the patient.** *Social Science & Medicine Part B: Medical Anthropology*, 1980. 14(1): p. 3-13.
74. DANIELS, N. **Health-care needs and distributive justice.** *Philosophy & Public Affairs*, 1981. 10(2): p. 146-79.
75. JEFFERS, J.R., BOGNANNO, M. F., e BARTLETT, J. C. **On the demand versus need for medical services and the concept of "shortage".** *The American Journal of Public Health*, 1971. 61(1): p. 46-63.
76. ARNLIND, M.H., et al. **Regional variation and adherence to guidelines for drug treatment of asthma.** *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2010. 66(2): p. 187-198.
77. CORALLO, A.N., et al. **A systematic review of medical practice variation in OECD countries.** *Health Policy*, 2014. 114(1): p. 5-14.
78. WILSON, N., et al. **Drug utilization in patients with OA: a population-based study.** *Rheumatology*, 2015. 54(5): p. 860-67.

79. PELÁEZ, S., et al. **Patients' perspective of barriers and facilitators to taking long-term controller medication for asthma: a novel taxonomy.** BMC Pulmonary Medicine, 2015. 15(1): p. 1.
80. ELLUL, J. **The 'autonomy' of the technological phenomenon, in Philosophy of Technology.** The Technological Condition. An Anthology", R. Scharff, Editor. 2003, Blackwell: Malden, MA.
81. CARDER, P.C., ZIMMERMAN, S., e SCHUMACHER, J. G. **Understanding the intersection of individual needs and choices with organizational practices: The case of medication management in assisted living.** The Gerontologist, 2009. 49(4): p. 463-473.
82. UNGAR, W.J., MACDONALD, T., e COUSINS, M. **Better breathing or better living.** A qualitative analysis of the impact of asthma medication acquisition on standard of living and quality of life in low-income families of children with asthma. Journal of Pediatric Health Care, 2005. 19(6): p. 354-362.
83. SAM, G., SEEHAN, S., e AL-SHAYEA, M. **An Analysis of Correlation between Demand and Need for Orthodontic Treatment among Patients in Prince Sattam Bin Abdulaziz University Dental College Clinic, Kingdom of Saudi Arabia.** Journal of International Oral Health: JIOH, 2015. 7(Suppl 2): p. 40-44.
84. CONILL, E.M., GIOVANELLA, L., e ALMEIDA, P. F. **Waiting lists in public systems: from expanding supply to timely access.** Reflections on Spain's National Health System. Ciência & Saúde Coletiva, 2011. 16(6): p. 2783-2794.

APÊNDICE A – Matriz de Contraste

Apêndice A – Matriz de contraste de cor para definição da amostra por diversificação, empregando variáveis obtidas no sistema de gerenciamento informatizado na unidade do CEAF.

PACIENTE	Sexo	Abert 1	Abert 2	Renov 3	Qtd Mês 1	Qtd Mês2	Qtd Mês 3	Unid Saúde	Bairro	Nat	Espec
A.A.	MASCULINO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	60	60	60	H2	B1	Pública	Pneumologista
A.C.M.	FEMININO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	60	60	60	Privado	B1	Privada	Clinico Geral
A.D.B.	MASCULINO	FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA/FORMOTEROL	7	7	7	H1	B2	Pública	Pneumologista
D.W.S.	MASCULINO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	60	60	60	H3	B5	Pública	Pneumologista
D.A.S.K.	MASCULINO	BUDESONIDA/FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA/FORMOTEROL	1	1	1	ESF	B3	Pública	Pneumologista
D.E.F.	FEMININO	FORMOTEROL	5	BUDESONIDA/FORMOTEROL	7	7	7	ESF	B4	Pública	Pneumologista
C.S.S.	FEMININO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	SALBUTAMOL	BUDESONIDA+FORMOTEROL	60	60	60	H2	B1	Pública	Pneumologista
C.C.	MASCULINO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	60	60	60	H2	B1	Pública	Pneumologista
C.F.	MASCULINO	BUDESONIDA/FORMOTEROL	NÃO	5	1	1	1	H1	B2	Pública	Pneumologista
LS.	FEMININO	BUDESONIDA/FORMOTEROL	SALBUTAMOL	BUDESONIDA/FORMOTEROL	5	5	5	H2	B2	Pública	Pneumologista
M.L.L.G.	FEMININO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	8	8	8	H2	B6	Privada	Clinico Geral
M.G.A.	FEMININO	FORMOTEROL	BUDESONIDA	BUDESONIDA/FORMOTEROL	7	7	7	H1	B2	Pública	Pneumologista
M.R.P.	MASCULINO	BUDESONIDA/FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA/FORMOTEROL	5	5	5	ESF	B3	Pública	Pneumologista
M.A.V.	FEMININO	FENOTEROL	5	BUDESONIDA/FORMOTEROL	2	2	2	Policlínica	B1	Pública	Pneumologista
P.R.S.	MASCULINO	BUDESONIDA/FORMOTEROL	SALBUTAMOL	BUDESONIDA/FORMOTEROL	19	18	18	H2	B1	Privada	Clinico Geral
R.H.T.	FEMININO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	4	4	4	ESF	B7	Privada	Clinico Geral
R.B.	FEMININO	FORMOTEROL	NÃO	FORMOTEROL	7	7	7	H2	B1	Privada	Clinico Geral
R.A.C.	MASCULINO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	60	60	60	Privado	B1	Pública	Pneumologista
S.S.O.	FEMININO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	SALBUTAMOL	BUDESONIDA+FORMOTEROL	60	60	60	Policlínica	B8	Pública	Pneumologista
L.M.A.A.	FEMININO	(FE/SPRAY)	BUDESONIDA	BUDESONIDA/FORMOTEROL	60	60	60	H1	B2	Pública	Pneumologista
J.C.S.	MASCULINO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	NÃO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	60	60	60	H2	B1	Pública	Pneumologista
J.S.B.	MASCULINO	BUDESONIDA+FORMOTEROL	SALBUTAMOL	BUDESONIDA+FORMOTEROL	60	60	60	Policlínica	B1	Pública	Pneumologista

APÊNDICE B – Matriz de Coocorrência

Apêndice B – Matriz de coocorrência gerada pelo software Atlas.ti contendo o cálculo do coeficiente de coocorrência obtido para os códigos relacionadas as citações delimitadas nos textos transcritos das entrevistas realizadas com os sujeitos da amostra. A matriz foi editada para apresentar apenas os códigos com maiores coeficientes.

	AVAN	CREP	EPSR	FINC	ORGC	PCSC	PERN	PPSC	TOTAL
AVAN	0	0,1	0,2	0,1	0,11	0,21	0,26	0,25	1,23
CREP	0,1	0	0,27	0,1	0,1	0,11	0,29	0,31	1,27
EPSR	0,2	0,27	0	0,11	0,13	0,2	0,5	0,54	1,96
FINC	0,1	0,1	0,11	0	0,48	0,18	0,14	0,14	1,24
ORGC	0,11	0,1	0,13	0,48	0	0,19	0,19	0,17	1,37
PCSC	0,21	0,11	0,2	0,18	0,19	0	0,2	0,19	1,28
PERN	0,26	0,29	0,5	0,14	0,19	0,2	0	0,53	2,12
PPSC	0,25	0,31	0,54	0,14	0,17	0,19	0,53	0	2,13

Fonte: elaborada pela autora utilizando o software Atlas.ti.

APÊNDICE C - Roteiro Orientador

Apêndice C- Roteiro orientador da entrevista semiestruturada

Os temas foram abordados nas entrevistas com os sujeitos, empregando-se as referências como elementos guia em cada tema, visando abranger de forma profunda a expressão do discurso correspondente. Não necessariamente esses elementos foram diretamente abordados, pois a medida que o participante manifestava-se incluindo os elementos no tema, nova abordagem era realizada somente se a entrevistadora verificasse necessidade de ampliar ou aprofundar o conteúdo.

Tema	Referência
Doença aguda ou crônica	<ul style="list-style-type: none"> - Episódio doença aguda nos últimos 30 dias - Doença crônica - Evolução da doença - Sintomas relacionados à asma
Serviço de saúde	<p>Consulta médica (doença aguda) / motivo para consultar / motivo de não ter consultado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não possuir plano de saúde; - Não conseguir consulta na unidade de saúde; - Não achou necessário procurar no momento; - Automedicação; - Distância entre domicílio e a unidade do CEAF. - Outro. <p>Local da consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidade pública de saúde; - Unidade privada de saúde; - Ambulatório de igreja ou templo ou organização não governamental; - Outros.

	<p>Local onde o tratamento era realizado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidade básica de saúde; - Unidade de pronto atendimento; - Hospital público; - Hospital particular; - Consultório médico; - Outros. <p>Local que obtinha os medicamentos</p> <p>PÚBLICO – Unidade básica de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidade de pronto atendimento; - Hospital público; - Judicial; <p>PRIVADO – Farmácia comercial;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Farmácia Popular. <p>Consultas médicas para acompanhamento da asma (desde quando) / motivo para consultar</p> <p>Local de realização das consultas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Unidade pública de saúde; -Unidade privada de saúde; -Ambulatório de igreja ou templo ou organização não governamental; -Outros. <p>Frequência da realização de consultas</p> <p>Não realização de consulta médica para acompanhamento da asma / motivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não possuir plano de saúde; - Não conseguir consulta na unidade de saúde; - Não achou necessário procurar no momento; - Automedicou; - Distância entre domicílio e unidade do CEAF.
--	--

<p>Uso de medicamentos</p>	<p>Prescrição ou automedicação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter ou não ter prescrição - Para que situações (agudas, crônicas e asma) - Quais medicamentos - Cumprimento da prescrição <p>Obtenção do tratamento antes da FAE</p> <p>Indicação para iniciar o tratamento (Médico; Dentista; Farmácia; Amigos ou familiares ou vizinhos; Curandeiro; Própria pessoa).</p> <p>Tratamento anterior ao processo de medicamentos da FAE</p> <p>Utilização de outros medicamentos para asma além dos dispensados pela FAE</p> <p>Local que obtém os medicamentos</p> <p>PÚBLICO – Unidade básica de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidade de pronto atendimento; - Hospital público; - Judicial; <p>PRIVADO – Farmácia comercial; Farmácia Popular.</p>
<p>Tratamento não-farmacológico</p>	

Desfecho	<p>O que o sujeito considera ser crise.</p> <p>Episódio de crises de asma após o início do tratamento na FAE</p> <p>Última crise asmática e frequência das crises</p> <p>Serviço de emergência e internação</p> <ul style="list-style-type: none">- Busca pelo serviço- Internação- Local do serviço- Tempo desde o último uso do serviço- Frequência que ele usa o serviço ou fica internado- Quantos meses da última internação por causa de uma crise asmática <p>Como as crises impactam na vida</p>
----------	---

APÊNDICE D – Transcrições das Entrevistas

Apêndice D – Textos com as transcrições dos áudios gravados nas entrevistas dos sujeitos da amostra.

Entrevista 1

AA, 71 anos, aposentado, casado, com ensino médio completo. [Quando questionado se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias] *Gripe, porque é normal com esse tempo. Faz 15 dias. To melhor. Só nessa época de frio, de vez em quando dou uma tossida, é normal.* [Quando questionado se fez uso de alguma medicação, diz que sim, indicado pela esposa, que relata] *“Tomou Vick Pyrena^R. A gente compra na farmácia popular. A gente toma porque é um medicamento que contém paracetamol para febre e para dor também. A gente pergunta para o clínico do postinho se pode tomar, (...) porque tem medicações que a gente não pode fazer uso. (...) A família toda faz uso desse medicamento.”*

[Quando questionado se foi consultado por um médico por causa da gripe] *Não de jeito nenhum.* [Esposa] *“Ele achou que não precisava, porque se acontecesse de ter febre mais contínuo, eu levo ele, no clínico ou geriatra.”* *Eu trabalhei na área da saúde há 32 anos, então eu sei quando é necessário ou não. Na radiologia. Eu sou formado em técnico na radiologia. Me aposentei na área.*

[Quando questionado se tem outra doença crônica] *Só hipertensão. Eu tomo losartana e hidroclorotiazida. São as coisas rotineiras da idade. Isso é normal. Qual idoso não tem problema de pressão. Graças a Deus tenho uma saúde relativamente boa. (...) Só coisas da idade. O resto está tudo certo. Eu tomo um por dia, um de cada.* [Em relação ao medicamento Omeprazol prescrito na receita médica também] *A cada vez em quando, porque eu gosto muito de comida forte, feijoada, e outras coisas, rabada, costela que eu mesmo faço, então são comidas fortes, então para não fazer mal... a gente toma. Mas não é uso contínuo.* [Quando questionado aonde realiza as consultas médicas] *Posto de Saúde (...)* [Quando questionado sobre a frequência que consulta o médico para fazer acompanhamento da hipertensão, responde] *Não tem época certa não.* [Esposa relata] *“Quando tem necessidade a gente vai, devido a idade eles atendem, encaixe, ou quando não tem, a gente vai de seis em seis meses, quando eles chamam para o retorno.” (...)* *Começaram a me chamar de ano em ano. Nesse ano nem me chamaram ainda. (...) Quando eu sinto necessidade eu procuro o posto de saúde. A última vez, faz 5 meses, numa*

queda de pressão. Eu não conhecia o bicho de perto, mas é feio, daí eu fui no hospital (...). [Plano de Saúde] Tenho (...), mas também a gente paga tudo. Tenho um plano, mas pago um percentual. O salário da gente é tão grande, que não dá para fazer isso. Então a gente procura um posto de saúde, é mais prático. Mas fui lá porque o recurso é maior do que o posto de saúde. Eles iam me enviar para outro lado quando o caso é mais grave. Então já fui lá. (...) [Esposa fala] “Daí eu só vou lá para o [hospital credenciado ao plano de saúde] (...) quando é caso de emergência, senão eu prefiro o SUS. A gente conversa mais atenciosamente”.

[Quando abordado sobre a asma] Isso é por causa do cigarro, que eu fumei quarenta e poucos anos. (...) A sequela no pulmão, proveniente do cigarro vai evoluindo aos poucos. Eu tinha uma tosse bem constante, uns 10 anos antes de eu parar de fumar. [Quando parou de fumar] Faz oito a nove anos. [Tratamento] Com “Alennia”^R, faz 2 anos. Antes, eu me tratava com outro pneumo. Mas ele queria que eu usasse aquela bombinha, e eu não me dava bem com aquilo. (...) Eu não levei a sério o tratamento do dr. 1. Aí o município me encaminhou, porque eu trabalhava ainda na época, eu trabalhava no PAM (...) [Pronto Atendimento Médico], eu fazia radiográfica dentária. Eu queria trocar de pneumo, daí me encaminharam para o [hospital] 2, e daí dr. 2 acertou o meu problema. (...) E eu continuo usando permanente. Faz 2 anos. [Quando questionado se tem asma há mais tempo] Tinha. Subia uma escada e ficava ofegante, e uma caminhadinha também, tinha sintomas como falta de ar (...). Antes de fazer o tratamento, uns cinco ou seis anos já tava sofrendo. (...) Eu passava pelo médico, e ele me receitava aquele remédio rotineiro, e melhorava. [Esposa relata] “O dr. 1 receitava bombinha, mas ele não se adaptava.” (...) Eu não me lembro o nome, porque eu nem cheguei a usar. [Esposa relata] “Porque mesmo que ele fizesse, não via resultado, que nem o Alennia^R. O Alennia^R ele faz, mas ele viu resultado nesses dois anos. Porque daí ele caminha, ele sore escada, eu não sinto mais a presença de falta de ar dele”. É um de manhã e um a noite, [conforme o que o médico prescreveu]. E prático, vou viajar, (...) posso levar até no bolso, se eu quiser. Uso normal. (Já esqueceu de tomar alguma dose?) Já esqueci. Às vezes quando viajo, daí eu esquecia de levar. Chegou até sobrar caixas aí. Uma vez eu fiquei dois meses sem pegar, para mim usar aqueles que tinha sobrando. (...) (Quando questionado se sentiu alguma diferença sem o uso da medicação) Nada. Tudo bem. (Quando usa a medicação, o que sente) Nada. Normal. [Esposa diz] “Se sente muito bem”. (...) Quando eu esqueço, não acontece nada. [Em relação a bombinha prescrita anteriormente ao tratamento atual] É desconfortável. Não cheguei a pegar, não cheguei a usar.

Eu não quis usar. [Esposa relata] “Ele comprou e não quis usar, até mesmo porque ele não se sentia confortável e ele tinha que trabalhar. Aí ele sempre esquecia da medicação. Aí não usava e não levava para o trabalho. Não chegou a usar. Daí depois que deu essa crise, que nós fomos imediatamente procurar um médico, e daí pegamos o pneumo, Dr. 2. Ele não chegou a ficar internado. Deu a crise nele, e nós fomos direto procurar o médico. Daí o médico encaminhou para o ambulatório do (hospital) 2. Ele passou pelo clínico, no PAM (...), onde ele trabalhava. Daí deu a crise. (...) Até hoje nós somos acompanhados (...)” [Frequência que faz acompanhamento com o pneumologista] Sempre quando sou chamado, só, a cada seis meses. [Esposa relata] “Se eu precisar, vou levar direto ele para o hospital. Mas como não está sendo necessário, então a gente aguarda o chamado deles. Agora está sendo depois de um ano.” Sempre que eu for chamado, eu atendo o chamado. Mesmo não tendo problema nenhum. [A renovação do processo] [Esposa relata] “Nós fazemos aqui posto de saúde, com o clínico geral. Ele renova o laudo pra nós de três em três meses.”

[Sintomas antes de começar o tratamento] *Falta de ar. A minha respiração era muito pesada. [Como se sente com o tratamento] Normal. Como se nada tivesse. Também sentia dor abdominal, porque quando força a respiração, o diafragma que sofre. A gente faz muita força pra respirar. Agora normal. Posso, eu não digo subir uma subida muito forte, é evidente. Daí a gente fica meio ofegante, isso é normal. Então paro, puxo forte a respiração, daí volto ao normal. [Não tem animais de estimação, cobertas, tapetes] [esposa relata] Tudo isso não tenho na minha casa, mesmo antes do AA ter essa falta de ar (...) porque o AA tem também rinite alérgica (...)* Mas ultimamente dei uma melhorada. Quando eu trabalhava no hospital, o teto do hospital, o forro era de isopor, (...) ambiente fechado, como eu trabalhava, era ar condicionado ou ventilador. Aquele vento circulando constantemente, automaticamente a sujeira cai e a gente ficava respirando aquela porcaria. Então fazia mal, era o caso da minha rinite, que tava sempre aguda. Agora é coisa mais passageira. [Sobre o clima] Não interfere. Eu não noto diferença. [Nesses dois anos de tratamento não teve crise de asma].

[A esposa relata] *“Na verdade ele teve queda de pressão, por causa da losartana, que ele tava tomando um pouco mais, aí o médico disse pra ele, (...) diminuí. Então toma uma losartana por dia só.” Então eu baixei a dose, tomo um só de manhã, e me sinto bem. (E o tratamento da asma) Um santo remédio. Nunca fiz inalação, mesmo quando eu tinha falta de ar.*

[O local de trabalho influenciou na doença] *Influenciou sim. A contaminação é muito grande no hospital. (...) Ali eu tava no meio da baderna. Tudo isso provoca. (...) Cheiro que produto químico desde a limpeza no geral, sala de medicação, sala de gesso... tudo isso provoca piora na saúde da gente. Agora, depois que eu me aposentei, ao poucos foi se normalizando. Só que eu não quero deixar de tomar esse santo remédio. Esse aí pra mim é primordial. Desde a primeira cápsula, parece que me abriu a via respiratória. (...)*

[Como adquiriria o medicamento] [Esposa relata] *“Sempre buscamos na farmácia escola [farmácia de dispensação do CEAF], graças a Deus. (...) Porque tem um bom atendimento. (...) Daí nós compramos só uma caixa, quando ele começou a usar. Depois eu comecei o processo... Daí todo mês. O mês que não precisa, ele vai lá e fala que não precisa.” (...)*

Entrevista 2

A.C.M, 76 anos, feminina, branca, pensionista, ensino fundamental incompleto, viúva. [Quando questionada se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias] *Não. A última vez que eu fiquei mal, faz seis anos, parei lá no hospital.* [Quando questionada se usa medicamentos para alguma doença crônica, não sabe dizer quais os medicamentos, apresenta a receita médica] *Esses aqui eu tomo há pouco tempo, faz um ano e pouco só. [Furosemida] tomo uma [comprimido] por dia; [Captopril] dois [comprimidos] de manhã, dois [comprimidos] duas horas e dois [comprimidos] à noite; e o AAS o doutor aqui do postinho que me deu, mas eu não tomei porque não é ele que tá me consultando, eu dou pra minha filha porque ela tem diabetes, daí eu pego lá e dou pra minha filha, e era pra dizer para os outros “doutor” lá que eu consulto do coração.* [Quando questionada porque não toma o medicamento AAS prescrito na última receita médica] *Porque foi o doutor aqui do postinho que me mandou tomar, não foi o que está me consultando. Nunca tomei. Pra que? Não sei pra que que é, esqueci de dizer para os outros doutores que eu me consulto, mas agora dessa vez que eu for lá, daí eu vou perguntar. Eu tenho medo de me fazer mal, nunca tomo um comprimido, nunca me dá uma dor de cabeça, nem sei o que é um comprimido pra dor de cabeça, nunca tomo remédio assim, só tomo esses porque o médico manda. Aquele doutor duas vezes já que ele errou fazer a receita, tem que tomar um AAS também. E daí eu fui consultar ano passado, daí me esqueci de perguntar, na última vez passada, faz já seis meses que eu fui, daí agora eles [o posto de saúde] vão chamar de novo.*

Me chamaram essa semana, mas daí adoeceu os filhos dele, e ligaram aqui que não tinha [consulta], marcaram pra outra hora. Daí quero ver se não esqueço de dizer né, porque os outros [médicos] não mandaram [tomar o medicamento]. [Aonde adquire os medicamentos que usa] Aqui no postinho. [Aonde faz consultas médicas] Só quando é pra fazer [renovação da receita], mas na outra vez que era pra renovar ele só olhou pra mim assim. Eu não vou consultar, só quando é pra renovar a receita. Agora dessa vez eu nem fui, minha nora foi lá, deu o papelzinho e renovaram, a doutora renovou. Eu me consulto quando to morrendo, eu vou lá. No [hospital] H1. Primeiro eu ia aqui no postinho. Depois me consultei bastante tempo com o doutor 5, que é do pulmão, porque eu sofri de asma. [Quando se sente mal, aonde consulta] Daí eu vou lá com o doutor 5, não sei qual é o nome daquele hospital lá. Daí depois quando eu paguei uma consulta, eu comecei a consultar com o doutor 6, e depois, agora por último, que eu tava deitada na cama, eu não sentia nada, e daí me chamaram e eu não podia me levantar, tava toda mole, mesmo com esses remédios. Daí me levaram lá no médico, me “tiraram a pressão”, minha pressão tinha abaixado tudo, “vamos levar lá para o hospital”, daí me levaram para o hospital H1, daí me tiraram do carro, porque eu não podia caminhar, daí cheguei perto de um doutor que me olhou “tu tá morta mulher?”. Não sei, não sentia nada. Só uns dias eu tava com o pescoço assim doído. Daí eu tomei aquele [medicamento] que me deram no postinho. Tomei um tempo, daí passou, que eu tinha dor de garganta e tudo. Mas a garganta não doía, doía o pescoço. Daí eu tomei aquele remedinho que tem de dois tipos. Esqueci o nome. Daí tomei assim, daí tinha tomado a “Pílula da Vida” [medicação laxativa e purgativa], que eu sempre tomava assim quando me dava febre, que eu achava que tava com a boca queimando, daí eu tomava a “Pílula da Vida”. Tomei os dois, tomei um dia e tomei no outro. Esse era só o remédio que eu tomava, mas agora não acho mais [ao se referir “Pílula da Vida”, que comprava nas farmácias]. Aquilo limpa o corpo da gente, esse remédio é antigo. Daí eu tomei um num dia, e tomei aquele outro, que às vezes me davam ali no postinho, pra garganta. Eles não falaram nada, disseram que era infecção de rim. Fizeram tudo quanto é exame, fiquei quarenta dias [internada], fizeram tudo quanto é exame que nem sei. Eu fiz aquele de puxar o fôlego [espirometria], que da primeira vez que eu fui, eu tava com o fôlego atacado. E nessa última vez que eu fui, que abaixou a pressão e eles disseram que era infecção no rim, eu não sentia nada, não tinha nada com o fôlego, eu tava boa do fôlego. [Quando questionada o que é fôlego] É assim: a falta de ar, desse que é do pulmão. Antigamente que me dava o “chiasso” [chiado]. [Quando questionada se tem asma] Tinha, agora

nunca mais me deu, depois que passei pra esse [medicamento] aqui, que já tá fazendo mais de 7 anos, que eu tenho consulta com o doutor 6. [Tratamento] Por último deu esse aqui [formoterol + budesonida], em 2007. [Formoterol + budesonida busca na farmácia de dispensação do CEAF e o outro compra todos os meses] Daí na última vez que eu fui lá no doutor [pneumologista], era pra ter ido em julho, tá fazendo um ano, tá perto de ir de novo, mas eu não to sentindo nada, ir lá só pra contar pra ele que eu não to sentindo nada. [Faz consulta particular] Mas ele [o médico] disse que não pode parar, porque esse aqui eu tomava três vezes no dia, daí fiquei melhor, daí fui abaixando, abaixando, daí foi para duas vezes e agora faz mais de dois anos que eu to tomando uma vez só. Que daí eu fui lá [na consulta médica] e disse que fazia mais de um ano que eu tava tomando só uma vez, ele [o médico disse] “pois é, mas não voltou, não deu gripe, nem ameaçou o chiado, tá bom, mas se ameaçar, volta pra dois [duas doses] por dia”. [Quando questionada porque diminuiu a dose por conta própria] Pra ver se parava de tomar. Na última vez que eu fui [consulta médica], bati raio x e tudo, ele [médico] disse “nossa, tu tá melhor do que nós”. Nunca mais me deu [“asma”, mas quis se referir a crise]. Nem sei mais o que é tosse, não me deu mais falta de ar, chiado. [Quando descobriu que tinha asma] Acho que tinha uns 60 anos que começou a dar [crise de asma], dava um pouquinho, daí tá no postinho, eles me davam um remedinho, melhorava, daqui a pouco de novo. Dava o “chio” [chiado] e o cansaço, daí eles mandavam eu fazer inalação, eu fazia melhorava um pouquinho, e outro dia dava de novo, mas eu andava muito de noite, sempre saía de noite, no sereno, e agora o doutor 6 disse que não é pra eu andar mais de noite, “e tem que se cuidar com a friagem, porque se não se cuidar da friagem e se der pneumonia, tu não aguenta”. Um filho meu, disse: “mãe vai lá no doutor 6, porque tem pessoas que vão lá e ficam bons, mas tem que pagar”, marquei uma consulta e cada vez que eu vou lá, só marcar. [Desde quando faz acompanhamento com o doutor 6] Tem uma receita do ano de 2007. [Quando questionada se o pagamento da consulta e do outro medicamento compromete o orçamento] Não, a gente economiza né. [Quando questionada se fumava] Não, mas eu tinha o marido que fumava. [Quando questionada se teve dificuldade de usar a medicação no começo do tratamento] Não, é fácil de fazer. [O que sentia quando usava a medicação] Achei melhor. Fui ficando com o fôlego mais comprido, porque quando chegava lá [no consultório], ele [o médico] mandava puxar o fôlego. No começo que eu ia lá, não tinha força pra puxar. Fiz bastante exames. [Última crise] Não sei, acho que faz mais de oito anos. Não deu mais tosse, “roncura” [rouquidão] é difícil. Cada vez que vou lá [consulta médica], ele [médico]

diz “que eu to boa, não tem nada”. [Quando questionada sobre fatores que podem afetar os sintomas da asma, responde que não influenciam]. [Quando questionada o que sente se não tomar a medicação] Não fico sem tomar. Tomo certinho. Esse é para o resto da vida. Não precisa parar.

Entrevista 3

ADB, masculino, 64 anos, branco, casado, aposentado, com ensino fundamental incompleto. [Quando questionado se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias, responde] *Tive, inchou “tudo” as pernas, as duas pernas, e a asma atacou. A asma até não foi tanto, o problema foi ali. Começou, o remédio não tava dando certo. E nada, nada. Daí fui no hospital. Dali, mandou [hospital encaminhou] para o PA [Pronto Atendimento]. No hospital HI eu não fui atendido, porque lá [Pronto Atendimento – PA] tinha mais conforto. Lá fui bem atendido, no PA. E até hoje to bom mesmo, que não tenho mais nada. Ele [médico que atendeu] me deu o remédio certinho sabe. [Esposa relata] “Ele tava tomando os remédios, só que ele estava já há muitos anos, daí não tava fazendo o efeito, daí ela [médica] aumentou a dosagem lá.” Faz uns 20 dias. Agora to muito bom mesmo, acabou aquela “coisarada” que tinha. Inchou tudo. Doía tudo. Deu crise de asma. O médico falou lá, “vou dar um remédio e vai sair tudo isso”. Graças a Deus, saiu mesmo. Eu to contente com aquele problema. Eu tava com medo já. Eu só tenho asma. [Quando questionado se faz outros tratamentos contínuos] Pressão alta eu tenho. Colesterol... [Esposa afirma] “Ele toma bastante remédio”. [Os medicamentos de uso contínuo são adquiridos no posto de saúde, assim como a realização de consultas médicas] Bom demais.(...)[Quando questionado se toma as medicações de acordo com a receita médica] Eu tomei muito errado, há tempos atrás eu tomava remédio errado. Eu não sabia. Eu tomava só esse. E não tomava esse. Depois, que eu tomei, fui melhorando. Agora mesmo, não tem quase nada. Está super controlado. [Quando questionado sobre a asma] Começou isso foi em 2005, dez anos. Desde esse tempo, eu me cuido. [Esposa fala] “No começo não encontrava esse remédio”. A minha família sempre tinha [asma]. A minha mãe. Eu acho que puxa. Minha filha também tinha [asma]. Quantas crises. Quase morri, uma vez, duas vezes. Bem ruim mesmo. Eu ia tomar banho, tinha que sair louco de lá. Trancava tudo. Tinha que ir lá pra fora, pra onde fosse. Até uma vez, fui na casa de um colega meu, meu Deus do céu, acordo meia noite atacado. Sorte que tinha um tanque de água, eu peguei e eu comecei a me jogar água, até que achei um papel, e comecei*

a me abanar, abanar. Até que cheguei no hospital. Fui para o pronto socorro. Daí começaram a me dar um remédio e comecei a melhorar. Mas deu crise mesmo, umas cinco ou seis vezes, bem forte. [Afirma que usou o medicamento errado no começo do tratamento] Sempre de tarde. Pensei que não esquecia. Não fui orientado. Eu esquecia. Depois tava muito gordo, daí atacava mais ainda. Agora, graças a Deus, está bem “mais melhor”. Naquela época, eu tava feio. Agora mudou tudo. Esse remédio é bom mesmo. Tenho [falta de ar], mas é bem fraca. Durmo sossegadinho. Antes não dormia. Incomodava mesmo. Sinto bem tranquilo. O coração meu é grande. Então eu comecei com remédio, daí o médico falou, um dia que eu cheguei ruim lá [consultório médico], ele disse: “meu Deus rapaz”, tava 21 de pressão, “atende ele, ó o coração dele aqui também, mas não esquente a cabeça, quanto tempo faz que tá sofrendo?” Ah, faz mais de 20 anos isso aí. [Esposa relata] “Agora, se sobe a pressão, bem alta, realmente, quando ele tem falta de ar ou muito sufoco, então o coração também não vai o suficiente, onde a pressão sobe, porque às vezes ele esquece de tomar o remédio”. [Nas 4 semanas anteriores, o doente teve: Sintomas diurnos mais do que duas vezes por semana] Sim. [Algum despertar noturno devido à asma] Sim, tem que ficar com a janela aberta. [Necessidade de medicação para alívio mais do que duas vezes por semana] Tomava. Usava aquela nebulização direto. À noite inteira. Abandonei. Agora graças a Deus não precisa mais. [Alguma limitação da atividade devido à asma] Tenho. Esposa relata: “Agora ele está bem melhor. Antes não podia fazer nada”. [Resultado: Sintomas não controlados] A asma já tá controlada. Eu acho que é controlada. Eu não podia fazer nada. Esposa relata: “Em vista do que era antes, tá controlada agora”. Com o tratamento. Antes, três vezes por semana eu tinha que fazer a noite inteira nebulização. Aquilo era direto. Faz dois meses, estragou [aparelho de nebulização]. Eu fui deixando, deixando. Eu tinha medo de atacar. Não vou fazer mais [nebulização]. Frio eu gosto. O calor ataca mais. [Animais de estimação] Não. Nada [ao se referir que não influencia nos sintomas da asma]. O mofo pra mim é um veneno. [Poeira] Não. [Fumaça] Um pouco. O mais é o cheiro de mofo, incomoda bastante. [Quando questionado sobre os cuidados com a limpeza da casa] Ah, sim. [Esposa relata que não usa produtos de limpeza forte, e não tem cortina e nem tapetes na casa]. [Quanto questionado se fumava] Faz vinte anos que larguei, se não já tinha morrido. Fumava até cachimbo. Charuto. Me sentia muito bem. Eu fui no médico um dia, faz vinte anos, fui no médico especialista [pneumologista], fazer exame [espirometria], e lá ele disse: “tá podre cara, tá feio mesmo, vamos fazer um negócio bem bonitinho, negócio seguinte, vou te dar 90 dias pra você

largar do cigarro, começar hoje, hoje...” Fui lá no outro mês e ele disse “agora fique à vontade, se quer fumar, fuma, se você não tem dó da sua vida, eu não posso fazer nada”. Eu larguei de fumar, e foi onde eu melhorei, graças a Deus. Eu primeiro fui lá [consultório do médico] e comprava esse remédio. Foi o doutor 3 mesmo. [Esposa disse] “Ele tava fazendo [acompanhamento] no postinho, daí eles encaminharam, e ele fez uma consulta social [pneumologista] na clínica (...) [clínica privada]”, tava demorando muito. Naquela época foi “pagado” [consulta]. Demorou oito meses pra vim esse remédio de Capital [sede da secretaria estadual que autoriza processo administrativo]. [Quando questionado se faltar a medicação] Vai fazer o que, tenho que ir ali e comprar né. Melhor viver do que morrer. [Com qual frequência consulta o médico] De três em três meses. É pelo SUS [no ambulatório do hospital H1]. [Quando questionado se faz consulta porque sente necessidade ou porque precisa renovar processo do CEAF] Porque precisa. [Esposa relata] “Os dois, porque se ele não consultar com ele [médico], pra ver se o remédio tá dando certinho, ele pode ter uma crise, alguma coisa, então os dois combinaram, a combinação da renovação pra pegar o remédio e ele também tem que passar com o especialista, que é o doutor 3, muito bom o médico. Tem que ir bem de madrugada pra pegar uma vaga. Só que ele é especial, ele chega lá e pega vaga.” Um monte de gente que eu vi lá, eu digo que eu to zerando, eu to bom demais, que bom foi o doutor 3 pra mim. [Sobre o medicamento salbutamol, esposa relata] “O doutor 3 que dá a receita, na Farmácia (...) não pega mais, quer dizer, pega na Farmácia Popular e no postinho”. [Participante afirma que adquire todos os medicamentos que usa pelo SUS] [Quando questionado o que faz numa crise com falta de ar] Uso a bombinha, é mais garantido, eu só faço cedo e de tarde. Tem vezes que eu não faço. Que nem hoje eu não fiz, e to legal. [Internação] Era a cada dois meses. [Esposa diz:] “Ele sempre fica de recuperação, observação.” Faz quatro ou cinco meses, que eu tava bem atacado. Eu trabalhava na Multibrás, trabalhava em vários “setor” lá. Eu trabalhava aqui no meu quadro tinha umas pedrinhas, tinha quatorze pedras, então quando faltava um, a gente trabalhava no lugar. Não fazia mal lá, era tudo bem caprichado. Não me incomodava, o trabalho. [Esposa diz:] “Ele tomava chá, garrafada [para asma], não sei o que lá”, mas nada adiantava. Se Deus quiser um dia vou escapar disso aí, mas tem que tomar cuidado, no frio, tenho cuidado, porque quando é novo é uma coisa, e com a idade nada adianta.

Entrevista 4

CC, masculino, 56 anos, casado, aposentado, com ensino médio completo. [Quando questionado se nos últimos 30 dias teve algum episódio de alguma doença aguda, responde -] *Resfriado. Um resfriado. Tenho, não sei se cabe aqui também, pedra na vesícula. Todos os dias me dói bastante [se referindo a cólica]. Bastante. E aí, quando isso acontece aliada a crise respiratória, daí vou para o corticoide. Você pode ver como é que eu to. Desde quando eu comecei meu tratamento, eu engordei 15 quilos num ano, e não consigo parar mais.* [Quando questionado há quantos dias está resfriado] *Tem umas duas semanas pra três. Desde quando eu tomei a vacina. Já tava meio... Daí joga pra fora... Piorei. To duas semanas bem forte. Amenizando na terceira. E tá sumindo agora. Mas, dor de cabeça, eu não to legal ainda. Sempre que eu tomo essa injeção eu fico assim... A vacina. Não me dá febre nada, mas sempre fico ruim.* [Quando questionado se consultou com algum médico] *Não, porque é normal pra mim assim. Quer dizer, não pode ser normal tomar uma vacina contra uma doença e te fazer ficar ruim né. Mas...* [Quando perguntado se fez algum tratamento para gripe] *Fiz, mas nada assim passado pelo profissional. Na farmácia, chás. E acaba resolvendo. Eu tomo muito paracetamol ou Tylenol^R. Me tira. Me diminui a gripe. Alguma coisa pra tosse. Xarope. A experiência de vida já sabe o que vai comprar. Às vezes, claro. Quando é um caso assim, não tão sério, não tão grave. A gente sabe que o caminho tá certo. A gente vai no médico em uma coisa mais complexa.* [Em relação às cólicas, se tem todos os dias] *Tenho, diária. Claro que fracas. Depois de comer, tenho uma dorzinha enjoada. Mas já deu duas [crises de cólica] bem fortes, que tive que correr para o PA. Duas dessas, eu fiquei internado.* [Quando questionado se já consultou um médico, para esse caso] *Sim. Em janeiro do ano passado a março, eu fiquei 40 dias no [hospital] H2. Lá foi tudo junto: a respiração, arritmia – eu cheguei com 220, os batimentos cardíacos. E a diabetes 780. Daí ele me colocou na UTI. E aí, depois, eu fiz todos os exames, e nenhum médico quis aceitar. Cirurgia. Mas nenhum médico quis assumir. O cardiologista, dr. 4, me deu 14 % de chances pra dar alguma coisa errada. Daí a anestesista disse: não vamos assumir. (...) Vamos te mandar embora. Agora estou tentando novamente. Deu outra crise no natal. Inclusive, saí dia 25 de lá. Do [hospital] H1. Me deram um papel, uma cartinha para retornar em janeiro lá.* [Quando questionado como convive com a dor] *Convivo. E não resolveu. Não tem que fazer tratamento. Não tem o que fazer para a vesícula. É tirá-la pra resolver a dor. E nada mais. Quando é crise muito forte, tem que tomar*

morfina. Quando dá crise forte, chego no PA, e eles próprios já dão. Se não é a morfina, não resisto à dor. Não resisto. Meu Deus, é terrível. Foi agora em dezembro. [Quando questionado se faz tratamento para outra doença crônica]. Tenho arritmia, diabetes, hipertensão. Tudo desenvolveu após essa bronquite que tenho, uns dois a três anos, daí que tudo começou. Daí comecei a engordar, fiquei sedentário e não tive mais condições. Essa receita tá do hospital H1, porque em dezembro eu tive lá, e levei tudo que tinha. Tive que levar a bolsa de remédio, porque eu também não lembro de cor tudo isso. Tive que levar a bolsa. Cheguei lá, falar com o abençoado [ao se referir ao médico] e insistir. Porque ele me dizia que ele não era obrigado a fazer a receita, eu que tinha que ir atrás... Eu falei pra ele: meu filho, se você é médico e não pode fazer a receita, então... O clínico geral da equipe de cirurgia. Daí no final da consulta, ele fez. [O acompanhamento faz pelo ambulatório do hospital H2] Dr. 2. Esses medicamentos aqui, já foi prescrito desde 2014, lá em janeiro, lá em março. Lá no início de março, no (hospital) H2, quando eu fiquei internado. Esses da pressão (...), eu pego no SUS, no posto de saúde. Aqui é perto. (Busco) todos os meses. Nem sempre tem, mas algumas coisas a gente pega na farmácia, na popular. Algumas emergências eu compro. Sempre falta bastante. Sempre falta. Consulto no posto de saúde também, é claro. Quando tá com muito problema a gente vai lá. Mas não muda [ao se referir aos medicamentos prescritos na receita]. A pressão a gente sempre mantém controlada. Às vezes ela oscila um pouco. [Acompanhamento dos tratamentos realizados na unidade de saúde] Eu faço no hospital, porque é a cada 3 meses. Tem que levar a receita [ao se referir a o acompanhamento da asma]. Consulto a cada 3 meses, no máximo 6 meses, no posto de saúde. Eu costumo fazer as duas coisas [ao se referir em renovar a receita e quando tem necessidade de uma consulta na unidade de saúde]. Quando está próximo de fazer a receita nova, e já está com algum problema, a gente vai conversar com o médico, e faz as duas coisas. Até agora não deu certo ainda de levar a receita lá pra eles. Porque se levar a receita lá pra eles, eles fazem. Pega depois. Eu prefiro [ao se referir que prefere falar com o médico]. A gente conversa... Eles fazem o acompanhamento, pegam o prontuário. [Sobre a asma] É bronquite asmática crônica... Eu tenho de onze para doze anos. Eu fiquei quase quatro anos encostado. (...) Eu tinha bastante dificuldade, mas hoje estou bem melhor [em relação a condições financeiras]. [Referente à que trabalhava] Solda. Solda acetilênica e elétrica. Era, essas peças tinham que passar dentro de um tratamento térmico, 720 graus, então sai pra gente, dependendo do tamanho da peça, um bloco de caminhão, essas coisas grandes de caminhão, saía bem

vermelha, tinha que trabalhar bem próximo. Com a proteção mínima. Com uma chapa de aço. Na frente da chapa de aço amianto. Não sei se coincide, mas o amianto faz muito mal para o pulmão. Depois foi piorando, piorando. E... Fumava. Fumava bastante. Faz quatro a cinco anos que não fumo. Senão, não estava mais aí. [Como descobriu] Deu uma crise respiratória. Algo estranho. Eu não conseguia mais fazer força. Todo esforço, ficava muito cansado. Daí foi indo, foi indo... [Procurou um pneumologista desde o começo]. Hoje estou tratando, esperando uma avaliação dele, pra mim marcar a cirurgia, dr. 3. Eram pelo SUS [ao se referir as consultas]. Algumas [consultas] particulares. Algumas precisei pagar. Fui acompanhado, porque daí eu não conseguia mais trabalhar. Não tinha condições mais físicas para trabalhar. Nem para trabalhar. Mal caminhava. [Mesmo com o tratamento já iniciado] Mesmo com isso tudo. Daí os médicos que me acompanhavam me afastavam, daí voltava, mas daí não tinha condição. O médico do trabalho me afastava. E fui assim até... Desde 99, aposentado, por incapacidade. Por causa da bronquite asmática. Não tem condições. Não tem como trabalhar. Eu faço hoje serviço social na igreja, mas tem dia que até não chego lá perto, porque quando eu chego não consigo falar com ninguém. Aí vem um ou outro que quer saber alguma coisa, quer conversar, e... [Quando questionado sobre o início do tratamento com medicamento] A gente não sabia o que realmente era. Não era esse aqui [ao se referir ao tratamento atual]. Tudo coisa paliativa. Foi aumentado outros medicamentos. Também não resolveu. Aí, agora, esse Alenia^R, esse está ajudando bastante. Tem uns quatro anos. Melhorou. A gente percebe quando aspira, de manhã e de noite ou à tarde. De manhã e de noite, todos os dias. [Quando questionado se já esqueceu alguma dose] Já. Às vezes acontece né. Às vezes com uma pressa. Mas depois a gente faz. O tossir, o escarrar, fica mais preso. Quando uso, ele solta mais. Solta bastante. Cansa mais. Mas não dá problema. [Como convive com o tratamento e a doença] Mal. Muito mal. Eu falei para esposa: de manhã eu fui lá pegar o medicamento. Sabe aquela coisa, que você, poxa, tá lá lembrando, que tenho que ir até o carro. Sei que vou chegar mal. Chego no carro, encosto, abro a porta, me joga pra dentro, vontade de deitar o banco, ergo os braços, e fico respirando forte. Os braços (erguidos) abrem um pouco o pulmão. Chego com o carro em casa. Às vezes até sentado no carro começa a me faltar ar, porque fiz embreagem, troca a marcha, tudo que movimentava. Pentear o cabelo eu sinto falta de ar. Tomar banho. Tomar banho levo quase meia hora, quando não mais. Penso: vou lavar um pedaço primeiro e depois continuo o outro. Então não vivo bem, não. Nos últimos anos, bem pior. Não posso fazer um

exercício. As pessoas me dizem: vai até ali, depois vai até lá. Eu sei disso. Mas e pra ir até ali. Às vezes eu vou. Mas não vai mais. Não consegue. Daí tenho que voltar. Poxa, é difícil. Daí estava fazendo hidroginástica, daí tava mais ou menos. Mas também, daí fiz esforço lá dentro da água, e eles falam que vou morrer da falta de ar. Muito mal. Pra mim é pior no inverno, mais ácaro, essas coisas. No verão me deixa mais liberado. Pra dizer entre verão e inverno, a preferência. Eu prefiro o verão. Assim... Essa doença não te deixa bem em lugar nenhum. Se faz esforço, vai sentir. Não tem estação. [O que faz quando se sente mal] Tem que fazer a parada, não tem alternativa. Daí se tiver num lugarzinho que não tem ninguém, ergo os braços. Dou umas boas puxadas [se referindo a aspirar o ar] para poder ir aliviando. Depois segue... Porque parar na multidão com os braços abertos é meio esquisito. Mas se ninguém tiver vendo eu faço, porque eu sei que me ajuda rápido. Abre as vias aéreas rápido. [Quando questionado se cobertas, cortinas ou tapetes atrapalham] Não. O mofo me ataca bastante. Ataca muito. Tem tipos de perfumes também que não posso nem chegar perto. Assim, às vezes em loja, no canto da loja, com muita roupa, aquilo me dá um troço meio esquisito por causa daquele cheiro da mistura de tecido, de tinta. Mas em casa no dia a dia não. Poeira não faz bem, sufoca. [Em relação a animais de estimação] Não. Mas eu tive e não me fez mal. Nesse caso não. [Quando questionado onde adquiria a medicação antes do processo do CEAF] Até eu conseguir pegar, eu comprava na farmácia. Com muita dificuldade, mas eu era obrigado a comprar. Até vem com outro nome. Foraseq^R. Era obrigado a comprar. Mas logo veio, demorou uns 6 meses, um ano, não sei. Sempre [busca na farmácia de dispensação]. Só me ajudou [ao se referir que nunca teve reação adversa com a medicação]. [Consultas] Hospital H2 eu faço. Com Dr. 2 ou 3. A cada 3 meses. Provavelmente em julho vão pedir o meu [ao se referir à renovação do processo de medicamento]. Dali mesmo, eu já saio, quando dá. Passo no [hospital] H2 e marco uma consulta, um retorno. Daí faço a consulta, a gente conversa, às vezes dá uma examinada, às vezes não. A cada 3 meses. Claro, tudo tem um porque, mas 3 meses. (...) deveria ser por um ano, já que a gente vai usar contínuo. Por que 3 meses. Às vezes é tão difícil conseguir uma consulta. Acho que não (se referindo que não precisaria esse intervalo de tempo). Claro, teria que ter uma confirmação que você está usando o medicamento. Mas não precisaria ser 3 meses. Às vezes é tão difícil conseguir ir lá no hospital H2. Tá de férias. Tem que aguardar ligação. Claro, o postinho também faz. Mas alguns médicos. Alguns não querem fazer. Isso acarreta um pouco de dificuldade pra nós, na verdade. Mas é uma regra que a gente vai ter que acompanhar se quiser o remédio.

[Última crise]. *Crise forte, forte, de ter que correr no PA, a cada três meses, seis meses ela bate. Um ano. Agora faz um ano que não dá. Você vive em crises, pequenas né. Você vive sem poder respirar normal. Isso é crise. Você não consegue respirar normal, você está em crise. Mas aquela que você tem que ir para o PA, para te colocar no oxigênio, daí é diferente. Mas essa a gente consegue controlar com o que, com essa bombinha, Duovent^R. Esse eu compro. [Quando questionado se já procurou pelo SUS] Na verdade nem fui ver, porque é baratinho, e eu uso muito pouco. Então quando eu precisar, vou lá e compro. Esse eu uso na crise. Porque tem corticóide. Daí quando ele não resolve, vou para injeção. Uma injeção o farmacêutico me aplica, mas mais que uma não. Daí tem que ir no médico. Não vou lembrar o nome. Assim, quando tava em crise a cada 2 meses, 3 meses era uma. Eu não posso tomar muitas vezes. Mesmo porque até dois quilos, cada injeção, de líquido ela retém. Hoje tá vendo meu caso aí né. A culpa só do remédio, não. Também sou sedentário, não cuido da alimentação. Claro que isso ajuda. Mas a danadinha do corticóide é triste [ao se referir à injeção]. [Última internação por uma crise de asma] Foi em dezembro [7 meses], agora, passado. Na verdade foram os dois. Porque, me deu a crise de asma. E lá com o exame de sangue, porque estava com dor aqui também, foi apresentada a informação... O mais da minha ida no [hospital] H1 foi por isso. Mas logo me deram remédio. A injeção na veia. Coisa rápida, Isso é jogo rápido. Nem passei pelo pneumologista. Fiz só o tratamento hospitalar. [Quando questionado quando procura um hospital e o outro] No [hospital] H1 eu só fui agora por causa da crise. Na verdade nem resolvi procurar. Me levaram. Eu tava no PA. Me levaram pra lá. Mas a primeira vez, eu fui por minha conta no [hospital] H2. Eu tava mal. Todo inchado. Quem me levou foi minha nora. Eu não conseguia dirigir. Eu acho que é um hospital bom. Eu gosto do [hospital] H2, apesar dos problemas. O pessoal que trabalha lá é excelente. A médica que me atendeu chegou meio grossa no momento. O que o senhor tá fazendo aqui. Negócio do coração é lá no [hospital] H1. Daí fui me virando da maca. A senhora não quer, eu vou pra lá já. A senhora não quer me atender, vou pra lá já. Eu não posso perder tempo. Deita aí, deita aí. Ela falou pra mim. Eu fiquei 40 dias lá, e ela me tratando bem. [Foi] Início de 2014. Março de 2014. Fiquei 20 dias lá, saí uma semana, voltei pelos mesmos problemas, para o [hospital] H2, em abril. Fiquei mais 20 dias. E agora em dezembro voltei por causa da vesícula de novo e problema... acho que uma coisa leva a outra. Eu sinto aquela dor. Daí me falta o ar, por causa da dor. Some o oxigênio. Isso foi agora em janeiro. Fiquei 10 dias lá. Fui liberado dia 25, meio dia. Porque não tinha mais médico. E*

aí a médica da equipe cirúrgica perguntou se eu queria ficar lá até dia 6, dia 10 de janeiro, ou ir embora. Bem, você estava lá sem dor. Daí ficar lá 10 dias. Por mais que estava bem, tudo bom. Não dá de ficar. Daí disse que não. Vou embora. Daí me deu uma cartinha para mim voltar dia 5. Daí levei ali no ambulatório. Daí começou toda a ladainha de novo. Se você esteve no hospital, faz 10, 15 dias, e você tem todos os exames praticamente. Poxa, e mandarem fazer tudo de novo. É chato. Daí começou aquela ladainha de novo. Pra conseguir cardiologista foi um trabalho, anestesista outro. O cardiologista, me chamaram, já fiz a avaliação. Até liberou para cirurgia. Por enquanto, tudo bem. Mas o danadinho do dr. 3 não conseguiu ainda me chamarem. Já consultei. Já fiz o exame, que é a espirometria. Eu não faço com frequência. Eu fiz algumas vezes, por ocasião que eu tava muito ruim, quando eu comecei a tratar com o dr. 2, fizemos o exame, onde ele sugeriu esse tratamento. Agora já fiz lá no hospital quando estava internado, pra ver a oxigenação. Tanto na espirometria, quanto... a maioria das vezes fiz pela artéria. Não desejo pra ninguém. Tirar sangue da artéria, Deus o livre, dói. (...) Cada vez que ia no médico, vamos fazer espirometria. Isso aí é normal. [Ao ser questionado se existe a comparação dos exames] Com certeza. Está evoluindo. Agora deu aquele quadro ruim. Deu uma evoluída. Melhorou. Porque antes não conseguia chegar naquele gráfico do sopro. Não conseguia.

Entrevista 5

CF **entrevista realizada com a cuidadora**

CF, masculino, 86 anos, aposentado, casado, branco, com ensino fundamental completo. [Quando questionada se o participante teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias] *Ele tem essa falta de ar, daí ele fica ruim do estômago, mas isso sempre dá, não é só nesses últimos 30 dias. De vez em quando dá isso.* [Quando questionada se ele consultou alguma médico] *Ele tem o geriatra dele, doutor 9, que até a gente vai levá-lo agora em agosto. Mas faz um tempinho que ele está bem.* [Quando questionada se o problema no estômago melhorou] *É porque ele tem intolerância a lactose, daí depende do que ele toma e o que ele come, apesar de a gente comprar tudo sem lactose e cuidar, às vezes ele tem esse problema que dá vômito. É só isso por enquanto o problema dele.* [Como trata esse problema] *Toma, a gente dá Lactosil^R, dá Digeliv^R, tudo sem lactose, daí depois ele toma o sal de fruta, quando ele tem isso aí [dor de estômago], ele toma boldo, quando ele tem problema de*

estômago, ele vai lá, corta boldo e faz chá. Melhora, porque ele tem problema de “estufamento” por causa da lactose, e fica “estufado”, daí toma o boldo e melhora. [Outros tratamentos contínuos] Ele já fez, hoje em dia não, hoje em dia só problema da intolerância a lactose e do enfisema pulmonar. Aí, eu compro pelo governo [Programa de copagamento da Farmácia Popular do Brasil] o Aerolin^R, só que agora eu não to com a receita, porque ela venceu. Daí a gente compra por aquele plano do governo, pague menos. Na Farmácia [de dispensação do CEAF], budesonida, eu digo Formocaps^R[formoterol], esse aqui também é da Farmácia, “tiotrópico” [tiotrópio – medicamento fornecido por via judicial – ação extensiva]. [Quando questionada como adquire o medicamento] Receita, só que daí eu levei uma receita que não era do “pneumo” [pneumologista], eles [farmácia de dispensação do CEAF] não aceitaram. Tem que ter receita do “pneumo”. Daí agora tenho que marcar uma consulta com o “pneumo” para pegar uma receita. Esses três [medicamentos], e esse aqui [rivastigmina], ah ele tem início de Alzheimer. Esses aí [medicamentos] que a gente pega. E o Dramin^R, porque se ele não toma um [comprimido de] Dramin^R de manhã, ele fica ruim, então todo dia de manhã ele toma um [comprimido de] Dramin^R, daí ele não fica ruim do estômago, de ânsia, assim. Daí o médico falou que se tá fazendo bem isso pra ele, porque a gente tava fazendo um teste e teve dois dias que ele não tomou, e ele ficou ruim. O dia que ele não toma ele começa com aquela ânsia, e ele fica ruim do estômago, do que ele come, e eu acho também que não sei se não é um pouco psicológico. Daí ele toma isso aí [comprimido de Dramin^R], e ele não fica ruim. Esse eu compro, a gente não tem nem receita. E tá ajudando. O médico prescreveu, numa época que eu chamava direto, porque a gente paga o plano [plano privado de assistência médica domiciliar], a gente chamava direto o plano aqui porque ele ficava ruim. Daí eles prescreveram o Dramin^R, a gente deu, e o doutor 9, que é o outro médico disse que “se tá fazendo bem, pode continuar”. (...) [Como toma os medicamentos] Ele tomo sozinho, ou às oito da manhã e às oito da noite ou às nove da manhã e nove da noite, certinho, ele senta, sempre junto com o café da manhã e na janta, ele toma junto. Ele que vai, pega e toma. [Quando questionada se ele toma mais algum medicamento] O boldo, sal de fruta ele toma, e daí a gente compra um suplemento pra ele, que o médico deu que é o Ensure^R, o Trophic^R, que é com calorias pra ver se ele engorda, porque ele quase não come. Ele é muito magro. Ele é bem alto, mas muito magro. Daí até que tá adiantando. Tudo sem lactose. [Quando descobriu que tinha asma] Há muitos anos atrás, porque ele foi fumante muito tempo, muitos anos, ele tá com 85, uns 50 anos. E agora depois que ele descobriu

que não podia mais fumar, ele fumava, mas fumava escondido, mas daí quando ele quase morreu, que a gente internou, isso tá fazendo acho que uns 10 anos, que ele tá fazendo esse tratamento da asma e pro enfisema, que ele toma remédio. [Foi por causa de uma crise que ele descobriu] Sim, ele não conseguia mais respirar. Ele vive gripado. Parece assim que ele vive gripado, porque com tudo que ele toma, ele expectora, ele tá sempre assim expectorando. [Qual médico diagnosticou a asma] Acho que foi o “pneumo”, não, doutor 5 foi depois, foi no hospital [foi internado]. [Quando questionada se a asma está sob controle] Tá, tomando esses remédios, mas às vezes, quando ele força um pouquinho, ele fica ruim, ele fica sem fôlego. Se ele vai caminhar um pouco, tem que ser só um pouco, se ele vai daqui até a minha irmã [casa da irmã fica numa distância muito curta], chega lá sem ar, ele é bem debilitado, mas acho também que é devido à idade, ele tem 86 anos né. [Quando questionada se existe fatores que influenciam a asma dele] Não, só quando ele pega peso, faz esforço. Até março ou fevereiro, nós tínhamos um personal [trainer] que vinha fazer ginástica com ele, ele fez acho que uns dois anos, ele vinha duas vezes por semana, pra fazer exercício para a respiração também, mas ele estava emagrecendo muito e daí o doutor 9 mandou parar. [Quando questionada como ele se sentia quando fazia exercícios físicos] Mesma coisa. Só que a gente achava que ele andava melhor, até agora eu comprei uma bengala pra ele. [Quando questionada se o clima influencia] Bastante, no inverno é outra pessoa, é muito ruim, porque ele parece que sempre está gripado e tem problema pra respirar. O inverno é horrível. E o frio, porque umidade é o ano inteiro aqui em Joinville, mas pra ele o inverno é só pra ele ficar dentro de casa. E quando dá sol, é claro, ele sai [de casa] pra pegar um pouco de sol. Há anos ele toma isso aí [tratamento com formoterol e budesonida]. Ele toma certinho, ele toma tudo sozinho. Esse aí [tiotrópio], quando vem, eu que coloco aqui [dispositivo], e às vezes ele não consegue virar, daí eu viro e ele toma. Só que agora, eu tava vendo, o médico mandou tomar quatro vezes [ao dia] esse aqui [salbutamol ou Aerolin^R], ele tá tomando só duas [vezes, ao dia]. Se começar a faltar agora no inverno muito ar, ele passa a tomar mais. O Aerolin^R ele usa duas vezes [ao dia], uma [dose] de manhã e uma [dose] a noite. Isso aqui tudo [todos os medicamentos] ele toma de manhã e à noite. [Quando questionada se o salbutamol está prescrito para ser tomado contínuo] Contínuo, faz um tempão. Até uma época a gente pensou, que ele treme muito nessa mão, e a gente pensou que era disso aqui [salbutamol], até uma época ele tava tomando um remédio que ia se passando, que era muito forte, tremia muito, mas se a gente deixar de dar isso [salbutamol] aqui, pra ele falta ar. [Quando questionada se acha que

o tremor pode ser um efeito colateral da medicação] *A gente achou, mas o doutro JM disse que ele treme porque ele é fraco, muito magro. O problema dele mais é essa intolerância a lactose, que acaba com ele. Porque daí ele quer comer as coisas, daí tem que cuidar. Não pode comer tudo. A gente levou numa nutricionista, ela deu uma comida mais balanceada pra ele e tudo, mas é difícil. (...)* [Nas 4 semanas anteriores, o doente teve: Sintomas diurnos mais do que duas vezes por semana] *Minha mãe disse que quando ele se mexe muito, daí falta ar. Sim.* [Algum despertar noturno devido à asma] *Ele tem de vez em quando. Não é sempre. Não.* [Necessidade de medicação para alívio mais do que duas vezes por semana] [Sim] *Ele toma duas vezes por dia.* [Alguma limitação da atividade devido à asma] *Sim, quando ele fazia aqui [ao se referir aos exercícios físicos], faltava ar pra ele. Quando ele vai caminhar também falta ar.* [Resultado: asma é não controlada] *Acho que devido o pulmão também. Quando ele deixa de tomar [uma dose], não sente. Se ele esquece de tomar um dia uma bombinha, ele tem mais três. Faz tantos anos que ele toma isso. A gente fica em cima [ao se referir ao cuidado para ele não esquecer de tomar os medicamentos]. [Onde adquiriam as medicações antes do processo administrativo do CEAF] No início nós comprávamos, daí depois que minha irmã entrou com todo o processo, daí a gente começou a pegar pela Farmácia [de dispensação do CEAF]. Alguns anos atrás foi bem difícil [em relação a abrir o processo], bem difícil. Hoje a gente pode dizer que a Farmácia melhorou muito, com hora marcada, antes não, tu ía lá e perdia uma manhã inteira lá. De três em três meses, a gente leva as receitas, que tem que levar e pega [medicamentos]. Todo mês eu vou lá, com hora marcada e pego os remédios. Ah, claro que falta remédio, que nem, esse aqui [formoterol] não teve mês passado, daí tem os outros quando falta.* [Quando falta o medicamento, fica sem ou adquire de outra forma] *Esse Formcaps^R ficou um bom tempo sem, daí eu comprava, daí eu compro na farmácia. A gente não deixa ele sem.* [Acompanhamento médico] *A gente faz tudo no doutor JM, o geriatra, daí quando ele vê que não tá bem, daí ele encaminha para o “pneumo”.* [Não tem plano de saúde] *É particular. A gente renova [processo do CEAF] no postinho. Só renova, por que às vezes nem consulta não. Agora ele vai ter que ir no “pneumo”, e a gente vai marcar consulta no “pneumo”, daí é particular, a gente tenta fazer social, muitos [médicos particulares] ainda aceitam pelo social. Quando ele fica mal, a gente chama o plano [assistencial de emergência]. A gente paga o plano da emergência, pelo menos para atenderem em casa, eles veem, atendem em casa e se precisar daí eles levam [serviço de referência]. Quando ele ficou ruim, eles levaram aqui para o PA, ou levam para o hospital.*

Quando ele fica muito ruim, se não a própria emergência consegue atender ele em casa. Esses dias eu chamei a emergência porque ele não conseguia respirar. Eles já trouxeram o tubo de oxigênio. Faz tempo. [Última crise forte] Dois anos. Graça a Deus não precisou mais. [Internação] De asma, não precisou. Quando é emergência assim, a gente vai sempre no [hospital] H1 ou no [hospital] H2. [Aonde trabalhava] Ele era pedreiro, daí ele teve problema de coluna, daí ele foi para o encosto e é aposentado pelo encosto. Não sei se isso pode influenciar. Ele tava se exercitando o dia todo. Não sei. Pode ser.

Entrevista 6

CSS, aposentada, branca, analfabeta, com ensino fundamental incompleto, solteira, [quando questionada se nos últimos 30 dias teve algum episódio de doença aguda, responde] (...) *Problema da asma mesmo, que de vez em quando dá uma acelerada, no coração. A ponto de parar no hospital, eu fui parar só por causa de um problema de cistite, que eu tenho também. Que eu fui no PA ali. (...) Gripe, tive. Tomei medicação leve. Melhorei. [Quando questionada se consultou com médico, responde] Não. Na verdade, eu tomei tipo assim, só os remédios que a gente consegue comprar na farmácia, sem receita mesmo. Tipo Cimegripe^R. Essas coisas... Daí eu tomei esse aí, e fiquei mais em casa, mais de repouso. Daí melhorei. [Quando questionada sobre tratamento para outras doenças crônicas] [Sobre a hipertensão] *Eu tomo losartana 50. Porque eu sempre pego com o Dr. 3 a receita. Um de manhã e um de noite. Mais esse aqui... Com bastante frequência eu tomo remédio pra dor, porque tem dia que eu não consigo nem limpar minha casa. Por causa, que eu tenho... A médica falou que eu tenho escoliose. Não sei o que é isso. Mas dói muito. Às vezes eu tenho que tomar Torsilax^R, porque eu não consigo aguentar pendurar uma roupa. Esse eu comprei por conta. Quando eu tomo, daí eu consigo faxinar a casa. Se eu não tomar, esquece. [Quando sente dor, se automedica, não consulta com o médico] Não consulto. Porque se eu consulto, ele só passa diclofenaco. É a única coisa que o médico me passa. Diclofenaco. Diclofenaco. A vida inteira ele dá isso. Ele nunca muda o remédio. Eu já consultei várias vezes, mas ele só passa diclofenaco. Não resolve. E é muito diclofenaco. Muita coisa. Até porque eu também vi uma reportagem que o diclofenaco não faz bem a saúde, quando você toma muito. Não sei se isso é real. Mas eu vi uma reportagem na TV. Pode ser que seja. Eu tomo lá uma vez ou outra, mas não com frequência. Uma que também já vicia né. Essa losartana,**

normalmente eu consulto no posto. Bem perto. [Frequência de consultas no posto de saúde] *É uma receita por ano que eles dão. E agora, na última vez, como o Dr. 3 já conhece bem meu (...) quadro clínico, foi ele que passou pra mim. Eu já consulto com ele há 20 anos. Sempre com ele. Então a última receita foi ele que passou. Passou, porque sempre eu levei a receita, quando tinha a outra do posto. O tratamento pra asma, (...) desde os 10 anos. Eu já nasci com o problema. Até inclusive a minha mãe faleceu, porque com 7 meses eu tive problema, e ela me levou na farmácia na época, a gente morava no sítio. E pegou muita friagem e faleceu por minha culpa. Não foi bem por minha culpa, porque eu era pequena e não entendia nada. Mas daí eu não conheci minha mãe. Eu já nasci com isso, porque desde que eu me conheço por gente eu já tinha o problema. O tratamento com o médico foi com 10 anos, quando eu era pequena, eu fazia tratamento na farmácia, que o meu padrinho era farmacêutico, daí ele dava os remédios, lá no sítio não tinha médico. Tomava o que encontrava pela frente, ia tomando. Melhorava. Na época eu tomava o “Franol^R”. Olha só, hoje não existe mais o “Franol^R”. Era um remédio tipo Aminofilina, estilo Marax^R. Lá em Ponta Grossa, que eu morava lá. Comecei lá, depois me mudei pra cá, e continuei aqui o tratamento. Hoje eu me sinto muito bem com esse remédio. Ele é ótimo pra mim [formoterol + budesonida]. É um de manhã quando eu me sinto mal. Eu não tomo assim de boeira. Tomo todos os dias, mas é assim, por exemplo, eu tomei 5 da manhã, daí talvez eu vou tomar 11 da noite, entende. Conforme eu me sentir mal, eu vou tomar. Mas não quer dizer que eu tomo em horário x. Na verdade continua dando dois comprimidos ao dia. [Quando questionada se já ficou sem uma dose da medicação] Nunca fiquei, porque eu preciso dele. Eu não consigo. Não sei se isso é psicológico, ou é preciso mesmo. Eu me sinto muito mal. Eu começo a chiar, daí eu já deixo debaixo do travesseiro. [Sintomas] Falta de ar e, se eu não tomar, começa a doer o peito. Se tomar, é só falta de ar mesmo e cansaço de eu não conseguir andar. Eu tenho que me sentar na cama, porque eu não consigo ficar deitada mais. Eu tenho que sentar e abrir a janela pra entrar ar. Mesmo com a medicação eu tenho as crises assim, não chega ser uma crise de ir para o médico, mas eu tenho.*

[Nas 4 semanas anteriores, o doente teve: Sintomas diurnos mais do que duas vezes por semana] *Sim, tive.* [Algum despertar noturno devido à asma] *Sim, eu desperto. Acordo* [Necessidade de medicação para alívio mais do que duas vezes por semana] *Só esse aqui. Não uso.* [Alguma limitação da atividade devido à asma] *Sim, tenho. Dá muita falta de ar. Depende do que eu vou fazer, um serviço corrido ou um serviço pesado. Quando eu tava trabalhando eu tinha muita dificuldade para trabalhar,*

porque eu mexia com produtos. A minha falta de ar é mais assim adquirida pelo cheiro de produto. Como o médico disse, é uma bronquite alérgica. Poeira. Ele proibiu eu de ficar com a Mel [cachorro de estimação], mandou eu dispensar a Mel, eu morro mas a minha cachorra não doutor. Eu só lamento. Eu falei pra ele. Essas coisas. Piora. Qboa^R é terrível. [Resultado - Sintomas não controlados] Sim. Não controlada. Nunca fumei. Cachorro pra mim não. Eu não tenho certeza. Ela tá em contato comigo praticamente o dia todo. Tem mais pelo. Eu já fiquei longe da Mel e não mudou nada (...) Temperatura elevada. O calor. Umidade não. O frio melhora. Poeira sim. Cheiro forte, cheiro de produtos químicos. Qualquer produto químico me faz muito mal. Eu entro em crise. Eu tenho rinite também (...). Mas eu nunca usei remédio pra rinite não. Eu só uso mesmo pra asma. [Quando começou o tratamento] Eu acredito uns cinco anos. (...) Eu usava prednisona de 20, mas eu engordei muito com prednisona de 20. Esse era com Dr. 3 mesmo, ali no hospital. [Como foi parar no hospital]. Eu tive uma pneumonia, eu tinha bronquite e peguei uma pneumonia dupla. Daí fui para lá. Daí foi que o dr. 3 me atendeu na época, daí eu fiquei com ele, dali pra frente. Eu fiquei muito tempo internada. Muitas vezes, de ficar 15 dias no hospital, por asma. Eu pegava pneumonia junto. Eu tive muitas pneumonias, muitas, de ir para o oxigênio, de ficar respirando através de oxigênio. Praticamente pra ir para UTI porque tava grave. [Última internação] a última foi lá no [hospital] H3, faz muito tempo. Eu acredito que uns oito anos já. Na época eu não tomava isso aí [ao se referir ao medicamento budesonida + formoterol]. Depois que eu comecei a tomar isso aí, eu não fiquei mais internada. Não deu mais [ao se referir a crises]. Eu só vou mesmo pra fazer renovação de receita, na consulta. Na real, ele não consulta. Ele só olha pra mim, e manda embora. Ele não coloca o aparelho aqui pra ver. É porque, eu sempre to com o remédio, então eu nunca to mal quando eu vou lá. Porque de manhã eu tomo o remédio. Mas se eu passar mal, se eu não tiver muito bem, eu falo. (...) Ele é bem legal, atende bem a gente. (...) [Frequência de consultas] Não chega há três meses, dá dois meses e 20 dias, por aí, a gente já vai lá. Eu já me senti mal uma época, daí eu usei nebulizador. Eu já tenho a quantidade de gotinhas [dos medicamentos], eu já sei certinho, porque o médico já passou da outra vez, nas outras épocas, daí eu já faço aquilo que já sei. Faz tempo. Faz três anos, quando eu tive uma gripe bem forte. (...) Eu me sinto mal, quando está mais ou menos bem na hora de tomar esse aqui [medicamento]. Aí eu tomo ele, eu dou uma sentada, se eu tiver dormindo, dou uma sentada, abro a janela, dois minutos depois eu to ótima, posso voltar a dormir. Pra mim, as atividades normais não. É óbvio, se eu fazer

um serviço muito pesado, também já não tenho mais idade pra isso. Carregar peso. As coisas muito pesadas eu não consigo. Dá falta de ar. Andar rápido, correr nem pensar. Essa aqui eu compro [ao se referir a losartana]. Não sei, eu não confio muito na losartana do posto. Eu confio em todos os outros remédios, mas a losartana, não. Não sei, parece que ela não faz muito bem pra mim. Parece que acelera meu coração. Não sei se é o remédio ou é coisa da minha cabeça. Então eu compro porque é barato. (...) [Sobre a organização do serviço da farmácia de dispensação] A organização do serviço é ótima, porque você chega lá, você tem um horário para 9:20, vão me chamar naquele horário. (...) Bem pontual mesmo. (...) Nunca faltou. [Porque quando se sente mal, não consulta] Porque eu acho assim. Vai consultar, eles vão mexer em um monte de medicamentos diferentes, que não vai resultar em nada. Eu acredito que não. Pode ser que eu esteja errada. Quando eu me sinto mal, é bem jogo rápido, já passa logo. Não chega a ter que ir parar no hospital. Quando eu to em crise, é a falta de ar, e não consigo ficar deitada. Tenho que ficar sentada. Chiando os peitos. Já melhoro [quando toma o medicamento].

Entrevista 7

DASK , feminino, 42 anos, branca, ensino médio completo, casada, desempregada. [Quando questionada se teve nos último 30 dias algum episódio de doença aguda] *Eu to resfriada agora, mas nada de precisar ir no médico, uns três dias.* [Fazendo algum tratamento] *“Xaropinho” [xarope] com expectorante, [indicado] lá na farmácia [que comprou a medicação]. Porque ter asma, coisa assim, é complicado. Não tive crise.* [Usa outros medicamentos] *Omeprazol pra gastrite, azia, há mais de um ano já [prescrito pelo médico]. [Posto de saúde fica perto da sua casa] A cada três meses, [consulta no posto de saúde], para renovar a receita [omeprazol]. A cada três meses ele [médico] passa omeprazol, e a cada seis meses pra Farmácia [renovação do processo da Farmácia de dispensação do CEAF], porque eu vou também no especialista. Porque como eu to esperando endoscopia, ele não pode fazer prazo maior [ao se referir a prescrição de omeprazol]. Até que o SUS libera [ao se referir a fila para fazer o exame de endoscopia]. Esse aí [medicamento para asma] no consultório [particular do médico] ou no [hospital] H1. Porque o doutor 2 atende no hospital H1 né. Não [paga consulta quando vai na clínica particular do médico], porque como já é paciente dele, e porque quando eu vou consultar com ele no hospital H1 não combina os prazos*

com a Farmácia, muitos pacientes “vai” lá [clínica particular], deixa o laudo lá num dia, e o outro dia vai lá e pega [ao se referir ao laudo e receita exigidos para renovação do CEAF]. *Bronquite asmática, faz 18 anos.* [Como descobriu] *Crise de falta de ar, fui procurar um médico, até chegar no especialista né. Na época, quando eu fiz o teste, era de cheiro e de pó. Eu morava no sítio, a gente convivia com poeira e tudo, mas agora essa parte do pó tá bem tranquila. Eu tive algumas crises até que fui ao médico, no posto do bairro, até que eles encaminharam para o pneumo [pneumologista], e a partir dali, a gente fez os testes para começar o tratamento. Faz em torno de uns 20 anos.* [Quando começou usar budesonida e formoterol] *Faz 3 anos. Desde o começo [sentiu-se bem]. Eu faço exercício físico, muay thai, daí eu não tenho mais crises. Eu sempre faço [uma dose do medicamento] uma meia hora antes do exercício físico.* [Nunca teve dificuldade de usar o medicamento] *Esse aí não, tinha mais dificuldade quando era a bombinha. Eu usei vários medicamentos até chegar nesse.* [Quando questionada se já teve algum efeito indesejável com o uso da medicação] *Eu acredito que teve, porque quando eu falei pro médico que eu tenho direto alergia, fica tudo grosso [sensibilidade cutânea em partes do corpo] depois que eu comecei com o medicamento. Mas fui me adaptando.* [Tratamento influencia o dia-a-dia] *Não, a gente vai se adaptando, criando o hábito né.* [Tem cuidados especiais com a limpeza da casa, que não influenciam nos sintomas da asma] [Nunca fumou]. [Acompanhamento médico] *No inverno a cada três meses, mas no verão eles me chamam agora em junho, julho, depois em outubro e depois só em março de novo. Porque eu gosto de acompanhar mais de perto no inverno, porque o inverno me influencia mais, o frio me faz mal, então quanto mais quente, melhor. Eu sinto que pesa a respiração, começa a me doer as costas e começo a chiar. Se gelar o pé, coisa assim, já começo a chiar. A umidade é mais difícil, mas o frio é mais, e o choque térmico.* [Quando começou usar a medicação já começou a pegar na Farmácia de dispensação do CEAF] *Faz uns três anos. Antes disso eu usava Aerolin^R spray, Atrovent^R, e às vezes até outro medicamento que ele [médico] dava, mas mais era a bombinha, comprava, pesava [ao se referir ao orçamento], principalmente uma bombinha que era muito cara. Eles chamam de medicamentos de resgate, então o organismo vai se acostumando [ao se referir a troca de medicamentos]. Eu comecei primeiro o tratamento com Alenia^R[budesonida + formoterol], comprava, e eu fiquei uma vez internada, e o médico de plantão deu o Alenia^R, me adaptei bem. Daí o doutor encaminhou esse, duas bombinhas [budesonida e formoterol], mas também me adaptei bem. Quando eu descobri, foi clínico geral, tinha que*

passar pelo SUS, era mais difícil. Daí quando eu fui chamada lá [especialista], ele deu a tal da bombinha. Usei durante um tempo. Daí durante a gravidez eu não tive crise nenhuma. Minha filha nasceu aqui [ao se referir ao Município]. E daí não tive crise nenhuma. Daí quando foi no inverno, perto de maio, ela [filha] já tinha uns sete meses, começou de novo a crise. Daí o primeiro vento já me derrubou, daí eu fui levada para o pronto socorro do [hospital] H1 na época, daí fiquei uns 3 dias internada lá, eles me mandaram para o “postinho” [unidade básica de saúde]. Posto de saúde, pra daí chegar no pneumo [para ser encaminhada para o pneumologista]. Última crise, uns dois anos e meio. Porque a partir daí, eu comecei a me conhecer também, e com o medicamento de 12 em 12 [horas], a gente já vai pegando a rotina. Sempre na bolsa, se passa a hora e não tá em casa. [Quando questionada se já esqueceu alguma dose] Já aconteceu de passar, só que daí eu sinto se eu fazer exercício, algum tipo de exercício, daí eu sinto, daí eu lembro que eu não fiz. Já aconteceu [de não buscar o medicamento na Farmácia]. Porque como às vezes eu tenho, no verão eu não uso se eu to bem, acaba sobrando, daí às vezes passa um mês, daí eu vou lá [Farmácia] e só renovo o dia, até fui ver se podia pegar no verão só o formoterol, porque a budesonida sobra mais. Então já fiz um teste, e conversei na farmácia pra não precisar abrir outro processo. Sem medicação mesmo, não [nunca ficou sem usar]. Às vezes falta um ou outro [medicamento]. Hospitalização faz muito tempo. Depois eu fui muito para o PA. Na última crise eu fui para o PA daí, eu fiquei lá algumas horas. [O que faz numa crise de asma] Se eu to em casa, eu dou uma sossegada né. Não faço muito esforço. Mas se eu to perto de casa, daí eu venho, faço uma dose [da medicação], já melhora, porque ele não é de resgate, mas como é tratamento, quando dá o horário, tem que fazer.

Entrevista 8

DEF, 31 anos, branca, solteira, auxiliar de produção, com ensino fundamental incompleto. [Não teve doença aguda nos últimos 30 dias]. [Não faz tratamento para outra doença crônica]. *Uso injeção de anticoncepcional.* [Quando questionada se é por indicação médica diz que –] *sim. Asma grave. Eu tenho desde criança bronquite. Virou em asma brônquica, na adolescência. Daí comecei o tratamento, tinha uns dezessete anos. Eu tinha bronquite né. Desde criança eu vivia no hospital, com crises. Eu tomava aqueles remédios que eles dão nos postinhos – xaropes, Aerolin^R... Mas daí, com dezessete, deu uma crise, eu estava*

grávida da minha filha EV, daí eu fiquei na UTI, fiz a traqueo [traqueostomia]. Fiquei mais ou menos um mês na UTI. [Quando questionada se foi pela crise asmática, complementa] Sim, e porque eu estava grávida. Deu pneumonia. [OBS – filha nasceu com 5 meses, com sequelas]. [Quando questionada quem diagnosticou a asma] O Dr. I, especialista, que eu me trato lá no [hospital] HI. Desde então sou acompanhada por ele. Eu vou de 3 em 3 meses pra pegar a receita, mas daí me consultar, vou de 6 em 6 meses. [Quando questionada como convive com a doença e com o tratamento, responde -] Eu to bem, se não faltar a medicação. Não tenho cansaço, nem falta de ar. Mas se faltar a medicação, eu tenho crise. [Usa budesonida e formoterol] eu uso de 12 em 12 horas. Às vezes acontece de eu me esquecer. Sinto cansaço. Daí eu lembro que não tomei. Daí começa a me faltar... se eu andar muito, já... [Quando questionada se tem limitações] Correr e tal, eu não to em forma. Eu não faço nenhum exercício físico. O dr. I até indica para eu fazer, para eu não engordar, porque com asma e engordar, vai ficar difícil. Mas tomando a medicação certinha, eu consigo controlar. Eu fiz todos os exames alérgicos. É alérgica minha asma. A poeira e a comida me interfere – ovo, clara de ovo, chocolate. Mas eu como, mas não vejo diferença tomando remédio. Eu tenho rinite no caso [ao se referir a tapetes, cortinas, cobertas]. Faz tempo que eu fiz esses exames. [Quando questionada sobre cachorro, responde -] não. Gato eu nunca tive. “Cachorro ela sempre teve. Mas ela não pega o cachorro”, diz a mãe. [Observação - Casa com odor forte, aparentemente úmida, com cortinas, e cachorro no sofá]. [Não fuma. Nunca fumou] Depois que sai do hospital, logo em seguida, já comecei o tratamento com essa medicação. Faz 13 anos. Antes não era na farmácia [de dispensação do CEAF] que eu pegava. Era na secretaria. Ou era numa unidade. Eu já fiquei sem buscar. Já cheguei a comprar. Mas já fiquei sem. Daí eu tomei... Acompanhamento só faço no [hospital] I. [Quando questionada sobre o começo do tratamento, se teve dificuldade] Não, foi normal. Dr. I sempre pega no meu pé. É curto e grosso. Se eu não tomar, ele diz, tu vai morrer, ele fala assim: quer morrer? “Ela quase morreu” [disse a mãe]. Às vezes eu falo que eu não tomo ou atraso, quer morrer mesmo. [Quando questionada se já teve que procurar o especialista antes dos 3 meses] Eu já fui daí no pronto atendimento. Já fiquei em crises fortes. Na última crise, já faz tempinho. Deu até parada respiratória. “Ela estava sem o remédio” [disse a mãe]. Daí ali no PA eu fui com a crise bem forte. “Não tinha ninguém, daí nós pegamos taxi” [mãe]. Eu fiquei bem ruim, eles até me levaram direto para a emergência. Daí apaguei. Daí escutei que eles iam me levar para o hospital. Era fim de ano, eu tinha ido para a praia,

e não fui buscar o remédio. Esqueceu: um ou dois dias já dá. Foi uma semana sem. Eu começo fazendo inalação. Só que daí não vence. Já vou para a inalação, que já sei que vou apagar. Me dá parada respiratória. A falta do ar [para fazer inalação]. Tipo agora, não to bem. Eu to com um cansaço. A última crise foi final do ano, faz 7 meses. Daí eu fiquei ali no PA, me levaram para o hospital, daí eu acordei, estava no [hospital] H1. [Mãe diz que] “se ela tomar certinho, não dá crise, falo se ela já buscou o remédio. Já, já. Se não eu tenho que ir buscar.”

Entrevista 9

[DWS, masculino, 18 anos, ensino médio completo, solteiro, ferramenteiro] [Quando questionado se teve alguma episódio de doença aguda nos últimos 30 dias] *Dor de garganta, eu to faz uns 5 dias assim. Bastante.* [Participante afirma que não foi ao médico, não está tomando medicação para esse problema e continua com dor]. *Tenho que tirar um tempo pra ir no médico. Chego em casa tarde, e já chego cansado e vou dormir. Só quando é dor de cabeça eu posso tomar alguns remédios, alguns eu tenho alergia, alguns eu posso tomar.* [Quando questionado se tem outra doença crônica além da asma] *A fibrose. A fibrose cística. Desde quando eu nasci, mas foi diagnosticado em 2000. Tinha 7 anos mais ou menos.* [Faz tratamento com medicamentos e suplementos alimentares para fibrose cística][Sobre a asma] *Tenho desde quando eu descobri a fibrose, que antes era como que eu tinha bronquite né, não tinha diagnosticado que era fibrose cística, daí era como se fosse uma bronquite normal, até que descobriram que era fibrose cística, daí veio junto a asma.* [Estava internado no hospital H4 quando foi diagnosticado que tinha asma] *Como fibrose né, daí até que teve uma médica lá que veio me avaliar assim, e pediu uns exames de suor, e daí nisso deu o resultado da fibrose cística, daí nisso ela já viu como a “ fibrose sempre tem no peito”, daí ela já viu se tinha asma, essas coisas, e tinha tudo, daí a asma junto.* [Tratamento de asma] *Com aquela outra, a bombinha. Aquela que aperta. Não era essa aqui [budesonida + formoterol]. Não me lembro o nome. Acho que esse aqui [budesonida + formoterol] era mais forte, por isso que eles [equipe médica que acompanhava] trocaram. Eu fiquei um tempinho, mas não fiquei muito tempo [fazendo tratamento com a “bombinha”]. Fazia, fazia um pouco [de efeito], mas às vezes eu fazia [usava] e continuava atacado.* [Sintomas] *Falta de ar, não conseguia respirar, daí eu ia lá, fazia [“bombinha”], daí dava uma amenizada né, meio que parava, mas não parava muito também [falta de ar]. [Falta de*

ar com o uso de budesonida + formoterol] *Melhorou. Ficou bem melhor. Eles [equipe médica] passaram agora pra “mim” usar, daí eu faço [inalação do medicamento budesonida + formoterol] de manhã, porque sempre, todo dia de manhã me atacava e antes de dormir, daí eu acordava ruim, daí agora eu faço [inalação do medicamento] de manhã e faço [inalação do medicamento] a noite, todo dia. Daí não ataca tanto né. De vez em quando dá [crise], ataca assim, mesmo eu fazendo [tratamento]. [O que sente quanto usa a medicação] Dá um alívio né. Porque tá preso [ar], não consegue respirar direito né. Daí dá uma aliviada [usando o medicamento]. [Quando questionado se já esqueceu de usar alguma dose da medicação] Sempre tomo. A gente tem dia que esquece né, quando acordo muito na correria pra trabalhar, daí sempre tá na mochila né, daí eu faço um pouco mais tarde, não faço tão cedo, daí eu faço ali por umas dez [horas] e pouco. Sempre faço [uso do medicamento]. [Como adquiriria a medicação da asma] Antes era, os [medicamentos] da fibrose cística também, “era” pela Farmácia [Farmácia de dispensação do CEAf] antes. Não, era pela Associação [Associação de Assistência ao Mucoviscidótico], não sei se era pelo mesmo lugar. Associação não fazia parte da Farmácia né. Era da Capital a Associação, não era daqui. Vinha o da asma junto com as vitaminas e com os outros. [Quando questionado se já precisou comprar o medicamento da asma] Já precisei. Uma vez faltou, daí não tinha vindo a outra cota [quantidade de medicamento] ainda, daí chegava a faltar e a minha mãe comprava. Carinha né [ao se referir que a medicação tem um custo alto]. [Quando questionado se teve dificuldade em usar a medicação e quem orientou] Não. Foi a médica. Doutora 7 e doutor 8 do [hospital] H4. Foi ela que descobriu. [Como faz acompanhamento médico para asma] Eu consultava no [hospital] H4 antes, com a equipe [médica] da fibrose cística e com os pediatras né. Eu fazia exame de espirometria pra ver tudo, pra acompanhar como que tava, se tava melhor, se tava pior. Era sempre bom [resultados da espirometria], mas daí tinha vez, tinha dia que tava meio atacado, tava meio ruim, mas daí era por causa da gripe. Eu sempre fazia o escarro também, pra ver se tinha bactéria. Agora eu sou acompanhado ali no [hospital] H1. Não sei o nome do médico agora, direito. Ali [consulta médica no ambulatório do hospital 1] eu vou de três em três meses, ele [médico] marcou. Daí quando é pra remédio assim [renovação dos processos do CEAf], e ele [médico] assina, ela [mãe] pede lá, e sempre tem que passar pelo médico, pela assinatura do médico. Se caso faltar, a cota tá pouca [quantidade do medicamento], ela [mãe] conversa com ele, como agora veio o frio né, daí a cota [quantidade] tinha que aumentar, porque daí tava atacando muito, daí um [frasco do medicamento] não*

tava dando. Daí tive que passar pra fazer de tarde de vez em quando, alguns dias, daí tava muito frio, de tarde atacava, mesma coisa de manhã, eu ficava meio atacado a tarde no trabalho, então eu sempre fazia [inalação do medicamento] três vezes [ao dia]. É, quando eu fico mal, daí eu já faço [uma dose do medicamento] de manhã pra prevenir, pra não atacar no dia, e, faço [uma dose do medicamento] a noite pra não atacar quando tá dormindo, pra não acordar assim. Daí de vez em quando eu faço [uma dose do medicamento] de manhã, mas mesmo assim de tarde dá uma atacada, daí vou lá e faço [uma dose de medicamento] quando tá atacado. [Quais fatores influenciam na crise de asma] Bastante a mudança de clima assim, tá calor assim e daqui a pouco fica frio do nada assim, daí dá uma atacada. [Poeira] Um pouco, não muito. Fumaça atrapalha. Pelo de animal não sei, porque já faz tempo não tem gato, só cachorro. Minha mãe cuida bastante [em relação a cuidados com tapete, cortina, cobertas], pode ver que no meu quarto nem tem cortina. Ela [mãe] já foi orientada bastante pelos médicos. [Quando questionado como considera sua qualidade de vida] É boa. Eu to bem melhor do que antes né. Eu to sempre melhorando né. [Tratamento para asma no dia-a-dia] Não interfere nada, eu acho, eu consigo fazer tudo assim. [Como a asma influencia na rotina] Não influencia muito. Bem dizer eu me acostumei né, a gente se acostuma com a rotina assim. [Cuidados que tem] Toda via tu tem que comer e tem que tomar os remédios. Vou almoçar meio-dia, vou lá, tomo o remédio, daí depois eu vou almoçar. Esses cuidados assim. Mas não interfere nada. É que é minha mãe que busca [medicamentos na Farmácia de dispensação do CEAF], às vezes ela [mãe] sente [dificuldade], às vezes ela [mãe] vai lá, e não é, que eu acho que o médico erra na receita, daí ela [mãe] tem que ir lá [Farmácia], daí não dá, daí ela [mãe] tem que voltar pra marcar um médico tudo, porque daí não tem como encaixar ela, ela [mãe] tem que marcar um médico, só pra ver a receita [quis dizer: refazer]. A Farmácia é meio longe, daí ela [mãe] vai de ônibus né. Às vezes ela pede para o meu pai levar, mas ela [mãe] sempre vai de ônibus. [Nebulização] Eu faço às vezes de manhã cedo e quando eu chego do trabalho. Aquela [Pulmozyme^R (dornase alfa)] é pra asma. Aquela ali [Pulmozyme^R (dornase alfa)] eu recebo pela Farmácia também, ela [mãe] pega junto. Vinha pela Associação, agora vem junto. Eu não sei bem direito se é por lá [Farmácia de dispensação do CEAF], mas eu acho que é. É porque eu tenho que fazer isso [nebulização com o medicamento] todo dia de manhã né, eu fazia quando eu trabalhava a tarde. E fazia sempre de manhã. Daí eu comecei a trabalhar de manhã, daí eu faço a noite ou se não de tardezinha assim. Ela [Pulmozyme^R (dornase alfa)] é mais pra “limpar o peito” assim. [Tratamento não

farmacológico] Agora, ultimamente, eu não to jogando bola, mas antes eu jogava bola, cansava assim. Eu fazia muay thai antes, mas daí eu parei um pouco, porque daí muita correria no serviço. No começo ela [asma] até incomodou um pouco, mas daí depois exercitando, ela [asma] ficou melhor, parecia que “abria mais o peito” assim. [Última crise de asma] Foi nessa semana, eu acho, ainda, foi segunda feira de noite, eu acho. Fui dormir meio ruim assim, com falta de ar. Porque daí eu fico meio com falta de ar, daí eu fiz ela [nebulização com Pulmozyme^R (dornase alfa)], daí já passou, a nebulização. É de vez em quando [ao ser referir a crise], mas todo mês eu tenho, que ataca assim, é, uma vez por mês. [Última internação] Eu nunca me internei. Só me internava quando era sintomas de bronquite né, mas depois que descobri a fibrose cística, eu nunca me internei. Daí “começou” a ter o cuidado certo, daí eu não me internei nunca mais. Era tudo no [hospital] H4 ou no [hospital] H1 aqui, antes. Agora eu tenho [plano de saúde] do [hospital] plano. Uso. De vez em quando, quando é exame de fibrose, eu uso o SUS né, porque é melhor. Eu já tenho o médico, tudo ali [pelo SUS], agendado. Só pra quando eu passo mal, tipo assim, daí eu vou lá [pelo plano de saúde]. [Nas 4 semanas anteriores, o doente teve: Sintomas diurnos mais do que duas vezes por semana] Só segunda feira, deu só uma vez. [Algum despertar noturno devido à asma] Ah, de vez em quando tem assim, ataca de noite, eu me acordo, eu me levanto e para. [Necessidade de medicação para alívio mais do que duas vezes por semana] Tive. [Alguma limitação da atividade devido à asma] Não, agora posso, porque eu não to fazendo exercício, nada assim. Então não é muito puxado. Eu não corro muito assim. [Resultado – sintomas parcialmente controlados] Por isso que eu uso [medicamento] de manhã e sempre a noite, pra controlar já, pra não chegar a “atacar”. Mesmo assim ainda eu tenho [crise]. Mesmo usando assim, sempre ataca. Os médicos mesmo falaram pra “mim” usar de manhã e à noite pra não atacar, no dia-a-dia assim. De vez em quando, mesmo assim, eu uso e ataca. A minha é controlada [ao se referir a asma], com essa dose, uma de manhã e a noite, é controlada. Só agora no frio, que daí ataca a tarde. Antes [do tratamento] eu vivia internado, agora que descobri a asma e a fibrose cística, nunca mais me internei né, porque eu soube o que que era né, e tava fazendo a medicação certa, daí não chegava a atacar, antes eu só fazia a nebulização da bronquite, daí eu ia no [hospital] H1 lá e fazia a nebulização lá, daí depois que eu descobri que eles começaram a passar [medicamentos]. São onze anos.

Entrevista 10

IS, 56 anos, casada, do lar, com ensino fundamental incompleto. [Quando questionada se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias] *Eu tive, porque eu tenho bronquite, enfisema pulmonar. No inverno eu sofro por causa da gripe. Eu também tomo aquela vacina da gripe. Mas no inverno eu vou muito para o PA, porque me dá muita crise forte de bronquite. (...) Por enquanto eu fui só uma vez. Faz umas duas semanas que eu fui no PA. (...) Aqui do Aventureiro. (...) [Sintomas] Muita falta de ar, daí eu tenho diabetes, pressão alta, tudo isso aí, daí subiu a diabetes também (...) Daí ele me dá uma injeção lá e faz inalação só. Daí acalma naquela hora. Porque eu também tenho aparelhinho pra fazer inalação em casa, daí eu faço em casa também, mas quando tá muito forte a crise, eu tenho que ir, porque daí eles me colocam no soro. Daí eu melhorei. Daí na hora que eu fico cansada, daí eu faço em casa. Mas é direto assim, porque a minha bronquite já virou enfisema do pulmão, não tem mais jeito de curar, tenho que cuidar, então por isso que eu tenho que tomar esses remédios pra cuidar, pra não ficar muito atacada, mas curar, não cura mais. [Tratamento para outras doenças crônicas] Consulto no postinho. [Diabetes, pressão] Colesterol, tireóide, e omeprazol para o estômago. [Como toma] De manhã, de meio dia e a noite, tudo depois da comida. (...) [Quando questionada se toma conforme a receita médica] Tudo certinho. Já acostumei. Muitos anos. [Acompanhamento com o médico do posto de saúde] Ele me pediu os exames final do ano que passou. Agora só final do ano que vou passar por ele. É que não tava alto meu colesterol, daí ele só pede uma vez por ano. No começo era mais. E lá no (hospital) H1, eu vou lá, mas não é bem uma consulta. Eu vou pegar receita nova. Eu deixei o laudo, e agora vou fazer um exame, do pulmão. [Quando questionada se a diabetes está controlada] Agora tá né, porque to tomando esse remédio. Mas tem que se cuidar também, se não descontrola. [Não toma outros medicamentos]. [Asma] Eu já tenho desde os meus dezenove anos. Eu já tenho desde lá. Não atacava no começo forte, porque eu era muito jovem, mas com o tempo foi aumentando. Aumentando. Aumentando. E agora eu me cuido, se não... [Tratamento] Faz tempo, mais de seis ou sete anos. Eu já perdi as contas. Eu comecei nova a fazer o tratamento com os remédios. Antes eu só fazia inalação, daí depois que eu passei pelo meu médico, que ele receitou esse medicamento da Farmácia [ao se referir a farmácia que dispensa CEAF]. Foi o doutor 3, ele era meu médico primeiro. Agora é o doutor 2. Eu fiquei internada, quando o hospital me deu um encaminhamento para eu pegar um médico do pulmão. Eu já fui internada por falta de ar muito*

forte. Tava quase virando pneumonia. Quando ele descobriu, porque foi ele que passou para eu pegar esse remédio. [Internação] No [hospital] H1. Duas vezes eu me internei. Eu fiquei ruim, os pulmões inflamou, foi onde eles descobriram que da asma já tinha virado enfisema do pulmão. Daí eu fiquei quase um mês abaixo de antibiótico. Daí de lá aqui comecei a me tratar com médico dos pulmões direto. Mas falta de ar eu sempre tive. Mas eu não morava em Joinville, morava em São Paulo. Era direto eu internada nos prontos socorros de São Paulo. Só tomava remédios na hora que o médico dava. Nunca deram um encaminhamento lá. (...) [Qual medicação começou o tratamento para asma] Foi com esses dois e a bombinha de salbutamol. Porque antes era a bombinha de Berotec^R. [Como usa budesonida e formoterol] É de 12 em 12 horas. De manhã e de noite. [Como usa o Salbutamol] Também é a bombinha, só que daí esse está até na receita, é quando eu tenho falta de ar. Daí eu faço dois jatos, mas só quando eu tenho falta de ar. Na hora que eu to boa assim, eu não preciso. Todos os dias, de manhã e a noite, de 12 em 12 horas [ao se referir a medicação budesonida e formoterol]. Eu não posso deixar faltar, por isso que tem que passar pelo médico pra fazer a receita e o laudo. (...) [Quando questionada sobre quando esquece de tomar uma dose da medicação]. Não esqueço. É muito difícil. Nunca esqueci. (...) [O que sentia antes de começar o tratamento] Eu ficava muito ruim. Muito cansada, mais do que eu fico hoje em dia. [E agora, como se sente fazendo o tratamento] Menos cansada, só mais no inverno, que daí me dá muito forte, porque primeiro ataca a gripe. Teve um inverno que eu corri umas quatro vezes para o PA. Era direto. Agora, depois que eu comecei a tomar a injeção da gripe (vacina), daí aliviou mais. Não é tanto. Eu só fui uma vez ainda nesse ano. E não foi tão mal assim. [Quando questionada que com o tratamento melhorou] Melhorou, bem mais. Mas a gente não vai ficar curada. (...) O médico disse que porque já virou enfisema e não tem cura assim. O remédio é só pra gente aguentar. Do jeito que eu posso, eu vivo. Às vezes se eu vou varrer uma casa, eu me sinto cansada. Talvez seja por causa do pó. Eu não posso usar produtos muito fortes na limpeza. (...) [O que faz quando passa mal] Eu faço inalação em casa. Se eu ver que com a minhas inalações, conforme as doses, não passa, eu tenho que correr. Porque daí lá eles colocam no soro. Daí eu corro pra lá. Eu corro para o PA. [Quando questionada se mais alguma coisa na casa influencia sua asma: tapete, cortina, coberta] Não. Eu uso mais como coberta, cobertor não, eu uso edredom. Só edredom mesmo (...) [Animais de estimação] A minha netinha tem, mas eu não chego nem perto. Porque ela deixa toda perfumada, daí eu nem chego perto. Eu não uso nem perfume forte, eu uso perfume sem cheiro. Fumaça também. Todo dia

tacam fogo ali [em pneus, perto da casa onde mora]. [Quando questionada se fumava] Fumava antigamente. Faz mais de 20 anos que eu não fumo. [Quando questionada se teve dificuldade de usar a medicação] Nunca tive. No começo que eu fazia esse exame, (...) tipo uma “bomba” também, eu tinha, mas agora eu já aprendi a fazer esse exame também [ao se referir a espirometria]. Agora fazia um ano, por rotina, porque já faz um ano. Ele compara pra ver como eu to. O último que ele comparou ele disse que não era uma coisa grave. Dava pra viver. Foi o que o doutor 2 disse, não precisava ficar com medo. [Onde adquiria a medicação antes do CEAF] Foi direto lá. O médico do pulmão já deu tudo do encaminhamento, daí eu fiz e comecei a pegar. No começo demorou. Não foi difícil. Tive que fazer os procedimentos que eles pediram. Eu fiz tudo certinho e levou três meses, três ou quatro meses pra vir. Vem todo mês. Certinho. Faz muito tempo, mais de dois anos, um faltou, duas vezes. Um dos dois. Agora eu esqueci qual. Eu fiquei sem, só tomei um. Eu não comprei, e não interferiu. No próximo mês eu já peguei. No verão é ruim porque é calor. Mas no verão pra mim é bem melhor. Eu me sinto melhor, eu não vou pro PA. Ataca, mas é mais fraco. Eu vou ali, faço inalação. Porque o médico me deu a receita e eu posso fazer em casa. Então eu vou ali e faço. Se eu me cuidar, de não usar perfume, não usar os produtos, eu posso viver um pouco normal, sem estar assim, sofrendo muito. Quando eu queria fazer tudo, limpar a casa com produto, eu vivia mais cansada. (...) [Consultas de acompanhamento com especialista no ambulatório do hospital H1] Sim, lá com o doutor 2. A cada três meses tem que passar lá. Levar o laudo e pegar a receita. Daí quando eu vou levar o laudo e pegar a receita, eu já deixo agendado para três meses de volta. A cada três meses daí eu tenho que passar lá. (...) Ele vem assinar e vem ali só perguntar pra mim como eu to. Mas é ela que me atende [assistente do médico]. (...) [Quando questionada se já precisou de uma consulta médica durante esse intervalo de 3 meses]. Não, com ele não. Graças a Deus. Porque daí quando eu precisei eu vou direto no PA. Eu nunca procurei ele daí. Porque eu já me acostumei. É mais rápido [ao se referir no PA]. Pra passar com ele, eu vou ter que ligar, agendar. Quando eu ficava mal, eu sempre fui para o PA. Era mais fácil e mais rápido também. [Última crise de asma] tem uns quinze dias. [Quando questionada das crises que faz inalação em casa] É uma crise que a minha nebulização faz efeito, eu sinto. Eu já to tão acostumada que desde os meus dezenove anos que eu faço inalação. Daí me passaram a receita, e eu tenho que fazer igual a receita, senão não vai fazer efeito. Eu faço como me ensinaram. Faz uma inalação e dentro de 30 minutos faz outra, se não fazer efeito, pode fazer três inalações. (...) Se não adiantar, eu tenho que correr. [Última

inalação] *Hoje. Eu faço quase todo dia. Quando dá canseira, que eu não faço uma bomba, eu faço inalação. (...) Porque os dois fazem o efeito, a bombinha e a inalação. No inverno sim, faz bem mais que duas inalações, por dia. A noite eu faço antes de dormir uma bomba, e as vezes de madrugada eu sempre acordo pra fazer uma. Para aliviar os sintomas. [Limitação nas atividades domésticas] Eu já percebi que varrer casa e passar pano. Lavar louça não. (...) Não sei se é o pó. O que é. Eu sinto mais sufocada, mais cansada. (...) Daí eu paro, me sento, às vezes faço uma inalação e daí continuo de novo. [Internação] Faz 4 anos. (...) Só para o PA. (...) Quando eu to com crise mesmo, crise braba, é muita falta de ar, daí eu tenho que correr. Quando é pouca, daí não precisa, eu faço nebulização em casa. No inverno é [frequente]. No verão é bem menos. Eu consigo. Com esse tratamento, com esse monte de remédio tem que conseguir. (...) Eu tomo certinho. (...) Eu procuro fazer tudo certo. Tudo nas horas certas. (...) Não dá pra ficar sem remédio, da diabetes, de colesterol, da pressão alta, daí fica ruim, já levanta a pressão.*

Entrevista 11

JCS, 62 anos, masculino, branco, serviços gerais (com couro), ensino fundamental incompleto, casado. [Quando questionado se teve algum episódio de doença aguda nos último 30 dias] *Só gripe né, mas gripe é normal, tive uma gripe forte mas eu sou vacinado né, daí já melhorei. Tomei Apracur^R com suco de laranja, Apracur^R eu tomo desde criança, nós só “toma” Apracur^R. Quando é assim [gripe que considera leve], eu tomo Apracur^R, mas quando é mais forte, daí eu vou no médico. Essa gripe não cai de cama, daí eu podia trabalhar normalmente, daí não fui no médico. Agora não bate mais gripe forte em mim, porque to vacinado, tomo todo ano [vacina], daí a gente fica mais forte né, daí bate gripe mais fraca. [Medicamentos que usa] Faço tratamento pra diabetes, fígado, hipertensão. Eu fiz tratamento pro fígado, porque eu fiz um ultrassom e deu uma mancha no fígado, daí fizeram um monte de exame, mas daí não deu nada, eu tava com medo que fosse hepatite, mas daí o remédio que eu tomei já limpou e melhorou. Atualmente, só faço tratamento pra diabetes, hipertensão e para o pulmão né, esse é o mais importante pra mim, porque é importante que não falte respiração, a gente tem em casa aquele aparelhinho pra fazer nebulização sabe. Tomo remédio pra pressão, não lembro o nome, mas tomo duas vezes no dia. Aqueles que eu peço na Farmácia [Farmácia que dispensa CEAF], de três em três meses eu tenho que ir no médico, no “postinho” [posto de saúde] eles renovam*

[processo do CEAF exigido pelo protocolo]. *Pra diabetes e hipertensão pego no “postinho”* [posto de saúde], *daí quando não tem ali* [posto de saúde], *eu pego na farmácia né, a popular* [Programa da Farmácia Popular do Brasil], *de graça. Sempre consulto ali* [posto de saúde], *daí só uma vez por ano vou no médico do pulmão* [pneumologista]. *O acompanhamento no posto faço de três em três meses, mas daí quando tem palestra alguma coisa lá, eu vou daí. Eu perdi uma vista* [não enxerga de um olho] *ano passado, teve um derrame daí perdi, daí fui no médico particular, tive que pagar* [a consulta], *mas daí meu genro faz parte do sindicato dos metalúrgicos, daí eles pagaram a metade e eu paguei a outra parte* [da consulta], *minha diabetes e pressão são bem “controladinhas”*. [Tratamento para asma] *Não é pra asma...]* *“é porque o pulmão dele não “abre”, esse remédio que ele toma é pra manter os “pulmões abertos”. Agora, a última vez que eu fui nele* [pneumologista] *ali, é só asma mesmo, antes ele dizia que era por causa do cigarro, fumei 40 anos, parei faz uns 10 anos, parei de fumar pra não morrer, o médico falou né “tu que escolhe ou tu continua fumar e faz o teu caixão”, foi bem sincero sabe, daí eu parei. Desde criança eu tenho asma, minha mãe me tratou desde criança, quando atacou o pulmão atacou tudo né, faz uns 10 anos. [Esposa relata] “na verdade nós levamos aqui no PA pra fazer tratamento pra ele, daí deram um remédio pra ele e ele não acordava, daí chamava, chamava ele, ele não acordava, foi mais de duas horas que eu tentava chamar e ele levantava e dormia de novo, aí levamos ele lá no médico do pulmão, aí o doutor 2 olhou o remédio que tavam dando pra ele e mandou jogar no lixo, ele mesmo jogou no lixo, falou que esse remédio não era pra ele, era um remédio do coração,mas ele não tinha problema de coração. Eu levei ele no doutor 2, mas a igreja pagou* [consulta] *porque não tinha como eu pagar tudo, daí fez aqueles exames caros lá, era uns 700 e pouco* [reais] *naquela época, daí a igreja pagou, daí onde descobriram que era do pulmão dele, que “é fechado”, por isso teve aquela crise, só que os médicos daqui deram o remédio errado pra ele aqui* [no PA]. *Ele ficou uma semana em casa, sabe o que é uma pessoa “atordoada”, uma semana em casa, daí vi que ele não reagia, que ele ia morrer, ele falava que via um monte de coisa sabe, aí chamei o pessoal da igreja, daí eles pagaram um pouco da consulta, daí nós levamos no doutor 2.” Agora vou uma vez por ano nele* [pneumologista], *eu vou no* [ambulatório do hospital] *H1 daí, ele* [médico] *pede pra fazer todos aqueles exames né, o de sopro* [espirometria], *do coração e bater chapa* [raio x] *dos pulmão. Consulto com ele* [pneumologista] *no* [ambulatório do hospital] *H2, pego no “postinho” a ordem* [encaminhamento], *levo no* [ambulatório do hospital] *H2 pra deixar lá com ele* [pneumologista], *daí*

pra fazer esses exames de sopro ele mandam ir no [hospital] H1, porque só fazem no [hospital] H1. Daí ele [médico] vê os exames né, pra ver se não precisa mudar os remédios, uma vez ele [médico] já mudou. Quando comecei com um remédio que era do mesmo jeito, o mesmo só que era um pouquinho mais fraco. No começo, nós compramos quase um ano, daí o médico me deu um cartão de uma empresa, que daí nos ligávamos e daí era mais barato, eu não pagava, os filhos que pagavam [medicamento]. Daí depois passei a pegar na Farmácia, mas é uma humilhação pra pegar um remédio lá [farmácia de dispensação de CEAF], leva isso, leva aquilo [documentos exigidos para o processo do CEAF]. [Fatores que podem influenciar a asma] O tempo influencia muito, eu já sinto canseira, o “pulmão resseca” muito né, quer ver se tem uma “fumacinha” [fumaça] ali fora eu já corro pra dentro e fecho tudo. Convivo bem com a doença, com o remédio né, tomo duas vezes ao dia de 12 em 12 horas. Eu já fiquei um tempo sem medicação, porque não veio, a sorte que antes, quando eu comprava eu economizava [dosagem do medicamento], tomava só meio [metade da dose], agora tenho um mês guardado em casa, daí quando falta lá [Farmácia], de vez de tomar dois eu tomo um [uma vez ao dia], porque nós não temos condições de comprar, não fico bem normal [referindo-se ao que sente usando a metade da posologia diária], mas tem que aguentar né, melhor do que passar sem nada. Quando faço nebulização com soro, alivia um pouco né, a falta de ar.

Entrevista 12

JSB, masculino, 79 anos, branco, aposentado, ensino fundamental incompleto, casado. [Quando questionado se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias] *Deu uma gripe, nunca me deu uma gripe tão forte como me deu agora, nunca vi ferroadá no corpo inteiro, na cabeça, só queria ficar deitado, dor nas pernas, dor no corpo. Deve fazer agora uns 20 dias, 15 dias por aí. Já to bom. Não cheguei a consultar [médico], me arrependi porque que não fui [no médico], tava demorando tanto pra melhorar. Tomei um monte de comprimido. Dizem que foi reação da vacina, mas eu acho que não foi, porque eu sempre tomei, todo ano. Todo ano eu tomo. Dizem que foi reação da vacina que deu essa gripe braba. Não sei talvez se não foi isso. [Como tratou a gripe] Só comprimido assim, eu mesmo [não lembra o nome e já terminou o tratamento que comprou na farmácia por conta própria]. Um pouco foi meu filho que trouxe pra “mim” tomar. Chá de casa, comprimido. Eu sempre tomo chá com mel, ponho mel e chá com laranja, aquele guaco*

que a gente ferve, mel junto, tomo, expectora bastante né. Foi melhorando, 7 dias já tava bom já. [Outra doença crônica] Não, só dos pulmões mesmo. Eu tomo pra azia, dá aquela queimação no estômago, eu sempre tenho, há muito tempo, eu até fiz agora um tomografia pra ver o que que tem no estômago, mas não veio ainda o resultado. Tem que pegar ainda [resultado do exame] Essa queimação, azia, muito azia, então eu tomo aquele comprimido que é bom pra azia, que a médica do posto me deu agora pra eu tomar, disse que é muito bom. Esse eu peço também no posto, é um [comprimido] por dia, em jejum [omeprazol]. É um por dia, de manhã cedo, em jejum. Esse aqui também é uma vez ou duas [vezes por dia]. Essa azia faz anos que eu tenho, e vou controlando com esse aqui [omeprazol]. Agora eu fui consultar lá com a médica e eu pedi, fui mês passado, antes da gripe, esses comprimidos sim [toma] há muito tempo. Não tenho diabetes, não tenho pressão alta, não tenho colesterol. Só bronquite mesmo, falta de ar. Asma. Bronquite. Faz anos já. Deve fazer já uns 27, 28 anos, por aí. Tava trabalhando e começou falta de ar, falta de ar. Eu sempre trabalhei em madeireira, fábrica de compensado, pega muito pó por causa da lâmina, ia classificando, então junta muito pó, a gente varre, depois trabalhei a muito tempo em máquina foguista, caldeira, pra esquentar as prensas pra fazer compensado. E ali a gente lida também com bastante veneno, da cola, com ácido, tem um ácido muito forte. Aquilo lá a gente tem que virar a “cara” [rosto] pra um lado e tampar o nariz, que vem e afoga. Deu já depois de velho já [crise de asma], e daí começou com a falta de ar. Isso deve fazer já uns 27, 28 anos que apareceu. Hoje eu to com 79 [anos], eu tava com 60 [anos] já, 55 [anos] mais ou menos. Engraçado porque a minha mãe também tinha bronquite, mas ela pegou depois de velha, depois de uma mulher velha já. Minha mãe tava num velório no inverno, e ela saiu do velório e foi pra casa, chegou em casa com aquela falta de ar, falta de ar assim, e aí começou [a asma] e nunca mais sarou. Engraçado, e os meus irmãos também já “deu” [asma], até teve dois que “morreu” disso aí [asma], e a irmã mais nova, primeira da casa, morreu disso aí [asma]. E deu sempre depois de pessoas já de idade. Sempre depois que tinha idade bastante. Mas engraçado que dá depois de certa idade, depois de velho já que dá. Os meus filhos, dois já deu isso aí [asma], desde “pequeno”. Um [dos filhos], meu Deus, quase morria, quando atacava mesmo, tinha que pegar ligeiro pro médico, sorte que a gente não morava muito longe do hospital, tinha que pegar no colo e socorrer ele. [Quando descobriu que tinha asma] Fui internado lá em Francisco Beltrão, morei lá, trabalhei lá. Fiquei lá um pouco, três anos só e vim embora. Acho que clínico geral [que foi atendido, diagnosticou a asma], não lembro mais.

Bronquite, asma [ao se referir ao diagnóstico do médico]. Naquele tempo não tinha os tratamentos que tem hoje, esses comprimidos, esses remédios bons aí. Naquele tempo a gente tomava aqueles comprimidos “ruim pra caramba”, aqueles “estragava” o estômago da gente que nossa, comprimidos e usava aquela bombinha spray, depois de uns tempos ainda que apareceu [“bombinha”], se não era só a base de comprimido, não tinha outro remédio né. Daí uns dois anos eu me mudei pra Joinville, até o médico lá de Conciolândia, eu me mudei pra Conciolândia, disse pra mim “você vai e procura um lugar bem quente pra você morar, aqui é muito frio e é ruim pra você isso aí”, aí que eu já tinha dois filhos aqui [no Município], solteiros, pagando pensão por aí, então vamos aproveitar e vamos embora pra lá. Viemos pra cá. E melhorei, melhorei bastante. Se eu morasse lá [cidade que morava anteriormente, com clima frio], já tava morto. Lá é bem frio. Piora, quer ver fazer mal é o sereno. É que nós somos evangélicos, então a gente vai na igreja de noite, chega em casa com aquele sereno, aquilo faz um mal, já chego espirrando já, que eu tenho um pouco de alergia, já começo espirrar. Mas depois que eu comecei a me tratar com esses médicos ali, meu Deus, melhorei cem por cento. É o 1 e o 2 [médicos que o acompanham no tratamento para asma, no ambulatório da policlínica de especialidade]. Até sexta feira tenho uma consulta com ele. Sempre com eles [médicos]. Eles marcam lá [consulta médica no ambulatório da policlínica de especialidades] a cada quatro, cinco “mês”, seis “mês”. Eles mesmo renovam ali com o médico [processo do CEAf], eu pego as folhas ali [Farmácia de dispensação do CEAf], levo lá [ambulatório], eles preenchem, só preenchem a folhas. Só quando eu vou consultar, daí fica marcado já. “Daqui a seis meses você vem”, daí eles ligam pra mim e eu vou. Acho que já faz cinco anos mais ou menos, seis anos [que é acompanhado no Ambulatório]. [Quando se sente mal, procura qual médico] Não me sinto mal assim, que “precise” ir no médico. [Crise] de asma não, sempre vou controlando assim com o remédio, que eu uso de manhã e de tarde, só um que não, um [tiotrópio] é só uma vez por dia. Até eu gostei daquele “rapaz” que me deu o remédio lá [na Farmácia], explicou como usava esse remédio, porque até agora ninguém tinha me explicado [usa o tiotrópio há 3 anos, e aprendeu a calibrar o dispositivo durante a última dispensação do medicamento na farmácia, faz 1 mês]. A minha irmã que explicou pra mim lá no Rio Grande que o médico falou pra ela como era pra usar, como era pra fazer né, senão o médico ali nunca me explicou nada. Esse aqui [tiotrópio] já faz tempo [que usa], esse aqui faz uns 3 anos que começou [a usar]. Não é que sinto melhor, é que saía ferida na boca, na língua assim, dizem que é porque não lavava a

boca quando usava o remédio, então o médico lá falou pra minha irmã, que ela também usa o mesmo remédio que eu uso aqui, então o médico lá explicou pra ela, daí ela me explicou, que eu tive lá ano passado. E agora o “rapaz” ali [Farmácia] me explicou, que cada vez [que usar o medicamento] tem que lavar a boca, porque sai ferida na boca. Eu gastei um monte de remédio, um monte de dinheiro com “esse” ferida na boca, meu Deus. Consultava aqui com a médica, e a médica me dizia “não tem remédio pra isso, não tem, não existe remédio pra isso aí [feridas na boca]”, e me dava uma pomadinha só pra passar, e um spray só pra passar na boca. Daí eu tava ruim um dia, daí fui consultar, conhece o farmacêutico, é muito famoso, o atendente de farmácia cura muita gente sabe, daí eu vou lá no farmacêutico, cheguei lá e consultei com ele, meu Deus, me deu um monte de remédio, ele disse “não é fácil isso aí, você tem que se tratar no mínimo seis a oito “mês”, tem que se tratar”. Daí a primeira “facada” foi 400 “pila” de remédio [ao se referir o custo elevado do medicamento], eu disse, tá louco, não tenho tudo esse dinheiro daí trouxe a metade, porque ele é “careiro”, a farmácia dele é “careira”, acho que não cobra a consulta, mas daí tira [lucra] no remédio, daí eu pegava ali os nomes dos “remédio” e comprava na farmácia [outra farmácia]. Agora to bom já. Não deu mais, agora to bem melhor. Que eu peguei essas feridas na boca já faz quase um ano, mas antes não doía, eu tinha aquele problema na língua, mas antes não doía nada, daí não me importava, mas de repente começou a doer, parece que tava com a boca assim cheia de pimenta. Ardia e saía aquelas bolinhas brancas na língua, e tava indo pra baixo da língua, pra garganta já. Daí o farmacêutico disse “se “ir” pra garganta é perigoso”, daí ele deu aquele monte de remédio, eu melhorei bastante com aquele monte de remédio, daí sarei. Mas depois começa a vir de novo. Agora tá parado [não tem mais o problema na língua], faz uns três “mês”, quatro “mês”, que melhorei. Deve fazer uns três anos ou mais [que usa o tiotrópio], não explicavam como é que é [como usa], o médico podia explicar né. Ainda ele falou lá [atendente da farmácia de dispensação do CEAF], que tem que soltar bem o fôlego, soltar bem o fôlego pra daí usar o remédio. Eu também não fazia isso. É muito bom esse remédio [ao se referir ao tiotrópio]. Com pó, aquele cheiro de mofo, bolor, mofo, tem que cuidar né. Umidade, cheiro de mofo, essas coisas daí é ruim. O que mais incomoda é cobertor, cobertor tem que ser usado aquele antialérgico, daí não faz mal, mas tem o outro [cobertor que não é antialérgico] que faz mal. Esse antialérgico não incomoda, com o lençol por baixo, daí não faz mal. Eu que limpo a casa, ela [esposa] tem problema de coluna. Só não posso fazer força ou caminhar muito ligeiro, subir “pra cima”, daí ataca né. Às vezes

caminho, não todo dia, ando de bicicleta também. Não dá pra forçar, fazer força, não dá pra fazer. Daí tem que ficar quieto, daí volta ao normal. Então esse aqui [budesonida + formoterol] eu uso duas vezes por dia, cedo e de manhã. E esse aqui [tiotrópio] é só de manhã [na receita estava prescrito para usar a noite, porém não sabia e justifica que é porque não sabe ler e o médico não explicou], todo dia. Primeiro eu usava muito aquela “nalização” [nebulização], eu usava muito aquilo lá. Faz tempo agora que eu não faço aquilo lá. Fui parando, fui parando. [Internação] Fiquei uma vez no [hospital] H1, logo que nós viemos pra cá [morar no Município], faz anos já. [Nunca mais ficou internado] Não, que fosse preciso internar, não. Consigo controlar [ao se referir aos sintomas da doença]. Fumei, mas faz mais de 30 anos que eu deixei. O frio faz mal. A gente se cuida um pouco também, a gente não exagera. Mas o que faz mais mal é fazer força, caminhar muito ligeiro, subir “pra cima”, cheiro de mofo, essas coisas assim faz mal, mas no mais, não prejudica nada. Graças a Deus esse remédio aí foi a minha salvação. Eu sofri muito, aqueles tempos que não tinham esses remédios, não podia fazer nada, nada mesmo. Daí depois que eles encaminharam esses remédios aí, começou a vir, daí não teve mais [crises]. Eu já tenho agendado lá [para buscar os medicamentos na Farmácia]. Esse aqui eu já tive que comprar uma vez, não fico sem, esse aqui pra mim é o principal, e “é caro” esses remédios aqui. Dizem que custa 250 [reais] esse remédio aqui [tiotrópio], lá mesmo [Farmácia] pego com a receita [processo judicial por ação extensiva]. Eu vou tranquilo, gosto de andar, vou de ônibus [para buscar a medicação na Farmácia que fica a uma grande distância da sua casa]. [Não consultou para gripe] A gente acha que já vai melhorar, que não era preciso, depois no fim eu me arrependi porque que não fui, podia dar uma injeção, alguma coisa pra melhorar. Uma vez eu tomava muito aquela injeção na veia, uma injeção grande assim, aquilo lá era bom pra mim, fortalecia a gente, melhorava o fôlego [não lembrava nome do medicamento a qual se referiu]. Depois não davam mais aquilo lá, no hospital, no pronto socorro, quando tinha crise assim, quando ia consultar, eu ia lá, faz tempo.

Entrevista 13

LMAA, feminino, 42 anos, branca, afastada por doença, com ensino médio incompleto, casada. [Quando questionada se teve alguma doença aguda nos últimos 30 dias] *Nos últimos 30 dias, na realidade eu to tratando essa trombose da veia porta, não tive internações, não tive nada*

assim, mas faço acompanhamento quase toda semana, ou a cada 15 dias. Ainda tenho sintomas, tenho dores, faço tratamento, acompanhada por uma equipe médica: hemato [hematologista], neuro [neurologista], vascular e o pneumo [pneumologista], todos as quatro [especialidades médicas]. Hoje eu faço [o acompanhamento] pela plano de saúde privado, faço no Hemosc, faço na clínica do doutor, pelo plano, porque daí a empresa do meu marido cedeu, por conta dessa última doença que eu tive grave, me incluíram no plano da empresa, então eu to coberta pelo plano dele, só a parte hematológica é pelo SUS. [Faz tratamento para asma e trombose] Só esses dois. [Quais medicamentos contínuos usa] Eu faço uso da varfarina, medicamento de pressão, que é a losartana 100 miligramas diário, e daí esses da asma, budesonida mais formoterol [adquire na farmácia de dispensação do CEAF], e faço uso do salbutamol, eu pego pela farmácia popular, de graça, e o Clenil^R, que é beclometasona, que eu uso em crises mais complicadas, daí eu uso os três [medicamentos], também na Farmácia [adquire a medicação]. Eu pego na Farmácia Popular o de pressão, a losartana. Eles eram os meus médicos do SUS, eu me atendia no [hospital] HI, com o doutor que é meu pneumo [pneumologista], há 25 anos, sempre foi aqui no ambulatório do [hospital] HI, aí como a empresa [do marido] pagou esse plano pra mim, eu faço [consulta] no consultório dele, e quando eu preciso das receitas [para renovação do processo do CEAF], eu consulto com ele aqui no [hospital] HI. [Quando descobriu a asma] É de nascença praticamente a minha asma né, já são 42 anos assim né, mas que eu faço tratamento assim, rigoroso, direto, contínuo é desde os meus 13 anos. Daí desde os meus 13 anos, eu uso essas mesmas medicações, às vezes mais, às vezes menos [ao se referir as dosagens dos medicamentos que usa], porque tem doses ali da budesonida que a gente pode diminuir né ou aumentar de acordo com as crises que tu “tem” né, pode chegar até 1.800 microgramas diárias, no momento eu estou usando 400 [mcg] de manhã e 400 [mcg] a noite. [Começou o tratamento com a] budesonida, e na época o salbutamol já existia, então era uma bombinha de suporte assim como o Aerolin^R, não é que eu me sentia bem, eu continuava tendo as crises e muitas internações, daí quando eu iniciei com a budesonida, ali uns 13 pra 14 anos, aí foi limitando, foi ficando menos as crises eu não tive tantas internações, praticamente mais nenhuma [internação] que eu me lembre. Porque minha asma é emocional, é do tempo, mudança de clima, tem vários fatores que desencadeia. Aí o que acontece, eu preciso estar bem fisicamente, psicologicamente, pra que eu não tenha as crises. Quando iniciava as crises, e não existia essa medicação na época, meu pulmão não “trabalhava” mesmo, eu apagava. Eu entrava direto pro

oxigênio, eu intubava, fazia coisas assim horríveis. Chegava a perder os sentidos mesmo, era muito forte os sintomas que eu tinha. E aí com esse controle, eu melhorei bastante né, com a medicação. Com certeza, tem outros cuidados, parte psicológica, fatores de ambiente, tudo isso influencia, tudo bem lavado coberto, pó, poeira, não posso ter acesso a nada dessas coisas que são alérgicas. [Cachorro] só lá fora [não deixa entrar em casa]. [O que sente na crise] É súbito a falta de ar, primeiros sintomas assim é fechar os brônquios e fica difícil pra respirar. Assim, como eu tinha antes, não [sintomas após o início do tratamento].[Nebulização] Também fazia na época, bastante, hoje assim só se der crises de gripe pra evitar, daí eu uso inalador, eu faço esse tipo de controle assim. [Tratamento não farmacológico] Hoje no momento, nenhuma, na época até eu fiz algumas fisioterapias bem no começo assim, quando eu iniciei essas medicações, até o doutor 2 pediu que eu fizesse alguns exercícios de respiração, há muitos anos, na época eu fiz, mas não tinha muito resultado. O que resolveu realmente foi aumentar as doses das medicações, “foi” 4 medicações mesmo que eu senti bastante alívio. [Limitações na rotina] Não, mesmo com toda essa medicação, não posso fazer uma corrida, não posso acelerar muito os passos, subir uma escada muito rápido, não posso, porque ataca muito a falta de ar. Fazer corrida, ou dançar muito assim, essas coisas assim que exigem esforço físico, pra mim é pior, daí me ataca mesmo se eu tiver tomado o remédio tudo certinho, me dá do mesmo jeito [crise de asma]. Nessas horas eu procuro ficar relaxada, fazer com que volte a batida do coração normalmente, o pulmão dar uma descansada e tal pra iniciar uma dose de medicamento, que é o que me pede [médico] que eu faça nessas horas, alivia. [Onde adquiria as medicações antes do processo do CEAF] Na época que eu comecei a tomar a tempos atrás, eram pagos os remédios, sim [comprometia o orçamento familiar], na época era muito caro, na época eu nem trabalhava, comecei a trabalhar bem depois, com 30 anos quando meus filhos já estavam grandes, então tudo era pago, era bem ruim. Fiz o encaminhamento [do CEAF para pegar na Farmácia]. [Sobre o serviço de dispensação do CEAF] Muito bom [organização], cada vez eu achei assim, com agendamento pra entregar o processo assim, achei que ficou bem melhor. [Acompanhamento médico] Na realidade há 5 anos eu faço com todos [médicos], faz 1 ano só que eu tenho plano que a empresa dele [marido] deixou pra mim, mas eu sempre faço [consulta] com o 2 [médico] a cada 3 meses no [hospital] H1, então pra mim são vinte e poucos anos que faço a mesma coisa. Eu faço toda consulta, ele pede espirometria, às vezes tá melhor, às vezes tá pior, tem que aumentar as doses. No início eu comecei a tomar o formoterol, eu não me senti bem,

eu tinha muita aceleração no coração, não fiquei legal, me sentia muito fraca, daí a gente teve que no começo tirar, depois ele [médico] colocou uma dose menor, até eu me adaptar novamente, porque só um tipo de medicação pra mim não resolve, só a budesonida, então a consulta é toda completa. Fui bem orientada [a usar os medicamentos], na época era pelo pessoal da farmácia mesmo, depois pela Farmácia. [Quando questionada sobre os efeitos indesejáveis das medicações] No começo, bastante [sentia efeitos indesejáveis das medicações]. Budesonida, ela resseca tudo o intestino, eu ganhei peso, que a gente nunca perdeu. Fatores de risco do remédio em si, não tem grandes fatores, mas é corticóide, por menos que seja, ele faz um mal no organismo né. [Participante foi sempre bem orientada e nunca desistiu do tratamento]. [Como usa as medicações] O budesonida mais formoterol eu uso 400 [mcg] pela manhã e 400 [mcg] a noite, então é 1 comprimido pela manhã e 1 [comprimido] a noite, são 800 [mcg] por dia, de 12 em 12 [horas]. Daí se dá uma mudança de tempo, alguma coisa diferente, ele [médico] disse que eu posso aumentar [dose] conforme a minha necessidade, eu posso chegar a 2 comprimidos pela manhã e 2 a noite, então é o máximo que eu posso tomar, dobro a dose. [O que sente pra aumentar a dose] Eu sinto mais cansaço, eu chio muito, o peito chia muito, e começa a dar outros sintomas assim, fora o cansaço, tosse né, tudo ligado a asma mesmo que piora bastante, daí eu dobro [a dose do medicamento]. Ou às vezes tu toma e aquilo não abre [vias aéreas] na hora né, eu sinto na hora a melhora [para respirar]. [Nas 4 semanas anteriores, o doente teve: Sintomas diurnos mais do que duas vezes por semana] Sim [Algum despertar noturno devido à asma] No momento agora não. A noite não. [Necessidade de medicação para alívio mais do que duas vezes por semana] Isso sim, com certeza, que é o salbutamol que é usado praticamente direto junto [com outros medicamentos]. [Alguma limitação da atividade devido à asma] Assim, eu não posso varrer casa, isso há muito tempo, mas agora parece assim [limita mais]. [Resultado – sintomas da asma não controlados] Na realidade, eu consigo controlar com a medicação [a asma], mas eu não consigo ficar todos os dias sem tomar o remédio, eu tenho asma durante os dias, mesmo com toda essa medicação, eu faço o uso do [medicamento] suporte, tanto que às vezes tem uma bombinha aqui, tem uma aqui, tem uma lá [ao se referir a todos os cantos da casa], e às vezes eu perco as três e fico desesperada porque fecha tudo mesmo [vias aéreas], então o médico me considera como [asma] moderada, pra mim. Eu considero ela [asma] hoje ela tá controlada, convivo bem, porque daí eu tomo a medicação, aquilo alivia, e pronto, já abre [vias aéreas], tu continua com a tua vida normal. De 1 a 10, uns 7 [pontuação que deu

para sua qualidade de vida], *porque tem algumas coisas que não dá pra fazer, convivo bem*. [Trabalha como cozinheira, e acha que sua condição laboral não influencia nos sintomas da asma] *Quando eu era costureira, antes de ser cozinheira, eu era costureira, daí meu pneumo [pneumologista] costumava dizer que “pelo amor de Deus, sai dessa profissão porque as fábricas eram muita poeira, então assim, atacava bastante as crises, dava aquelas crises de bronquite junto, mas daí eu mudei, e na cozinha não tinha esse problema junto. Nunca fumei, mas fui fumante por tabela, porque meu pai e minha mãe fumavam muito, meu pai por exemplo fuma 3 carteiras de cigarro por dia ainda com 70 anos, e minha mãe fumou a minha gestação toda, e a gente acabou fumando sem filtro, eles fumaram com filtro e nós sem. Acho que sim [influenciou a ter asma], porque não tem ninguém na família que tem asma, só eu*.

Entrevista 14

MAV, feminino, 79 anos, branca, casada, do lar, com ensino fundamental incompleto. [Quando questionada se teve alguma doença aguda nos últimos 30 dias] *Faz 1 mês já, deu começo de pneumonia, deu começo de infarto. Eu tava ruim da asma, daí deu... Eu fiquei nervosa assim. Fui ao hospital, melhorei, mas demorou. Estava na casa da filha, e era mais perto o hospital de outro Município. Agora, graças a Deus, só tenho muita dor nos braços. Acho que já tinha, mas faz pouco tempo que eu fiquei assim. Me dói isso aqui [ao se referir ao ombro], não posso trocar de roupa, me dói para pentear o cabelo, para tomar banho, tudo meus afazeres. Até colocar os pratos pra guardar, aquele peso dos pratos, me dói muito*. [Quando questionada se faz tratamento contínuo para outras doenças crônicas, responde que sim]. *É tanta coisa que eu não lembro mais nada [ao se referir aos medicamentos que usa]. Ando esquecida. Então a L [filha] me dá. Eu tomo junto com esse aqui, o lasartana, aquele pra fazer xixi [furosemida]. A minha cabeça já não consegue pensar. Eu to com a minha cabeça muito fraca*. [Diz sim, ao ser perguntada se a filha dá as medicações conforme estão prescritos na receita]. *Esses aí foram prescritos lá no hospital [de outro Município], quando eu fui na casa da minha filha, e passei mal. Todos os remédios são contínuos*. [Faz acompanhamento com o médico do posto de saúde - não lembra nome do médico]. *Quando acabam os remédios assim, sempre vou lá [posto de saúde] pra ele [médico] renovar a receita. A cada 2 meses. É fácil marcar consulta. Faço controle da pressão só quando vou no médico*. [Para asma, consulta com o médico no ambulatório da policlínica de especialidades,

doutor 1] *Eu tinha asma desde pequena, bronquite asmática e alérgica ainda, daí depois minha mãe curou, eu tive até 5 anos, minha mãe me deu tanto remédio, aí fiquei curada, e agora com a idade, voltou tudo. Faz muitos anos, faz tempo, mais que 15 anos, mais que 20 anos. Eu sentia que vinha aquele problema de falta de ar e assim, me foga a cabeça, sabe [ao se referir ao esquecimento]... Tosse, chiado, se cansa muito fácil. Daí fui consultar, e o médico disse que tinha asma e passou esse tratamento aí. Esses aí não [ao se referir que não teve dificuldade de usar os medicamentos prescritos – budesonida e formoterol]. Eu sempre uso duas vezes por dia, de manhã e de noite. Eu sinto a necessidade, porque se eu levantar assim, que não usar, me esquecer, quando eu venho aqui pra fazer as coisas assim, pronto, daí eu começo a sentir falta de ar. Quando tomo, dá um ardume na garganta, daí eu tenho que fazer gargarejo, mas alivia. [Quando questionada se toma outras medicações para asma, diz] Só isso aí, quando me ataca muito a bronquite, daí tomo um xarope. Compro. Já sei, mando comprar, tomo e melhora, graças a Deus. Tomo chá quando me lembro, por que acho que ajuda. [Quando questionada se já fez ou faz algum tratamento não farmacológico pra asma - fisioterapia, caminhada] Não. “Não consegue andar muito” [diz a filha]. [Quando questionada se a asma influencia no seu dia-a-dia ou na sua rotina] Sim, a doença limita em algumas coisas. É triste essa doença. Só quem tem essa doença, que sabe o que é. Quando ela vem forte mesmo, que ataca a respiração, faço “bombinha” também [ao se referindo a inalação]. Faço inalação. Quando está mais fraco, eu tomo só os remédios, mas quando vejo que está muito atacado assim, daí eu faço [inalação]. Eu faço com soro, com Berotec^R e Atrovent^R. [Quando questionada se o calor ou frio influenciam sua asma, responde -] Tanto faz, tanto o calor como o frio, é a mesma coisa. Fumaça, também não posso sentir. Perfume, eu tenho aquele rapaz [neto] que está aqui comigo, ele põe aqueles perfumes fortes, e eu falo sai daqui, porque tá muito forte esse perfume, daí já não me sinto bem. Não tenho feito mais [afazeres domésticos], porque a filha sempre faz pra mim. Ela diss: “a mãe já trabalhou muito, demais”. Eu trabalhava no sítio, na roça. Ela não usa produto químico [para a limpeza da casa]. [Quando questionada se influencia tapete, cortina ou coberta, diz -] isso não. Nem gosto de ter [ao se referir a animais de estimação]. Tem uns gatos aí, mas eu não deixo entrar. Se não ataca. [Nunca fumou]. A fumaça do cigarro como incomoda. Quando vejo uma pessoa fumar, dá vontade de mandar jogar fora. [Crise de asma] A última crise de asma, faz um mês. [Foi ao médico. Não lembra a última vez que foi internada por asma]. [Quando questionada se desde começou a fazer o tratamento melhorou a qualidade de vida, diz que -] Sim, melhorou. [Nas 4 semanas*

anteriores, o doente teve: Sintomas diurnos mais do que duas vezes por semana] *Sim*. [Algum despertar noturno devido a asma] *Às vezes eu acordo, porque daí vem muita tosse também. Começo com tosse, e ataca.* [Necessidade de medicação para alívio mais do que duas vezes por semana] *Eu fazia inalação todos os dias. Agora não, graças a Deus. Agora não faço mais.* [Alguma limitação da atividade devido à asma] *Sim*. [Resultado – Sintomas da asma não controlados]. *Acho que sim. A gente se acostuma com ela [doença].* [Frequência de consultas ao pneumologista] *Eles me chamam de lá. Era de 3 meses, mas não me chamaram mais, agora faz uns 6 meses. Eles não me chamaram* [ao se referir ao ambulatório da policlínica de especialidades]. *Pra renovar o processo, vou no posto de saúde.* [Quando questionada, se ao sentir-se mal, se consegue marcar consulta com o pneumologista] *Não, aonde eu fui em outro Município. Eu tive que ir em outro Município, porque eu tava na casa da minha filha, e eles me levaram lá. Para ir no pneumologista é só quando eles chamam.* [Aquisição dos medicamentos para asma] *A filha que busca na Farmácia, ela tem que esperar até chegar a hora dela. Às vezes é marcado a hora, às vezes não, daí ela tem que esperar. Mas sempre tem a medicação, eu nunca fiquei na mão. Sempre consulto pelo SUS. Não tenho plano de saúde. Eu trabalhava só na roça, acho que tudo isso, eu trabalhava no sol, acho que piorou a asma.*

Entrevista 15

MGA, viúva, feminino, 75 anos, parda, pensionista, ensino fundamental incompleto - analfabeta, nunca estudou. [Quando questionada se teve nos últimos 30 dias alguns episódio de doença aguda] *Olha, eu to em tratamento, eu tive doze dias em fevereiro internada, com ordem do doutor 1, porque eu tava com um problema, e em quarenta dias eu emagreci vinte e dois quilos, de repente assim, sabe. Aí eu fui na médica do posto, e ela mandou fazer uns exames, uma endoscopia, pra fazer uma biópsia pra ver se eu tinha no estômago, se encontrava qualquer coisa no meu organismo né, e infelizmente não encontrou nada. Eu até tinha duas úlceras que “foi curada” com remédio que eu ganhei de uma médica lá do centro, faz dois anos. Eu ainda to tomando, vou continuar a tomar, desmanchou tudo, daí ela não fez a endoscopia. Daí eu fui no doutor 1, que eu vou de três em três meses consultar com ele, devido os problemas do pulmão. Daí eles encaminharam, eu to fazendo uns exames aí, até sexta feira eu tive lá nele [doutor 1], só que eu tenho que pegar outros médicos até amanhã cedo né. Sabe lá Deus quando que eles vão me*

chamar para entregar os exames. Tá tudo cadastrado lá os dados. [Outra doença crônica] *Eu uso contínuo o remédio da pressão e bronquite só, os dois [tratamentos] que eu tomo contínuo.* [Quando questionada se faz consulta no posto de saúde] *Sim. Bem pertinho não [a distância da sua casa ao posto de saúde], de pé vai uns 15 minutos, mas sempre que eu caminho, me tranca tudo, dá falta de ar, não posso caminhar, tenho que para, então sempre os filhos me levam, os netos, os filhos, qualquer um levam e qualquer coisa a gente pega um taxi.* [Onde adquire os medicamentos] *Um [dos medicamentos] eu pego no centro, na Farmácia [farmácia de dispensação do CEAF], e os outros eu pego no posto, e quando não tem no posto eu pego na [farmácia] privada.* [Sobre os medicamentos losartana e sinvastatina] *Eu tomo um [comprimido, de cada medicamento] todo dia de manhã, só de manhã, eu tomo dois [comprimidos] pra colesterol ali eu tomo dois [comprimidos], porque é 50 “gramas” [mg], porque não tem no posto de 50 [mg], tem de 25 [mg], então daí eu tomo dois [ao se referir a losartana – anti-hipertensivo]* [Participante confunde os medicamentos e não toma conforme a receita que pede que tome o medicamento hipolipemiante à noite]. *Eu só tomo de manhã. Eu tava fazendo isso [ao se referir que estava tomando os medicamentos conforme a receita médica], aí a médica disse como eu tava bem recuperada assim, “não pára de tomar, mas toma todo dia um [comprimido] de manhã em jejum, não precisa tomar dois [duas doses]”.* *Esse eu pego no posto. E esse aí [salbutamol] eu pego na farmácia [pelo programa da Farmácia Popular do Brasil], porque no posto não tem a bombinha.* [Medicamentos que usa para asma] *Eu tomo aquelas duas bombinhas né [budesonida + formoterol e salbutamol]. Esse aqui [budesonida + formoterol] eu faço duas “chupada” [inalação] né, duas bombinhas [duas doses]. Direto. É só todo dia de manhã, agora eu tenho que fazer duas vezes ao dia, então na outra receita que o doutor l marcou agora pra mim, eu tenho que pegar dois tubos [dois frascos da medicação], porque um só não tá dando. Eu tenho que fazer todos os dias. Ali por umas oito [horas] e meia, nove horas, daí eu faço a minha cama, dou uma “varridinha” [varrer] a casa, daí já começo “o gato a miar” [chiado], daí eu vou, me sento, tomo esse e em seguida tomo esse aqui, os dois [medicamentos budesonida+formoterol e salbutamol]. Eu boto um comprimido aqui dentro [dispositivo do medicamento], e furo e chupo também. Um [uma dose] de manhã e de noite, mas quando tá muito apurado, às vezes apressa muito, ataca, eu faço de manhã e de tarde, senão eu faço só de manhã, os dois [medicamentos budesonida + formoterol e salbutamol]. Que é pra segurança né. Porque um só [um frasco de budesonida + formoterol] não tava dando mais.* [Quanto tempo

faz tratamento] *Pra asma e bronquite. Faz de 15 a 18 anos mais ou menos, que eu comecei [a fazer consultas particulares] no consultório dele, no consultório do doutor 1. Outra vez me encaminharam para “mim” consultar com ele aqui no [ambulatorio do hospital] H1, daqui eles me encaminharam pra lá. Daí eu fui no consultório dele, e ele me encaminhou as folhas pra “mim” encaminhar pra “mim” poder ganhar [processo pelo CEAF], porque eu ganho um salário e nem sempre vai dar conta né [ao se referir em comprar a medicação]. Eu comecei [sentir-se mal] quando essa filha tinha um ano e pouco [há 45 anos], eu fui aguentando, eu fui aguentando, com chá caseiro, com simpatia, mas quando foi no fim, eu vi que eu não aguentava mais fui obrigada a procurar o posto de saúde. Ali o doutor 1 [prescreveu medicamento], eu tinha que comprar o remédio, era tudo muito caro. Paguei duas consultas com ele, daí a depois não, só levava a receita que eu pegava, levava lá [consultório do médico]. O último exame que eu fiz que foi pago pra fazer [espirometria exigida para o processo do CEAF], quando eu acabei de fazer esse exame e fui lá levar pra pegar não sei que taxa foi, ele [médico] disse pra mim “eu vou te fazer pela metade MGA”, eu adoro aquele médico, [médico disse] “eu vou te cobrar só a metade dessa consulta e vou te encaminhar para ti pegar esse remédio de graça, porque isso não é vida, se um dia você se curar, a gente dá baixa lá na Farmácia [Farmácia Escola], e tá acabado”. Eu passo lá então de três em três meses, ou de seis em seis meses, na consulta dele lá no ambulatorio [ambulatorio de especialidades]. Aí eu não preciso pagar [consulta], e daí eu ganho o remédio [CEAF]. Assim que eu comecei a consultar com ele, há uns 15 anos mais ou menos [começou tratamento com budesonida + formoterol], eu comprava na farmácia, um ano, um ano e pouco eu comprei. Quando eu não podia comprar, os filhos davam... e assim foi. E eu disse pra ele, ai doutor 1 eu não vou dar conta de me curar, porque eu não tenho condições de comprar [o medicamento]. Aí eu peguei lá [Farmácia], e tá fazendo um anos mais ou menos que mandaram eu pegar essa bombinha [salbutamol não consta mais na relação de medicamentos do CEAF] aqui no posto. Duas ou três vezes [adquiriu pelo posto de saúde], porque nunca tem. Eu pego na [farmácia] privada [pelo Programa da Farmácia Popular do Brasil] “pela ordem do governo”. [Quando questionada o que sentiu após o início do tratamento] Tudo né. É pra dormir, é pra conversar, pra caminhar, agora que tá dando pra atacar mais ainda, mas um pouco também é por causa da idade né. Pode ser. Eu acho que é, não sei. Sem esse remédio aqui [budesonida + formoterol] eu não sou nada. Não dou conta nem de fazer meu almoço. Eu dou contar [dos afazeres domésticos], eu vou fazendo conforme eu posso. Se eu posso*

fazer mais, eu faço, no dia que eu não posso, eu faço menos. [Quando questionada se fumava] *Fumei, trinta e dois anos. Mais de vinte anos [parou de fumar]. Bem antes [de começar o tratamento]. Eu fiquei trezes dias internada no [hospital] HI por causa do cigarro. Me atacou a pontada [ao se referir a pneumonia], me atacou tudo. E daí quando eu me internei o médico disse “ou tu larga do cigarro, ou manda fazer o teu caixão”, eu tinha filho pequeno ainda, com sete anos, eu já era viúva, eu preferi deixar do cigarro pra cuidar dele e dos netos né. Acabei de tomar [medicamento], e eu não sinto mais nada [ao se referir ao chiado]. [Sintomas antes do início do tratamento] Falta de ar, muita tosse, muito catarro, passavam em noite comigo [não conseguia dormir], sentada no lado da cama assim. Agora eu durmo que nem uma “porquinha velha”. Tomando o remédio não me incomoda [ao se referir aos sintomas]. Daí eu saio por aí, e o meu “remedinho” vai junto. Faço tudo. [Fatores que influenciam os sintomas] Tem hora que eu sinto um calorão, com frio mesmo. [Cachorro] Não, porque ela só fica lá fora. Não entra aqui dentro de casa. Nada. [Quando questionada sobre o serviço de dispensação da Farmácia] Nem “é eu” que vou buscar [medicamento]. Quem vai buscar pra mim, é a minha vizinha, porque a família não deixa eu ir sozinha e tem hora que tudo trabalha e não tem carro pra “mim” ir. Então a minha vizinha vai [Farmácia], busca [medicamento], ela que marca o horário de buscar, só vou quando é pra consultar. Eu consulto e eles já mandou eu passar ali na frente e marcar [retorno da consulta], de três em três meses, e conforme eu tiver, eles marcam de seis em seis meses, conforme o doutor 1 consulta. E se acaso eu precisar antes, daí eu ligo [ambulatório da policlínica de especialidades], a gente já é conhecido mesmo. Esse mês foi um, eu liguei lá, eu falei pra moça que eu tinha uns exames pro doutor 1. Então eu vou fazer assim, eu vou fazer os exames tudo e depois eu ligo pra marcar a consulta. Ela já marcou pra sexta feira. Nunca [teve dificuldade de conseguir consulta médica com especialista], o máximo que leva é quinze dias, mas nem leva [demora]. [Quando começou a asma] Foi um resfriado que eu peguei, nunca mais [melhorou], dava pra matar mesmo [crises].*

Entrevista 16

MLLG, feminino, 57 anos, branca, casada, pescadora, com ensino fundamental incompleto. [Quando questionada se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias, responde] *Não. Nos últimos dias nem a gripe não me deu. Porque quando me dá a gripe tem que correr para o*

hospital porque me ataca mesmo. Eu já fiz tudo quanto é tratamento para eu sarar da bronquite. Daí ataca mesmo, que de noite eu não durmo. Até tenho que fazer nebulização que fica à beira da cama, quando ataca mesmo. Agora, graças a Deus que não deu. [Faz tratamento para outra doença crônica]. Faço da diabetes... Tenho diabetes, tenho tireóide, que eu tomo remédio todo dia. Da tireóide eu tomo em jejum. Da diabetes eu tomo dois comprimidos, um de manhã e outro à noite. E também pra sinusite, que eu tomo remédio pra dor, quando me dá dor forte, daí eu tomo. Eu tenho sinusite também. Eu consulto, o médico me dá receita, e daí eu tomo. Só nesses dias, porque eu sinto muita dor, eu fui lá no PAM do bairro, daí o médico me deu remédio pra dor, para aliviar a dor. Me dói quando eu ando muito ou se eu fico muito tempo sentada ou em pé. Daí me dói. Daí ele me deu remédio pra dor, mas eu tomo assim quando dá dor só. [Acompanhamento médico] Aquele [médico], ali no postinho. Daí o médico me dá receita, para renovar a receita [quis se referir ao processo do CEAF]. [Frequência das consultas] Quando está vencendo, leva um ano eu acho. A gente vai, daí a enfermeira, porque eu faço acompanhamento da diabetes uma vez por mês, daí ela vê quando tá vencendo, ela já marca consulta para nós irmos pegar receita nova. [Se precisar consultar antes desse período] Daí eu vou antes. [Aquisição dos medicamentos] Pego no postinho, também, de saúde. Esses aí pego no postinho. [Asma] Desde de criança eu tenho asma, desde pequena. Não podia correr, não podia brincar de corrida, daí me atacava e eu tinha que sentar. [Tratamento] Faz muitos anos já. Quem me deu essa bombinha foi o médico lá no hospital lá de (...), H3 lá. Que antes me dava só remédio assim. Eu ia pra lá, fazia inalação. Vinha pra casa, também fazia, porque eu comprei o aparelho para fazer. Daí eu fui lá e o médico me deu a bombinha e comecei a comprar. Ah, depois, me encaminharam para o médico lá do hospital H2. Daí lá ele receitou que eu fui pegar lá na Farmácia. No começo fazia nebulização só. O que que o médico me deu era uma caixa grande que era dois tipos de comprimidos. Primeiro fazia um e depois fazia o outro. Daí depois o médico trocou, o médico lá do [hospital] H2, trocou por esse daí [ao se referir a budesonida + formoterol]. Daqui do postinho que me encaminharam pra lá [consulta ambulatorial com o médico do hospital H2]. Faz muitos anos já. O clínico mandou para o médico do pulmão. O médico do pulmão de lá do hospital H2, com o laboratório embaixo, me encaminhou para “mim” pegar esse daí [budesonida + formoterol]. Faz uns dez anos eu acho. Faz dez anos que eu uso essa medicação. [Quando questionada se teve alguma dificuldade de usar os dispositivos no começo do tratamento] Não, não. Isso se deu tão bem comigo. Uma benção.

[Sintomas antes do tratamento] *Eu sentia muita falta de ar, doía o peito, doía as costas. Depois do tratamento não doía mais nada. Graças a Deus, foi tão bom. Se eu for varrer a casa sem a bombinha, eu não dou conta. Aí tem que fazer a bombinha [dispositivo de inalação de budesonida + formoterol] para depois começar a mexer nas coisas. Eu não dou conta de fazer. Daí começa a me dar aquela sufocação, sabe. [Modo de usar a medicação] Ali tem a bombinha e tem o comprimido... Põe aqui a pílula [dispositivo de inalação de budesonida + formoterol], daí eu fecho e aperto, daí arrebenta lá dentro e eu chupo. Só esse pra asma. Eu faço aqui, daí chupo o pozinho e limpo minha boca. Daí depois o médico mandou eu beber água encima. Só de manhã. Um comprimido só por dia eu uso. Por isso 60 comprimidinhos para os dois meses. Todo dia de manhã. [Quando questionada se já esqueceu alguma dose] Não. Não posso esquecer. A bronquite mesmo me faz me lembrar. Porque quando eu vou começar [ao se referir a qualquer afazer doméstico], já me ataca, eu sou obrigada correr fazer [uma dose da medicação]. [Quando questionada se já ficou sem a medicação] Não, nunca fiquei [sem a medicação]. Quando eu não pegava [na Farmácia de dispensação de CEAF], eu comprava. [Renovação do processo do CEAF] Daí pra renovar a receita eu vou aqui no postinho, e o médico preenche a receita pra mim. De três em três meses. Agora consulta também, porque antes só levava lá e o médico preenchia. Agora não, tenho eu que marcar a consulta com ele para ele poder preencher. Ainda fui esses dias, porque ele mandou bater um raio x do pulmão, porque eu tava sentindo dor no peito, parecia que me atacava o coração, porque o pulmão pode atacar. Ele disse não, que isso aí não ataca, mas vamos bater um raio x pra ver. Faz mais de 30 anos, me deu uma coisa no meu pulmão que tirava um pedaço de coisa pra fora, sabe. Quem me tratou foi o médico do posto que era lá do... [não lembrava do serviço de saúde] Fiquei 30 dias no hospital internada. Daí saía bolas de coisa pela boca. Até eu pensei que tava fraca do pulmão. Mas daí eu perguntei para o médico e disse que não era, mas o que era aquilo? Ficou um buraco no pulmão. Daí ele disse pra mim que cada eu ir no médico era para eu falar. Nunca senti mais nada. Acho que aquele buraco fechou. Eu nunca fumei. [Quando questionada se a fumaça influencia] Dá falta de ar [fumaça]. Só que trabalhei no mar e lidava muito com fumaça, porque a gente fazia fumaça para poder espantar o mosquito, para o mosquito não morder a gente. Daí nós fazíamos muita fumaça de lenha e de pano, daí aquilo a gente inalava tudo. Fazia um pouco de mal. [Outros fatores que influenciam os sintomas da asma] Gripe quando ataca muito forte. Poeira da casa também. Uso coberta, mas a coberta é antialérgica, quando eu vou*

comprar eu já digo. [Tratamento] Com o tratamento eu me sinto muito bem, graças a Deus. Quando eu ia para o mar eu fazia bombinha antes de ir. Um dia não fiz, e voltei lá da metade do caminho pra tomar o medicamento. Daí vim fazer e depois voltei, porque senão não dava conta de continuar a viagem. [Sintomas] Falta de ar. Falta de ar mesmo. Aquela sufocação. A gente faz aquela força pra suspirar, dói até o peito. A caixa do peito, dói tudo. Daí tem que fazer a bombinha [budesonida + formoterol] e ela passa. [Nebulização] Fazia, fiz bastante. Agora não faço mais [nebulização], só quando me ataca a gripe. O frio é pior que o calor. Porque a gente põe muita roupa, muita coisa. Ataca mais. [Onde adquiria a medicação do CEAF antes da abertura do processo] Eu comprava [medicamento]. Pagava oitenta e pouco reais, nos dois. Só um pagava quarenta. Agora tá mais caro. Faz tempo já. Daí o médico encaminhou [processo do CEAF]. Eu não deixava faltar. A gente não tinha dinheiro pra comprar. Daí comprava naquela ordem da farmácia dele [esposo], quando não tinha dinheiro [plano de coparticipação da empresa que o marido trabalhava]. Agora busco na Farmácia [farmácia de dispensação do CEAF]. Eu que vou. Pego o meu e pego o dele [esposo]. A gente que ganha, faz de tudo pra não deixar faltar. [Crise de asma] A última crise, foi em dezembro, eu acho, do ano passado, que me deu bem forte [faz 7 meses]. Daí vou no pronto socorro, tomo injeção lá. Fui aqui no [hospital] H1. Daí lá me dão uma injeção, me dão inalação. Vai indo, vai indo, vai acalmando. Só fico lá de recuperação, depois eles mandam embora. Ali eu vou porque me ataca forte [hospital H1]. É mais perto. Às vezes atendem, às vezes não querem atender. Daí eu corro para o PA. [Internação] Depois eu nunca mais fiquei internada. Só vou lá e fico em recuperação. Eles dão a injeção, fazem a nebulização. Fico lá um pouquinho de recuperação e depois mandam embora. [Limitação nas atividades domésticas] Graças a Deus faço. Caminhar, caminho só em casa. Caminhar não consigo por causa das minhas costas. Pela asma não. Mas se eu andar um pouco, também me cansa. Com o tratamento vivo bem. Podia ter pegado antes, mas os médicos não davam. Quem me deu só foi lá no [hospital] H3 mesmo. Depois que eu fui para o hospital São José, que daí ele trocou. Lá no hospital H3 ele me deu um que usava primeiro e depois o segundo. Punha na bombinha. Um pouquinho diferente desse daqui [medicamento atual]. Porque desse que eu tomava não tinha lá na Farmácia o médico falou pra mim. “Então eu vou trocar para a senhora, porque desse aqui não tem lá na Farmácia”. Mas é bom, que faça proveito, eu disse pra ele. “Muito bom, a mesma coisa”, ele disse. Daí ele trocou por esse aqui [medicamento atual], mas quem deu pra mim foi lá do hospital H3. Me encaminharam pra lá [o posto de

saúde]. *Fui com falta de ar pra lá [hospital H3], fui atacada. Daí o meu genro me levou lá. Porque aqui no hospital H1 não atendiam. Os “postinhos” 24 horas também não tinham naquele tempo [querendo se referir aos Pronto Atendimentos (PA) 24 horas]. Não tinha [PA] 24 horas. Daí ele me levou pra lá. Daí o médico de lá que me receitou a bombinha. Daí era outra. Daí quando o médico do pulmão me chamou, daí trocou, porque eu disse pra ele que comprava. “Então eu vou dar pra senhora, pra senhora ganhar”, ele disse. Se ganhar melhor ainda. Faz um bom tempo, mais de 10 anos.*

Entrevista 17

MRP, masculino, branco, 65 anos, casado, aposentado, com ensino fundamental incompleto. [Quando questionado se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias] *Não, eu tomo essa injeção, me ajuda bastante pra não dar bronquite, pontada de pneumonia [vacina da gripe], a gente toma todo ano, até ficava muito atacado da gripe né e essa injeção ajuda bastante.* [Não faz tratamento para outra doença crônica além da asma] [Uso de alguma medicação] *Omeprazol pra gastrite, esse aí eu uso, mas tem que tomar a cada dois dias, o médico que mandou, esse eu compro, é continuo também esse eu tomo, eu tenho receita do médico.* [Asma] *Já tenho [asma] há bastante tempo já, uns quinze, vinte anos já, quando eu era pequeno, eu tinha. Começou a dar assim, daí depois foi atacando mais.* [Esposa] *“Porque no início ele dava crises assim, por exemplo, se ele tava lá no quarto, a gente escutava aquele “chiasso” [chiado] assim, ele não tomava esses medicamentos ainda, aí começou a fazer aquelas bombinhas de apertar, daí depois usou uma [“bombinha”], que não me lembro o nome, que a gente comprava. Daí depois nós pagamos uma consulta com o médico aqui, daí ele receitou esses medicamentos, aí alguém informou a gente desse processo [CEAF], daí a minha filha encaminhou, e ele começou a receber [medicamentos]. Doutor 1”. Não era crise assim, forte, [sentia] falta de ar, mas depois que comecei a tomar o remédio não meu deu mais assim.* [Esposa] *“Mas ele tem sempre esse [pigarro], isso aí, sempre, mas o médico disse que não é do medicamento, isso já é da própria doença. O cheiro de roupa se tá muito tempo no guarda roupa ele não pode, um perfume muito forte também não pode, é uma alergia assim. Falta de ar, fica bem atacado assim.* [O que faz quando tem falta de ar] *Eu tomo [inalação] os remédios e pronto.* [Como usa os medicamentos formoterol e budesonida] *Na parte da manhã e umas três horas, quatro horas da tarde, uma cápsula de cada,*

duas vezes ao dia. O médico me ensinou bem [a usar os medicamentos], certinho. [Como ficou a falta de ar com o tratamento] Agora é bem menos, agora eu faço [inalação das medicações], ando, corro normal, daí não sinto mais cansada assim. [Esposa] “Normal, entre aspas, porque daí quando começa a acabar o efeito [ao se referir que sente cansada]. Eu sempre ando com duas camisas de malha, porque ajuda. A gente tem que estar com o corpo bem aquecido. [O que influencia os sintomas] O cheiro assim, a casa fechada, tu entra assim, um cheiro de mofo, daí eu sinto assim. [Esposa] “Uma vez também, ele tava fazendo um “servicinho” [serviço] assim, tava bem que né, daí eu liguei o ventilador, eu pensei que ele ia morrer, já fazia [tratamento],mas daí na mudança de temperatura, deu uma crise bem forte. Tudo mais controlado, a gente tem o ar, mais é bem lá atrás, não é direto na gente, ele por si só se cuida muito”. A “poeirinha” que é terrível. O “pozinho” [pó] que é terrível. Poeira, mofo já começo a espirrar. Nunca fumei, se eu tivesse fumado, não taria mais aqui. Os meus tios também tiveram bronquite, os meus tios já falecidos, isso vem de herança já. Tenho irmão que mora aqui e não sente nada. [Acompanhamento] Sempre com o especialista, agora faz uns 2 anos que eu não fui mais [fazer consulta], a filha leva a folha [do processo do CEAF] lá. Ele [médico] falou assim pra mim quando nós fomos lá “você toma esse remédio de manhã e a tarde, se começar a ficar mais atacado perto da noite, você tem que vim, pra “nós” mudar o remédio”, mas eu to me sentindo bem com esse remédio aí, então eu vou levando, não vou lá [na consulta médica]. Agora eu quero ir lá de novo pra ver né, bater um raio x pra ver como é que tá. A gente paga [consulta]. [Esposa] “Ele [o médico] não cobra a renovação [do processo do CEAF], e daí junto com a consulta já tem uma série de exames, sopro, na própria clínica, mas daí a gente paga a parte assim. Ele faz uma série de exames, mas a gente não faz isso assim anualmente. Porque aparentemente assim ele tá estável, a gente sabe que não morre disso. O médico falou pra mim: “o certo é todo ano você vir aqui, mas se você se sente bem com os remédios, não precisa tomar mais uma dose, pode ficar um ano, dois anos, sem vir aqui”, ele [médico] falou isso pra mim na última vez que eu consultei com ele, faz dois anos já. [Esposa] “Não sei se faz 2 anos, porque teve uma época aí que ele inchava essa região aqui [o rosto], de repente amanhecia inchado assim, uma vez até precisamos ir urgente no postinho, aí a gente achou que podia ser da bombinha, aí a gente veio ali [posto de saúde], aí ele disse “olha, 95%, 99% não é da bombinha, só que daí ele recomendou que a gente comprasse um aparelhinho pra introduzir bem mais lá dentro, pra não ficar nessa região [boca], mas não adiantou, ficou mais de ano assim”. [O que acha que

causou a reação alérgica] *Anador^R, que faz uns dois, três anos que mudou a fórmula dele sabe, daí cada vez que tomava dois [comprimidos], inchava minha boca, levava duas, três horas para desinchar.* [Porque o posto de saúde não fez encaminhamento para o especialista] *Faz assim, mas demora assim.* [Esposa] *“Já tentamos [encaminhamento para especialista pelo posto de saúde]. Ele precisou de uma cirurgia de próstata, nós ficamos dois anos esperando, ele trancava a urina, a gente chamava a ambulância, levava ele “morto” para o hospital, nunca conseguimos fazer [cirurgia], os filhos tiveram que se reunir assim, tivemos que pagar uma cirurgia, até hoje a gente nunca recebeu um telefonema pra fazer essa cirurgia. Então é complicado a gente depender [do sistema público]. Consegue [especialista pelo posto], mas só que demora muito, a não ser que não é um caso grave, então marca hoje pra esperar [consulta] daqui um ano, dois anos. Então, a gente vai em dias quando não é grave”. É difícil. Daí, tem que renovar a cada 3 meses, tu vai lá, daí não consegue médico, aí não tem médico, aí só tem outro tipo de médico, daí nunca dá. Claro que pesa [no orçamento familiar pagar essas consultas], os filhos ajudam.* [Serviço de dispensação de medicamentos da Farmácia] *É bom ali [Farmácia de dispensação do CEAF], no ano passado até faltou esse, só vinha do outro, até eu comprei um daquele ali, é caro. Fui obrigado a comprar. Certinho eu tomo, oito horas por aí [usa os medicamentos que são prescritos de 12/12horas], é duas vezes só ao dia, de manhã e a tarde. Eu tomo o remédio certinho. Se eu tivesse “mais ruim”, eu já tinha ido no médico.* [Segundo Gina, asma é parcialmente controlada]. *Não tá assim tão grave, eu sou obrigado a tomar o remédio. [Asma] controlada por causa do remédio. Que o médico disse assim pra mim lá “não existe cura, existe pra controle, pra controlar”. [Esposa diz] “Ele tá meio atacado”. Não é igual uma pessoa que não tem asma, a respiração dela é bem melhor. 17 anos eu trabalhei na Tupy, ajudou bastante [a desenvolver a doença], lá eu sentia cansaço, mas nunca tomava remédio né, já tinha [asma], mas a gente deixava assim que é mais novo, tá deixando sabe.* [Esposa] *“A princípio ele fazia aquela bombinha assim, só spray, Aerolin^R, a princípio ele usou esse Aerolin^R, aí a depois mudou, a falta de ar, foi mudado pra esse medicamento [budesonida e formoterol]. A gente até comprou aquele aparelho de fazer nebulização a princípio, porque foi bem grave assim no começo, graças a Deus que esse medicamento [budesonida e formoterol] aí foi muito bom pra ele, e aquele um que era de “disquinho” também, eu não sei o nome”. Esse aí [budesonida e formoterol] tá bom pra mim, é o que controla, esse aí tá bom pra mim, por enquanto tá bom, seu eu tivesse “mais ruim”, eu já tinha ido no médico de volta, porque o*

médico falou, mas mesmo assim eu tenho que ir no médico novamente. [Onde adquiria medicamentos antes do processo do CEAF] Eu comprava, eu já to uns seis anos tomando, mais, eu comprava uns dois, três anos antes [de encaminhar o processo do CEAF], me falaram que eles [Farmácia] arrumavam lá daí eu corri atrás né. [O que sente quando está em crise] Ah, a gente fica mais atacado assim, fica um pouco mais atacado, daí vou lá, tomo o remédio e fico normal. [Nunca foi internado por causa de crise de asma]. [Última crise] Já faz uns cinco anos, mais. Eu tinha aquelas máquinas de cortar grama a gasolina, daí saía aquele cheiro de queimado assim, o gás, eu ajudava a roçar a grama, eu ficava atacado. Eu não gosto perfume muito forte, ela [esposa] não usa. [Faz caminhada e ginástica da terceira idade com a esposa e afirma que se sente melhor].

Entrevista 18

PRS, 56 anos, masculino, casado, aposentado, com ensino fundamental completo. [Quando questionado se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias] *Tive uma gripe, mas uma gripe leve nos últimos 30 dias. Eu fui na policlínica, peguei até receita, mas nem precisei tomar remédio. Eu melhorei já. Eu tomo muito líquido, quando dá uma gripe assim, eu começo a tomar muito líquido, muito líquido. E minha esposa faz chá de noite. A gente sempre vai pra cama com chá. E também com paracetamol. Eu tenho já em casa. Quando eu preciso eu tomo. Esse é o único que a gente pode tomar. Eu tenho transplante de rim. Faz 4 anos. Graças a Deus. Eu tomo toda a medicação do transplante. E tomo paracetamol e budesonida e formoterol para bronquite, eu não ligo isso aí nunca, só esses dois que é o que faz bem mesmo. Eu tenho asma desde 22/23 anos de idade. Na minha família, a maioria tem. Eu não tinha na época, antes eu não tinha. Daí fui pra Curitiba, e comecei a pegar muita friagem, e me atacou um dia. Quase morri de lá pra cá. Não passava uma semana sem ir ao pronto socorro em Curitiba. Crise de asma. Bronquite mesmo. Aquela coisa de matar mesmo. Quando voltei para o Município, a mesma coisa. Depois de muito tempo que eu estava aqui, o doutor 5 receitou esse formoterol, e depois me deu o outro [ao se referir a budesonida], dali pra cá, faz tempo, mais ou menos há 13 anos e meio. Começou com formoterol uns 3/4 meses, depois ele receitou budesonida. Fiquei 2 anos sem buscar na Farmácia [farmácia de dispensação do CEAF], eu comprava. Não sempre. Uma vez ou outra. Ficava sem usar. Não ficava bem legal. Eu me cuidava muito pra não ir de noite na*

friagem, durante o dia, se tivesse um dia assim [ao se referir a um dia frio], ficava bem agasalhado. Depois procurei o médico, pra falar com ele. Fiz o exame de espirometria. [Para poder fazer o encaminhamento do processo de medicamento para receber pelo processo do CEAF] Eu tinha falta de ar demais. Eu não percebo, porque eu não estou cansado. Mas se eu não tivesse o remédio ou se eu não tivesse tomado uns 2 ou 3 dias, você ia ver minha situação. Eu estaria mais cansado, respiração mais ofegante, trancava todo o peito, eu não podia ir na geladeira ou ir no freezer. Ou tomar água gelada ou água da torneira, tinha que deixar no copo [para deixar água na temperatura ambiente]. Como fiz esses dias para tomar água de manhã cedo, que estava bem frio, coloquei no microondas, só pra tirar o gelinho da água da torneira. Eu tava com gripe, como falei. E ataca mais. Eu tenho que me cuidar. E eu não posso ficar sem esse medicamento. Esse frasco branco não posso, de jeito nenhum [ficar sem]. Dois dias se eu ficar sem esse branquinho [formoterol], a asma vai me atacar. O pulmão já pesa. O peito pesa. E quando toma a medicação, sente um alívio. Às vezes de madrugada, umas 5 horas, eu vejo que to assim, quando tá frio, to meio cansado, não aquele cansaço, daí é 6 horas daqui a pouco, e eu já tomo o remédio. Uso 2 x ao dia. Tomo 1 de cada de manhã e de noite. Nunca tive dificuldade para usar nem para conseguir. O serviço da farmácia é muito bom. Eu to satisfeito [ao se referir a organização do serviço]. Não vou dizer 100 por cento. Por às vezes, não agora que eu to bem, graças a Deus, mas teve uma época que eu tava chateado por causa da doença, tava fazendo hemodiálise, bronquite, sempre dava umas gripes, sempre estava com algum problema, daí chegava lá, era aquela gentarada. Porque antes o balcão era diferente. Daí chegava lá, era ficha pra isso, ficha pra aquilo. Tinha que esperar. Muita gente. Depois mudou o negócio do balcão. Daí ficou assim. Mas era uma bagunça. Eu cheguei lá e tinha que marcar dia e hora para buscar o remédio. Como assim? Coisa nova. Eu tinha mais problemas. Não era transplantado ainda. Sempre tinha mais problema. Quando você faz hemodiálise, é mais problemático. Quando você vai procurar remédio, que é uma coisa que você não está com o dinheiro ali, e quando você está com dinheiro pra pagar, ninguém pode reclamar nada, mas se é ganhado, tem que ser conforme as coisas te mandam. Mas se aborrece com isso. Sempre tão mudando, pra melhor, pra mim e pra todo mundo. Mas agora eu to bem, graças a Deus, desses 4 anos pra cá, eu estou bem. Mas tem muita gente de mais idade minha, que reclama. Reclamam do pessoal, reclamam da demora. Porque marcam horário e agora tem que vir nesse horário, e não pode passar um pouco. Pode, mas o pessoal também cobra da gente. Eu acredito que melhorou pra todo

*mundo. Teve uma vez que faltou o formoterol, por uns dois meses, mas nesses dois meses era no verão. Eu sempre tenho uma reserva em casa, não fico zerado. Se ficar sem [medicamento], eu sinto diferença no tratamento. Mas não posso ficar sem. Nem 15 dias. Em dezembro, no verão, fui na casa de amigos na praia, e quando cheguei lá, vi que não levei, não prestou mais, não consegui dormir, poderia ficar ao menos aquele dia, mas não fiz mais nada lá, fiquei só no sofá assistindo televisão, não fui em lugar nenhum, na rua, nada. Eu disse: gente, vamos embora que eu não quero passar por uma crise de bronquite aqui, porque se me atacar, vocês vão ter que sair correndo. Eu queria vir embora, porque não quero... passei apertado de medo de me dar bronquite. Deixei de tomar uma dose. E vim cedo. Não chegou a dar. Se eu chegasse e não viesse 7 horas e viesse lá pela meia noite que sempre estava acostumado a vir, daí iria me dar. Para renovar o processo, faço acompanhamento com doutor 5 [especialista]. A segunda vez que eu vou no doutor 5, se não vou direto no postinho, aqui perto. A médica [atenção básica] preenche pra mim. Mas cada vez que eu vou na farmácia [farmácia de dispensação do CEAF], sempre preenche errado. Agora faço consulta com a médica. Porque cada vez que eu vinha, levava a folha errada e tinha que voltar aqui. [No especialista vai a cada 6 meses] Duas consultas atrás eu fui nele, e na última também. Consulta no [hospital] H2. [Não precisou em menos de 3 meses uma consulta depois que começou o tratamento]. [Nível do controle dos sintomas da asma - Nas 4 semanas anteriores, teve: Sintomas diurnos mais do que duas vezes por semana] – **Sim** Eu precisei tomar o remédio de novo. Eu fiz isso hoje de manhã. Eu tive que tomar às 2 e meia 3 horas, porque eu tomo as 6/7 horas da manhã e depois eu tomo as 6/7 horas da tarde. [Algum despertar noturno devido à asma] – **Sim** [Necessidade de medicação para alívio mais do que duas vezes por semana] – **Sim**. [Alguma limitação da atividade devido à asma] – **Não**. [Resultado: Sintomas não controlados]. [Quando questionado se considera sua asma não controlada] Acho que nesse momento, porque está frio. No verão mesmo, outubro, novembro, dezembro, janeiro e fevereiro, esses aí, eu posso tomar uma vez só [medicação com posologia de 2 x ao dia]. Tranquilo. O frio é pior. [Ao ser questionado sobre o que pode piorar a asma] O pó, serração de manhã fechada é um veneno pra mim. Fumaça, produto químico, nada posso mexer. Até no meu quintal, para mexer, às vezes uso luva e máscara, porque uso esterco de cavalo. Tudo isso procuro evitar. Cortina, coberta, não se preocupo, porque sempre está lavando, umas 2 vezes por mês. Porque se encher de pó, sai de baixo. O tratamento da asma limita alguma coisa, mas eu tenho que passar por cima. Se alguma coisa me acontecer, coloco boca abaixo já [o*

medicamento]. *Se eu me sentir mal, já uso na hora, por isso estou sempre bem.* [Quando questionado sobre algum tratamento não farmacológico] *Não é que não confio, que nem fazia um tempo atrás fisioterapia, fonoaudióloga. Em casa mesmo [tentar fazer], pra não pagar, mas não sei fazer. Daí não faço. Nunca fumei. Eu tive muitas crises. Eu estava em casa, em Curitiba, minha esposa ligava para o hospital, me levava quase morrendo, dessa vez não voltava mais pra casa. Depois que fazia tratamento com soro, ficava tão aliviado, ficava tão bom, tão gostoso. Era 4/ 5 vezes por semana. Comecei o tratamento com Aerolin^R e aminofilina. Faz tempo da última crise, antes da hemodiálise, de 13 pra 14 anos. Fui atendido no hospital H1, porque é mais perto. Mas prefiro o hospital H2. Trabalhava no colégio e comércio de eletrodoméstico. [Acredita que não influenciou a asma; faz tratamento para o transplante, que busca na farmácia de dispensação do CEAf também] *O processo é levado na policlínica [medicamentos para o transplante]. Não pode ficar sem, de jeito nenhum. Pode faltar da pressão, da loucura [ao se referir a epilepsia], mas esse não pode ficar sem.* [Teve convulsão semana anterior porque estava sem medicação, porque não foi buscar receita no médico neurologista, que fica no centro. Consulta no posto de saúde perto de casa, mas alguns medicamentos têm que pegar num posto de saúde regional].*

Entrevista 19

RAC, 70 anos, masculino, branco, casado, aposentado, com ensino médio completo. [Episódio de doença aguda nos últimos 30 dias, respondeu que -] *Não. Até a vacina contra gripe, essa, nós tomamos.* [Tratamento para outra doença crônica] *Diabetes eu sou propenso a ter, com histórico familiar. Eu fiz até um certo tempo [tratamento], mas eu preciso fazer novos exames. A única coisa que eu tomo é um relaxante muscular, o Dorflex^R. Esse aí eu tomo quase todo dia. Pra relaxamento. Eu sou um pouco nervoso. E dor de cabeça, às vezes. Mas dor de cabeça eu quase não tenho.* [Quando questionado se foi prescrito por algum médico] *Isso, há muitos anos atrás, mas não tenho mais receita desse aí [Dorflex^R]. É um remédio que me faz bem. Quando acho que tem necessidade, eu tomo. Eu sempre estou abastecido. Sempre tenho em casa isso pra evitar ficar sem.* [Asma] *É asma grave. É uma doença já hereditária. Tenho quase 50 anos com essa doença. [Como descobriu] Falta de ar. Teve uma crise que eu fiquei dois dias de UTI, crise grave, gravíssima. Não fosse urgente o pessoal que me socorreu, eu “taria” morto. Se meu coração também. Isso aí foi em 2005. Essa crise de asma eu já sofro há muito tempo. Eu*

descobri jogando futebol, quando era jovem. Ou praticando outro esporte. Eu sentia a dificuldade, falta de ar. Já com vinte anos, vinte e poucos anos. Foi diagnosticado nessa época aí já. Eu usava aquela bombinha, spray, o Aerolin^R. Eu até estou um pouco ofegante agora. Comecei usar aquilo ali. No momento só tinha aquilo ali. O médico de onde eu trabalhei, na CH, o médico me receitou a bombinha. Depois dessa crise que teve aí, o doutor 2 pediu para eu abandonar, disse que ela resseca a mucosa. Eu não sei... Era o salbutamol, o Aerolin^R. Mas não adiantava, eu tinha crises. [Usou Salbutamol dos 20 anos até 60 anos – por 40 anos]. Exatamente. Depois eu comecei usar um outro. Eu não lembro agora o nome que o médico me receitou. Comprado em farmácia. Mesma fórmula desse que eu recebo lá na Farmácia [Farmácia de dispensação do CEAF]... Eu comprava. O laboratório até me deu um cartãozinho para eu ter o desconto. Esse eu usei algum tempo aí, até que o doutor 1 disse- “você pode pegar esse [medicamento] lá na Farmácia”. [Acompanhamento com o médico especialista] Depois de 2005 sim. Antes era com o médico de empresa. Que não é especialização dele, mas ... O meu tratamento seria 2 cápsulas por dia. Isso aí eu faço. Uma de manhã cedo e outra à noite. Todos os dias. [Não esquece a dose, porque se sente mal]. Tem que fazer. Foraseq^R, seria o nome do outro. Na verdade eu não sei a composição, mas é a mesma coisa. Esse eu comprava. Muito tempo. Eu acredito que de 2005 pra cá. Eu to 1 ano pegando ali na Farmácia [farmácia de dispensação do CEAF]. Consulto no consultório dele, é aqui perto. Na clínica. Eu tenho plano de saúde. A cada três meses eu vou. Acompanhamento que eu preciso do processo pra Farmácia. [Já precisou voltar antes desse período de 3 em 3 meses ao médico] Já me deu uma crise, uma gripe forte, que eu tive lá e até mandou bater radiografia. Voltei antes. Mas atualmente, eu estou praticamente lidando com a situação. Me sinto bem. Digamos assim, se eu subir a escada, estamos no quinto andar, eu não posso e não posso fazer muita força. Se eu fizer uma força demasiada, eu sinto na hora. [Não tem animais de estimação, tapete, cortina, cobertor não influencia] Poeira não é o adequado para minha patologia, não dá. Poeira é complicado. Eu começo a espirrar e começo a ter um problema de fechamento [ao se referir às vias aéreas]. A gente evita. A poeira aqui é demais. De manhã cedo eu abro janela, eu abro tudo pra ter um ar puro. Fumava. 25 anos que parei. Sentia mal. Homem, já viu, teimoso. Eu não gosto muito do calor. Eu gosto mais do inverno. Eu me sinto melhor. Eu gosto de caminhar. Eu caminho bastante. Eu faço academia, faço mais esteira. 18 km. 4 x por semana. E outra coisa, eu toco gaita de boca. A gaita de boca necessita de um fôlego, de bastante ar. Eu me sinto bem tocando. Tomo gelado, que o médico me

disse que o gelado não influencia. O médico disse que não. [Dificuldade de usar a medicação] Não. Aspiro certinho o pozinho que tem na cápsula. O médico [ensinou]. Tem a própria bula do remédio ensina. Mas o médico que receitou e disse que ia ser assim... [Última crise] 2005. Foi essa que eu tive que entrar no hospital H5, e UTI por 2 dias. Tive muito forte mesmo. Isso talvez, eu acho que é também do meu estado emocional. Eu evito muita coisa, subir escada aqui, às vezes precisa, porque tem mudança ou tem reparo no elevador. Precisa. Eu chego ofegante. Daí eu tomo o remédio [mesmo que não seja no horário]. Alivia. Faz efeito quase que imediato. Quase que uma bombinha. Eu to refém do remédio. Porque se eu não tomar isso aqui, provavelmente eu vou ter um efeito grande. Influencia na qualidade de vida. Acho que sim [que é boa], porque eu não tenho mais [diabetes]... Eu sou propenso a diabetes. Eu tomava remédio, mas abandonei. Eu preciso fazer novos exames. Meu colesterol que era alto, altíssimo, eu tomava inclusive remédio para colesterol, sinvastatina. Pouco de preguiça. Parei de tomar por conta própria. Já tem 6 meses. Eu me sinto bem. Eu acho que não preciso mais. Tenho que pedir uns exames ao médico. Não fui ainda, por um pouco de comodidade.

Entrevista 20

RB, 57 anos, solteira, autônoma, com ensino fundamental incompleto. [Quando questionada se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias, responde] *Eu to essa semana [gripe]. Hoje até usei a bombinha. Agora to podendo respirar. Meio dia usei, e agorinha usei de novo. Eu não sei se a asma que me atacou. Deve ser, né? Porque quarta-feira passada, fui na médica e ela me fez umas aplicações aqui. Uma biópsia né. Foi com gelo. Dali pra cá começou me atacar. Não sei se foi por isso. Mas atacou assim... Quer ver de manhã quando me levanto. Se não usar o salbutamol, não posso respirar, de tanto que me ataca. Desde quinta-feira passada eu to assim. [Quando questionada se no momento encontrasse em crise, responde] Aham. É que o salbutamol uso de manhã e de noite, duas vezes ao dia né. Daí durante o dia quanto vira a atacar, eu uso a bombinha [formoterol]. Eu uso os dois daí. Tenho um monte de problema, só que o que me atacou mesmo foi isso [ao se referir à asma]. [Quando questionada se usa outros medicamentos que não sejam os de uso contínuo] O que eu tomo são esses aí. Chá, lá uma vez ou outra eu faço. Até hoje fiz uma queimada [chá com açúcar queimado] ali. Tomei uns goles pra ver se passa um pouco. Daí, dá tosse. Vou tossindo, vou tossindo, até que ataca o fôlego. A gente fazia quando era novo.*

Antigamente. Eu fiz com guaco. Assim, deu uma melhorada depois que eu tomei, sabe. Ajuda a soltar [secreção]. [Outras doenças crônicas – de acordo com a receita, tinha medicamentos para hipertensão, diabetes, colesterol, estômago] Fiz uma cirurgia no estômago. Eu tinha hérnia de hiato. Daí, depois que eu fiz a cirurgia melhorou. Mas eu tomo omeprazol por causa dos remédios que eu tomo. Eu tomo omeprazol e depois eu tomo os outros, porque daí não ataca o estômago. Eu tomo tudo junto. De manhã. A sinvastatina é a noite. Mas agora eu to sem. Por que tá em falta. Claro, porque a gente ganha uma merreca. Dói as juntas. Dói tudo. Esse aí é pra aliviar a dor. Cálcio e vitamina para os ossos. [Toma todos os medicamentos conforme a receita]. [Quando questionada como usa os medicamentos para asma, responde] Chacoalho ela [a bombinha] e inaló. Dois ou três puffs, porque agora ela passou dois, mas antes tinha passado três. [Conforme a receita, de 3 em 3 horas, se tiver falta de ar; assim foi questionada se usa bastante essa medicação] Que nem agora que me atacou, eu to usando bastante. Se não atacar assim, daí eu uso, só uso o salbutamol de noite e de manhã. [Ao ser questionada sobre os medicamentos Amitriptilina e Codeína, que constavam na receita] Eu não sei se é pra dor ou pra diabete. Uns dizem que é pra dor, outros dizem que é pra diabete. Acho que é pra dor. Quando eu fui lá [consulta médica], eu tinha muita dor, acho que ela [médica] passou pra isso aí. [Sobre os medicamentos para asma] Eu pego lá na farmácia [Farmácia de dispensação do CEAf]. [Como usa o medicamento formoterol]. É. Inaló 2 x ao dia. Boto na bombinha. Duas vezes. Uma de manhã e uma de noite. [Quando começou o tratamento] Olha aqui, que virou a me incomodar, foi quando fiz a cirurgia do estômago, 2004 pra cá. Comecei a tratar de 2008 pra cá. Virou a atacar. Dor no pulmão, dava falta de ar. Daí fui no médico e fiz os exames né. Doutor 3. Fui encaminhada pelo postinho, mas daí foi marcado para “mim” ir com ele. Daí, comecei a tratar com ele. Daí, ele me deu os laudos para “mim” pegar os remédios lá. Acho que foi em 2009, por aí, eu comecei a me tratar com ele [com o doutor 3, com os medicamentos formoterol e salbutamol]. Eu fui mais uma vez, depois, nele. Daí ele me passou a bombinha. Antes eu não usava. Eu só usava o salbutamol, daí. No começo sim. Daí depois, da segunda vez, que eu fui fazer outro exame com ele, daí ele receitou aquele [formoterol] e mandou eu usar também. Quando desse falta de ar, daí podia usar também a bombinha. Eu ainda perguntei seu eu podia usar os dois. Ele disse: “pode usar, só que aquele [formoterol] de manhã e de noite né, e o outro [salbutamol] durante o dia, se precisasse”. Mas uso de manhã e à noite [salbutamol]. Às vezes, quando ataca muito, meio dia eu uso também. [Nas 4 semanas anteriores, o doente teve: Sintomas

diurnos mais do que duas vezes por semana] *Tive. Hoje, provavelmente já usei 3 x a bombinha.* [Alguma despertar noturno devido à asma] *Às vezes acordo tossindo. Com muita tosse. Que nem agora que atacou né, daí de vez em quando eu to tossindo de noite. Se não, não. Quando não tá atacado, daí não [não tem despertar noturno devido à asma].* [Necessidade de medicação para alívio mais do que duas vezes por semana] *Sim.* [Alguma limitação da atividade devido à asma] *Deixei. Nessa semana não pude quase fazer nada.* [Resultado – sintomas não controlados][Quando questionada sobre os sintomas, responde] *Falta de ar. Dava muita falta de ar. Tinha noite que eu tinha que dormir sentada [mesmo com o tratamento]. Agora assim não. Fazia tempo que não tinha me dado crise assim. Se não, não. Já tinha aliviado.* [Crise] *Depois que eu tava fazendo tratamento, acho que foi a primeira vez que me deu uma crise forte assim. Forte assim, foi a primeira vez.* [Em relação ao salbutamol] *Eu usava direto [ao se referir ao salbutamol]. Tinha que usar. Se acontecesse de eu não usar num dia, no outro dia já ameaçava a falta de ar.* [Frequência de consulta médica] *Ali no postinho de vez em quando a gente vai. Só no especialista, durante esse tempo eu fui duas vezes. Eu fiz exame com ele daí. Aquele exame do sopro.* [Quando questionada sobre a comparação dos dois exames] *Eu perguntei como é que tava e ele disse que tava um pouquinho [ao se referir que estava alterado o exame]. Se tava mesmo, eu não sei. Com o medicamento assim, eu me sentia melhor. Mas usando o remédio. Mas se faltar o remédio, daí...* [Quando questionada se já esqueceu alguma dose do tratamento] *Disso eu lembro, porque se esquecer, a gente sente que não usou.* [O que sente quando usa o medicamento] *Dá uma melhora. Não fico com alergia na garganta. Porque eu não sei se um pouco não é alergia que a gente tem. Eu me sentia bem quando usava. Me aliviava tudo. Eu fui no médico do postinho, mas como eu tinha bastante falta de ar, daí ele me encaminhou para um especialista. A primeira vez, eu até comprei, porque daí até arrumar os papéis, e levar até a farmácia. Daí depois, na segunda vez, eu já peguei lá. Todos os meses [busca na Farmácia de dispensação do CEAF] e os outros [medicamentos] no postinho de saúde. Esse aqui, de receita amarela lá no Bucarein [ao se referir ao posto regional. O posto de saúde é perto da sua casa]. Por que aqui não tem, daí tem que ir lá.* [Dificuldades em relação a marcação de consultas] *Às vezes tem. Porque tem que ir até lá. Tem dia que não dá de sair. Tem dia que não dá pra andar muito. Porque dói as pernas, dói as juntas. Tem dia que prefiro não marcar nada, porque não dá de andar. Daí quando a gente está bem [vai ao posto de saúde]... [Sobre a renovação do processo do CEAF] Com o médico do posto. A cada 3 meses tem que levar a receita lá. [Sobre a*

frequência de consultas com o especialista] *Tem que marcar pelo postinho. Às vezes, depende [ao se referir a demora]. [Quando questionada o motivo que em 6 meses só foi duas vezes no especialista] Bom, era pra ir de vez em quando, pelo menos uma vez no ano. Daí a gente sabia como é que tava. [Quis dizer porque não conseguiu retorno a consulta médica]. [Quando questionada se fuma] Eu parei uma época de fumar, mas daí me atacou muito os nervos e eu voltei a fumar. [Quando questionada se o cigarro interfere no tratamento da asma] Não. Assim não. Porque ele não me ataca mais por eu fumar. Ele pode me prejudicar, que a gente já tem o problema, mas que dizer que eu vou fumar e ele vai me atacar, não. [Uso de fogão a lenha] Interfere sim, um pouco nos problemas, por causa do frio, na varanda aberta, e o calor do fogo. Tapete, cortina, nada [não afeta]. Coberta é cobertor. Não interfere. Quando eu vou varrer, que tem bastante pó começa uma espirradeira. [Animais de estimação] Não [afeta]. O cachorro fica preso. O gato é lá. Eu não pego o gato. [Fuma] Desde 12 anos [fuma]. Eu parei de fumar dois anos e meio. E voltei a fumar. Porque tinha os netos e eles deram em me incomodar muito, daí eu voltei a fumar porque ia me dar um “infarte”. To pensando em largar de novo. Eu voltei a fumar porque eu quis, para desabafar um pouco os nervos, porque eles me incomodavam tanto. [Quando questionada sobre a influência do frio ou calor] O frio ataca mais. O Município é úmido né. No verão até era difícil eu usar [bombinha]. Agora depois que esfriou, de vez em quando tem que estar usando. [Quando questionada sobre o que faz se faltar a medicação que pega no posto de saúde e na Farmácia de dispensação do CEAF] Dá pra esperar pra pegar quando vem. Porque eu uso pouco. Não é direto, Não vou ficar sem, porque ainda tem. [Sobre o medicamento formoterol do CEAF] Não chegou a faltar bem, porque logo veio. Faltou uma vez, agora não sei direito, não sei se foi três meses ou mais. Mas daí como às vezes sobrava, às vezes não usa tudo, não sei se tinha mais no potinho, porque sempre sobrava no mês. Daí eu ia acumulando aquele pouquinho a mais. Então deu pra usar naquele tempo que faltou, se não teria que comprar. Sem não dá pra ficar. [Sobre a frequência de consulta no posto de saúde] Quando eu sinto alguma coisa diferente, eu vou [no posto de saúde]. Eu vou lá e marco. Faz uns dois meses que eu consultei. Que nem daí as receitas para renovar, eu levo lá e elas renovam, e depois eu busco. Só quando eu sinto uma coisa diferente, daí eu vou lá e consulto. Que nem para preencher o processo e a receita, eu levo lá e ela preenche, e outro dia eu busco. [Quando questionada se usa mais alguma medicação para asma, diz que não]. [Crise] Não. [Internação] Não, por asma não. Eu precisei esses tempinhos ficar uma noite no PA. Não sei se foi o*

medicamento. Até hoje eu não sei o que que foi. Eu não sei se foi um medicamento, que depois eu fui ler a bula daquele Cálcio, e na bula constava que se não tomasse certinho que nem na bula, dava reação. Me deu um negócio, uma tontura e ânsia de vômito. Eu fiquei uns 15 dias que nem uma bêbada. Daí eu fui no PA e fiquei uma noite inteira lá tomando remédio no soro. E voltei pra casa e ainda não tinha melhorado. Só melhorei da ânsia de vômito. Da tontura levou uma semana e pouco pra melhorar. Eu acho que foi da medicação que eu não tomei certinho como era pra ser. Porque o médico passou na receita e não explicou como era pra tomar. Daí eu tomei conforme eu tomava os outros. E daí eu passei mal. Agora eu tomo como tá constando na bula. Daí não fez mais mal. Daí eu li a bula, porque eu não tinha lido a bula né. [Quando questionada porque optou pelo PA Sul] No PA Sul, o único lugar que vão atender né. Era final de semana à noite. Porque começou de tarde. Daí virei a ficar ruim de tarde. Então chegou na boca da noite, não melhorava e eu fui lá. Daí não deu mais nada. Daí eu cheguei de lá e fui ler a bula. Daí eu li a bula e constava na bula que se não tomar certinho, dava esse tipo de reação. Então foi isso mesmo que fez mal. [Quando questionada o que sente na crise de asma] Me dá tosse, me dá rouquidão, e me solta catarro. E depois da tosse vem a falta de ar. Primeiro a tosse. Eu uso a bombinha. E daí vai indo e alivia. [Quando questionada se já teve dificuldade para buscar a medicação] Já. Já porque daí a gente perde o dia de buscar [o medicamento], porque é marcado o dia e horário, daí depois a gente tem que ir lá outro dia para marcar, e outro dia pra ir buscar. É longe daqui até lá. É lá no centro. Tem que gastar com passe. Tem que andar de ônibus. [Sobre o serviço de dispensação] Não, porque se levar a receita certinho, lá [Farmácia de dispensação do CEAF] é tudo organizado. Eu acho assim, bem organizado. Até fizeram bem organizado. Agendam o dia e horário. Só que às vezes a gente tem dificuldade naquele dia, naquele horário. Daí depois aonde tem que ir de novo um dia marcar e pra depois, outro dia ir pegar.

Entrevista 21

RHT, feminino, casada, 40 anos, do lar, com ensino médio completo. [Quando questionada se teve alguma doença aguda nos últimos 30 dias, responde] *Sim, até eu estou em tratamento. Comecei a tomar Aires^R semana passada. Tive uma crise de asma. Tive que fazer um eco [ecocardiograma] porque eu estava com a minha pressão pulmonar [alterada]... Eu tenho hipertensão pulmonar também. Ainda bem que*

minha pressão abaixou agora, tudo isso em virtude do problema pulmonar que eu tenho. Eu tenho bronquiectasias. Eu já fiz duas ostomia, tirei o lombo [lôbulos] esquerdo e o médio direito. Daí eu tenho bronquite e asma, em virtude de todos esses problemas a minha pressão pulmonar está aumentando. Aí, eu preciso controlar bem o meu problema pulmonar, a minha asma para que essa pressão não acelere. Eu tive uma crise de asma, até o médico deu Aerolin^R pra “mim” tomar junto com Symbicort^R. E na semana passada tive que fazer uns exames, porque eu estava com uma infecção de novo, pulmonar. Mas graças a Deus, melhorou. E agora tenho que refazer pra ver como tá minha asma. [Quando questionada se consultou devido esse problema] Sim, consultei com meus dois pneumologistas, doutor 1 e doutor 6. Doutor 6 desde os oito anos [faz acompanhamento]. [Tratamento] Eu ainda to tomando. Daí, fiz exame de escarro semana passada pra ver se tava com uma bactéria, e da tuberculose também, e graças a Deus deu tudo negativo. Só que agora eu vou voltar só daqui alguns dias, tenho consulta dia 23 pra fazer novos exames. Estou em tratamento. [Quando questionada se faz tratamento para outra doença crônica, responde] Sim, no caso assim, eu tenho bronquiectasias que é uma outra já doença pulmonar. Então em função disso, o que é bronquiectasias? Os brônquios dilatam, eles formam sacos no pulmão. Então uma doença se associa a outra. Então às vezes eu tenho bronquite asmática, então a falta de ar além da asma é da outra doença pulmonar. [Quando questionada se tem diferença de tratamento em relação ao da asma] Não, não. É mais isso. Mas só quando eu tenho infecção, eu tenho que fazer. Esse aqui é um diurético que eu tomei por causa da pressão alta no pulmão [ao se referir ao medicamento espironolactona]. Quem tem pressão arterial pulmonar, ela tem cinco classes. A minha classe seria a C3. A minha pressão pulmonar vem devido a problemas pulmonares. Tem hipertensão pulmonar devido a problemas cardíacos, ou coisa assim. Quem tá nessa classe C3 não pode tratar a pressão alta. A pressão alta pulmonar é uma doença grave, rara. Porque pelas pesquisas que fizeram, a tendência é a pressão aumentar mais ainda. O médico me deu diurético, para eu tomar, porque daí vai fazer que eu desinche, daí o coração trabalha melhor, não fazendo essa pressão aumentar. Além disso ali, eu comecei a fazer regime também, porque tinha que perder peso, quanto mais massa, mais cansada a gente fica. Então as duas alternativas que ele usou. Se a pressão abaixou por causa disso, eu não sei. Eu controlei. [Quando questionada se usa outro tipo de medicação] Não. Esse aqui eu tomo, porque se torna um expectorante, o Aires^R. Porque eu tenho bronquiectasias eu tinha pressão alta. A bronquiectasias eu tenho que fazer muita atividade física e tomar

muito líquido para poder soltar o catarro. Já a hipertensão pulmonar não. Eu não podia fazer atividade física. E eu tava tomando o diurético para poder eliminar o líquido. Então eu cuidei bastante dessa parte da hipertensão pulmonar. Só que agora está tendo as consequências de não tomar muito líquido. Daí o doutor 6 me receitou [Aires^R] duas vezes por dia para poder expectorar. [Quando questionada como descobriu o problema de asma] O meu problema pulmonar em si começou com 3 anos de idade. Quando eu comi uma pipoca e desde lá, pneumonia, e desandou, desandou. Eu tenho alguns anos essa asma, que me acompanha assim. Muitos anos. Mas exatamente quando começou a asma, eu não consigo falar. Com 6 anos eu fiz a cirurgia das amígdalas. Eles acharam que era isso. Com 8 anos eles viram que o meu pulmão esquerdo tava parando, tava secando. Daí eu fiz a primeira lobectomia pulmonar, eu tirei o lombo [lóbulo] esquerdo. E daí com 22 anos, eu tinha bronquiectasias, daí no pulmão direito, daí tiraram o médio direito. Eu ainda tenho. Tudo isso em função gerou a asma. [Quando questionada quando começou o tratamento da asma] Eu também não consigo te falar isso. Porque o que eu faço hoje para a asma? Eu uso as bombinhas. O Symbicort^R. Na verdade são 6/200, mas eu dobro a receita, eu uso 12/400 [ao se referir a concentração em mcg do medicamento budesonida/formoterol]. Eu inalo duas vezes de 12/12 horas. Muitos anos. Ele tem me ajudado [o tratamento]. Agora, o meu cansaço durante o dia, é diário. Não dá pra dizer que se eu uso de manhã e eu uso a noite [não terá o cansaço]. [Quando questionada se já ficou sem usar uma dose e o motivo] Já fiquei sem usar. Eu senti dificuldade [de respirar], eu tenho que usar ele. Eu não posso ficar sem. De repente tu esquece ou uma coisa assim. Tu esqueceu de tomar, mas daí eu já percebo, e tenho que usar ele. Eu sinto. Eu não posso ficar sem. Tinha uma época que eu comprava. Mas daí fiquei sabendo que a Farmácia [farmácia de dispensação do ceaf] dava, às vezes o doutor 6 também, se ele tem uma amostra, ele acaba me ajudando nisso também. [Quando questionada se já teve alguma dificuldade em relação ao serviço de dispensação] Não, não. Quanto a isso não. De faltar remédio também, eu nunca tive. [Frequência de acompanhamento com o especialista] Depende de épocas de crise. Em anos atrás, era praticamente todo mês [consulta com o especialista]. Eu tinha em torno de 10 infecções por ano. Era todo mês. Todo mês. E hoje eu posso dizer que aumentou mais esse espaço. Mas a cada semestre eu volto a fazer os exames. Tanto pulmonar, quanto do coração também. Porque o dois trabalham juntos. Então, nesse mês eu fiz a espirometria novamente né? Até meu médico disse que a minha capacidade está um pouco baixa. Mesmo depois usando o Aerolin^R, na espirometria, eu não

to conseguindo chegar na porcentagem que eu conseguia né. Mas... O Aerolin^R foi o doutor 1 que me receitou. Ele disse para eu usar a cada 4/4 horas. O doutor 1 trata a hipertensão pulmonar minha. O doutor 6 a bronquiectasias. O doutor 6 já me cortou o Aerolin^R, porque acelera o pulmão. Então ele disse para eu ficar com o Symbicort^R, que o efeito é muito maior. Então em vez de eu usar 2 x, ele disse para eu usar 3 x. Então eu uso 3 x o Symbicort^R. Foi essa a sugestão dele. Eu sou da opinião do doutor 6. Só se eu tiver uma crise muito grande, que eu veja que o Aerolin^R vai me ajudar mais. [Quando questionada o que sente na crise] Falta de ar, cansaço, dificuldade pra falar, pra fazer alguma coisa. [Como controla a crise] Daí eu descanso. Eu nunca cheguei a precisar de oxigênio, ou coisa assim, até nesse ponto. Mas eu sei que tenho que parar, descansar. Daí com o tempo eu volto normal [Confirma que usa medicamentos para controlar a crise, conforme as receitas médicas]. [Teste Gina - Nas 4 semanas anteriores, o doente teve: Sintomas diurnos mais do que duas vezes por semana:] Sim. A falta de ar é direto e o cansaço. Então eu não posso dizer que tenho crises fortes de falta de ar. Pela espirometria, o médico disse: “você tem asma agora”. [Algum despertar noturno devido à asma] Sim. [Necessidade de medicação para alívio mais do que duas vezes por semana] Sim. [Alguma limitação da atividade devido à asma] Sim, bastante. [Resultado – sintomas não controlados]. A gente aprende a lidar com isso, sabe. Hoje pra mim está bem. Eu to bem. Porque a asma eu to tratando. Até dias atrás eu tomei remédio pra asma, que era um anti-inflamatório e outro remédio. Então eu tratei a asma, e, agora sim, eu to tratando o catarro acumulado no pulmão. Eu acho que convivo bem com ela [doença]. [Quando questionada sobre sua qualidade de vida] Acho que é boa. A gente procura fazer o que a gente pode, não pensar muito também. Então, você ouvir que está com uma doença rara, grave, que você tem que cuidar bem da sua asma, você tem que cuidar bem da sua bronquiectasias, para que isso não aumente. Porque o médico de Porto Alegre chegou a falar assim: 5 anos de vida que eles dão pra uma pessoa dessa. Você tem que trabalhar com isso, seu psicológico tem que estar funcionando bem. Isso foi em 2011. [Quando questionada sobre fatores que acha que influencia a ter uma crise ou uma piora da doença] No verão a gente sofre bastante, porque sufoca. O calor sufoca. Eu tenho muita falta de ar no verão. E o inverno tem que ter o cuidado com resfriados, gripes, sempre tomar vacina, tomar a pneumococo [vacina] da pneumonia. Sempre tem que ter esses cuidados. [Animais de estimação não interferem] A gente também não tem aquele contato assim. Eu não tenho diarista, eu tento fazer o meu trabalho, sozinha. Tem semanas que dá, tem semanas que eu não consigo.

A gente tenta conviver conforme dá. Até os tapetes, eu tentei tirar o máximo. [Poeira] Eu tenho que cuidar um pouco. Então, a gente tenta no varrer, não levantar muita poeira. Até uma coisa que a gente tem uma briga muito grande, a gente até já fez reuniões aqui em casa, é a questão do asfalto [mora numa rua que não é calçada]. Tem dias que a poeira da rua é muito grande. Essa poeira a gente inala, tu tá dentro de casa convivendo com essa poeira. É por isso que a gente já pensou em colocar a casa a venda. Pra tentar sair daqui. Pra tentar melhorar um pouco mais isso. Pra ter alternativas. [Nunca fumou e não convive com pessoas que fumam]. Eu evito. A gente já teve amigos que não frequentava a casa assim, praia assim, por causa disso. A gente não conseguiu criar laços por causa disso. [Quando questionada se convive bem com o tratamento] Sim. Eu acho assim, os médicos que cuidam de mim, especialmente o doutor 6, acho que tem sido um excelente médico. Até hoje, pelo menos, ele sempre acertou. Todas às vezes, todas as infecções que eu tive. Teve internações? Teve. Teve isolamento? Teve. [Quando questionada sobre a última internação] Meu filho tinha 3 anos. E hoje ele tem 14 anos [há 11 anos]. Foi assim, seguidas. Deu seis meses certinho da primeira, pra segunda. Daí a primeira foi tranquila. Daí a segunda, fui para o isolamento, porque eu peguei duas bactérias. [Última crise que precisou consultar] Daí foi agora esses dias. Se eu vejo que está piorando. As coisas não “tá” funcionando. Eu procuro ajuda, alguma coisa não tá certa. Acho que é por isso que eu tento me manter para que não piore. [Tem plano de saúde, e faz as consultas e exames pelo plano]. Local da última internação] Foi na Unimed. [Tratamento não farmacológico] Como o doutor 1 disse que eu tinha que emagrecer... Dieta pra mim nunca estava no meu vocabulário porque eu sempre fui muito magra. De repente você tem que fazer uma dieta. Eu procurei um nutricionista. Então hoje eu tomo vitamina D. Eu tomo também Omega 3. Que ela viu que tava meio baixo, assim. Não é só emagrecer, parando de comer. Ela tenta me ajudar o que é que eu vou comer para que a minha imunidade não abaixe. Então eu perdi 6 ou 7 quilos. Talvez isso tenha ajudado até minha pressão abaixar. Meu cansaço também, talvez melhorou um pouco. Então, essas coisas que a gente mantém. Fazia pilates. Eu sempre mantinha uma atividade. Eu tenho agora simulador de caminhada. Depende o que. Varia muito, do momento que eu to fazendo. Devido a minha pressão pulmonar, o doutor 1 falou, caminhadas leves. E o doutor 6 falou assim, “quanto mais atividade, melhor por causa da bronquiectasias. Então você tem que saber equilibrar um pouco isso, para que uma coisa não atrapalhe a outra. [Sobre o trabalho] Trabalhava na Ferramentas Gerais, mas eu me afastei. Porque eu trabalhava na expedição, tinha caminhões

e tudo... Daí eu saí quando eu tive a Pseudomonas [bactéria]. Não deu mais. Eu até saí porque eu tenho que ter um cuidado muito grande em ambiente fechado, acúmulo de pessoas, pessoas resfriadas. Então eu tinha certas restrições. O que a gente conseguia alternativas, a gente tentou buscar.

Entrevista 22

SSO, feminino, 75 anos, viúva, branca, aposentada, com ensino fundamental incompleto. [Quando questionada se teve algum episódio de doença aguda nos últimos 30 dias] *Não, não, só o normal de sempre, a falta de ar, a bronquite. Eu me vacino sempre, to sempre em dia com as minhas vacinas, graças a Deus dificilmente eu gripo. Só falta de ar, porque eu tenho bronquite, tive dois infartos, tenho problema de coluna.* [Faz uso de medicamentos] *Uso, eu uso esse aqui [glicosamina + condroitina] que é uma vitamina pros ossos né, e uso aquela receita do cardiologista lá. Foi o doutor RM [que prescreveu glicosamina + condroitina], “cuida” da coluna [ortopedista], uso contínuo esse aqui. Aí eu uso também um outro que é pra coluna também, que agora eu esqueci o nome. E uso outros [medicamentos], por exemplo, esse aqui é pro coração, contínuo eu uso esse, Vatarel^R, que é pra entupimento das artérias, pra não entupir as artérias novamente né, porque já foi desentupido duas vezes, o cardiologista que receitou, doutor F, esse aqui [losartana] é pra pressão, alopurinol também porque eu tenho problema renal, eu tenho só um rim, o outro já se foi. Esse aqui Daxas^R [roflumilast 500 mg] é pra prevenção da asma, ele [o medicamento] não deixa dar aquelas crises que eu vou pro oxigênio, então ele previne, esse aí é caríssimo, doutor I, pneumologista [que receitou], quase 200 “real”, vem 30 comprimidos, todos os dias um [comprimido], se eu não tomar, daí me dá aquelas crises fortes que eu tenho que correr pro hospital. Esse aqui [budesonida + formoterol] eu pego na Farmácia, que é aquele de colocar na bombinha, esse aqui também [tiotrópio, disponibilizado na Farmácia de dispensação do CEAF por ação judicial extensiva] eu pego na Farmácia, esse também é caro, esse [salbutamol] também eu pego na [farmácia] Preço Popular [Programa Farmácia Popular do Brasil], eu pago bem baratinho. Esse é o Concor^R, que é pro coração, o Lasix^R que é diurético né. Eu compro tudo [ao se referir aos medicamentos que usa], eu só não compro aqueles dois que eu pego na Farmácia, aí a sinvastatina e aquele da pressão eu compro na Farmácia Preço Popular,” pouquinho” coisa eu pago, são bem “baratinhos” [baixo*

custo]. Agora o que são “caro” mesmo, esse tudo eu compro, são tudo comprados, a sorte minha é que meu filho me ajuda a comprar. [Porque não pega os medicamentos que estão disponíveis no SUS pelo posto de saúde] *Eu não sei, dizem que medicamento caro eles não dão. Eu fui uma vez, faz um ano, um ano e meio, por causa daquele Daxas^R, esse aqui é quase 200 “real”, aí eu fui [posto de saúde] e ela disse que esse aqui eles não dão, porque é caro o governo não dá. Aí a gente espera o décimo terceiro [salário] e compra, fazer o que. Todo mês [compra os medicamentos], certinho, lá na Farmácia Preço Popular, porque é mais barato né, certinho [gasta] 360 [reais], 380 [reais], todo mês, sem contar com os [medicamentos] da Farmácia que eu ganho, e aquele da Preço Popular ali que ela dá. A sorte que o meu filho ajuda na comida em casa, ele compra coisa pra mim, me ajuda, se não tava “lascada” [não conseguiria comprar]. Todo dia de manhã a hora que eu me levanto, eu tomo café, aí eu tomo seis [comprimidos], eu boto tudo assim e vou tomando de um em um [comprimido], daí a noite “é” quatro [comprimidos], depois do café, porque eu não janto a noite. Tomo tudo certinho assim [conforme receita médica]. A minha cabeça é boa, que eu sei tudo as horas certas, as doses certas. Agora esse aqui [budesonida + formoterol] eu tenho que consultar de novo, porque tem que ter uma nova receita [exigência para renovação do CEAF], a cada 3 meses tem que ter nova receita pra levar lá pra “moça” [Farmácia de dispensação do CEAF]. Da asma é doutor 1 [que consulta e renova o processo do CEAF], a cada 3 meses eu vou lá, eu vou na clínica [particular] dele [médico], eu tenho convênio do meu filho, porque ele trabalha na empresa, ele tem convênio e bota eu. Aí ele [médico] faz as receitas tudo pra mim. Consulta, ele [médico] já vê a pressão, faz aquele negócio do dedo [exame da diabetes], já vê o pulmão como é que tá, ele é um médico muito bom. [Quando descobriu que tinha asma] Desde os sete anos de idade, quando era criança, dava a crise, agora eu to bem, graças a Deus, faz uns 3 anos que eu comecei a me tratar com esse doutor aí, não deu mais aquelas crises de correrem né, se não tinham que me levar para o oxigênio, que eu não conseguia respirar. Mas depois que eu comecei com esse aqui [tiotrópio], esse aqui faz muito bem pra mim. Esse aqui [tiotrópio] faz 2 anos [que começou a usar], ele é meio “complicadinho” pra tirar, pra colocar o “vidrinho” aqui dentro, tem que desmontar ele todo, daí coloca o “vidrinho” ali [ao se referir a forma de manejar o dispositivo], mas eu aprendi. Esse aqui [salbutamol] também, tem dia que eu nem uso, só quando eu dou uma “capinada” ali [jardim], agito um pouquinho, daí eu dou umas “bombadinhas”, do contrário, nem uso. [Não usa o medicamento tiotrópio conforme a receita, que diz 2 inalações*

1 x ao dia, usando 1 inalação 2 x ao dia, e justifica que já falou com o médico]. [Quando começou a fazer o tratamento com budesonida + formoterol] *Esse já faz uns 4 anos que uso esse aqui* [budesonida + formoterol]. [Como se sente fazendo o tratamento com todos os medicamentos pra asma] *Sinto* [melhor], *antes não conseguia caminhar, não dava nem de ir na igreja, agora não, agora eu caminho, eu participo ali do grupo dos idosos, vou na novena do grupo de reflexão a noite vou a missa, agora eu posso caminhar, “devagarinho”, “devagarinho” eu consigo caminhar, mas antes para eu ir até a igreja* [fica numa distância próxima da casa], *eu parava quatro vezes pra descansar, antes do tratamento, agora depois do tratamento não, posso caminhar tudo, não me limita em nada.* [Última internação faz 4 anos] [Crises] *Crises fortes não* [não tem mais], *não dá tempo de ter, porque de manhã eu levanto meio “atacadinha” “né, aí tomo café e já faço* [inalação dos medicamentos] *e já melhora, já posso trabalhar. Imediato, isso aqui me alivia já na hora.* [Sintomas de asma] *Falta de ar e um desconforto assim no peito, aí tem que sentar, ficar sentada, não falar com ninguém, eu não podia conversar, já me dava aquela falta de ar, agora eu falo pelos cotovelos. Até eu tava com medo por causa do inverno, mas não* [não deu crises]. [Resultado – Sintomas da asma controlados] *Tá bem controlada* [asma]. *A cada 3 meses que eu vou* [consulta médica], *ele* [médico] *faz sempre aquele exame de espirometria, a gente assopra lá no “negócio”* [aparelho], *e sempre tem dado bom* [ao se referir ao resultado da espirometria]. *Até ele* [médico] *fica contente cada vez que vou lá, porque cada vez que eu chego ele se surpreende que eu to bem assim.* [Fatores que influenciam os sintomas da asma] *A umidade, a sim, poluição, fumaça, o cheiro forte, por exemplo, o cheiro de tinta, às vezes queimam alguma coisa por aí, aquela fumaça, aquilo ali não me faz bem, não é que dá crise, mas eu já me sinto diferente. Eu corro para os remédios* [usar os medicamentos]. [Cuidados especiais em casa] *Eu lavo o que é de costume, de praxe já, todo mês eu tiro minhas cortinas, eu lavo, cobertor eu sempre lavo, por sinal eu durmo com um cobertor bem peludo e não me faz mal. Se falta* [medicamentos], *se acontecer de falta lá* [na Farmácia de dispensação do CEAf], *daí meu filho já corre na farmácia e compra. Nunca fiquei sem* [os medicamentos]. *Todo mês eu busco certinho, marcam o dia e a hora tudo certinho aqui, pra mim é ótimo* [organização do serviço de dispensação da Farmácia], *o atendimento também, “as meninas” lá atendem muito bem. Fumei, eu fumei dos 20* [anos] *aos 40* [anos]. *Desde que eu nasci eu tinha asma.* [Quando questionada como se sentia quando fumava] *Faz 12 anos que eu larguei de fumar, parece que foi do dia pra noite a melhora. Faz 35 anos que eu larguei de fumar. Eu*

larguei [de fumar] porque tava me fazendo mal, e outra que eu trabalhava, e a gente prejudicava os colegas de trabalho, poxa, eu trabalhava com uma porção de gente ao me redor, então aquilo me incomodava, não passava aquela vontade de fumar, e não podia fumar perto dos outros, daí aquilo foi me desgastando assim, foi me enjoando, daí quando foi um dia, passei mal lá [numa viagem para Aparecida], eu fui direto pro hospital, nem cheguei em casa, uma crise forte que me deu lá São Paulo, lá na Aparecida, aí fiquei no [hospital] H6, daí o médico que me tratou, ele passou um remédio, Zyban^R, comecei a tomar no hospital, cheguei em casa, comprei mais duas caixas, tomei, e um pouco de capricho, vergonha na cara, larguei de fumar. Eu trabalhava numa empresa, 30 anos, eu trabalhava nas conexões, fazendo rosca pra peças, no óleo quente, dava crise lá, que me levavam para o ambulatório, eu me aposentei lá. O médico mesmo falou pra mim, o médico do trabalho, “você só vai melhorar [asma], quando você sair”, porque era muita poluição, aquele cheiro de resinas. Eu não uso os postinhos [unidades básicas de saúde], essas coisas não, eu só uso clínica [privada] né. Eu vou no cardiologista, eu vou a cada 6 meses, daí tem aquele ginecologista lá que a gente vai todo ano. E no doutor I [pneumologista] eu vou a cada 3 meses, não por necessidade, é por causa das receitas [para renovação do CEAF] que ele [médico] me dá, às vezes eu vou lá ele [médico] me examina, olha lá, mas eu vou lá por causa das receitas.

**APÊNDICE E – Artigo Submetido ao Jornal Brasileiro de
Pneumologia**

**NECESSIDADES DE MEDICAMENTOS E A EXPERIÊNCIA DO
SOFRIMENTO DE PACIENTES COM ASMA**

**MEDICINES NEEDS AND THE EXPERIENCE OF SUFFERING
OF PATIENTS WITH ASTHMA**

TOAZZA, MAÍRA L. PIRES¹; SOARES, LUCIANO²; FARIAS,
MARENI ROCHA³

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil; ²Departamento de Farmácia. Programa de Pós-Graduação Saúde e Meio Ambiente. Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Joinville, SC, Brasil; ³Departamento de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Centro de Ciências da Saúde. UFSC. Florianópolis, SC, Brasil.

Resumo

Objetivo: O trabalho analisou a formação das necessidades de medicamentos relacionadas às experiências de sofrimento de pacientes com asma incluídos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, com entrevistas semiestruturadas de pacientes com asma recebendo medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em um município do Sul do Brasil, entre junho e julho de 2015. A experiência do uso de serviços de saúde e do uso de medicamentos foi analisada no conteúdo do discurso dos participantes, empregando-se as categorias do modelo comportamental do Uso de Serviços de Saúde como fonte codificadores dos dados.

Resultados: Comportamentos relacionados à formação de necessidades de saúde foram modulados pela experiência da doença

(illness). Percepção e conhecimento sobre o próprio estado de saúde, entre outros aspectos, influenciaram as necessidades expressas pelos participantes. Observou-se que o contexto individual, o processo cognitivo e a construção cultural de estratégias e de critérios avaliativos afetaram as escolhas realizadas pelas pessoas e os comportamentos em saúde decorrentes. Pessoas com asma comparam a avaliação do próprio estado de saúde após iniciar a farmacoterapia as suas expectativas em relação ao tratamento.

Conclusões: Consequências funcionais e sociais constituem elementos importantes na noção dos sujeitos sobre a doença. Em relação a asma, a formação da necessidade é muito ligada ao sofrimento causado pela exacerbação dos sintomas e pelas limitações cotidianas das pessoas, não sendo adequado interpretar a doença independente do uso de medicamentos.

Descritores: asma; necessidades de saúde; medicamentos; sofrimento; comportamento.

Abstract

Objective: The study analyzed the formation of needs of services and medicines for patients with asthma included in the Specialized Component of Pharmaceutical Service.

Methods: This is an exploratory qualitative research with semi-structured interviews of patients with asthma receiving the medicines of Specialized Component of Pharmaceutical Assistance in a municipality of Santa Catarina, between June and July 2015. The experience using the health services and medicines were analyzed in the speech content of the participants, utilizing the categories of behavioral model of Health Services Use as encoders' data source.

Results: Behaviors related to the formation of health needs were modulated by the experience of illness. Perception and knowledge about oneself health condition, among other things, influenced the needs expressed by the participants. It was observed that the individual context, the cognitive process and the cultural construction of strategies and evaluative criteria affected the choices made by the people and the

behaviors in health arising. People with asthma compare the assessment of own health condition after starting pharmacotherapy with their expectations about the treatment.

Conclusions: Functional and social consequences compose important elements in the notion of the subjects about the disease. In asthma, the formation of need is very linked to the suffering caused by the exacerbation of symptoms and by the people's daily limitations, no longer possible to interpret the disease independent of medicine use.

Keywords: asthma; health needs; medicines; suffering; behavior.

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos é um fenômeno multidimensional, envolvendo aspectos do sistema de saúde e do usuário para caracterizá-lo, sendo que a mera disponibilidade do produto não configura acesso. Neste estudo a concepção de acesso é empregada em acordo com a discussão desenvolvida por Soares, no qual acesso é um comportamento do usuário e sinônimo de uso de serviços de saúde ou de medicamentos [1].

O modelo comportamental do Uso de Serviços de Saúde proposto por Andersen e colaboradores enfatiza a natureza dinâmica da utilização dos serviços de saúde, incluindo as complexas influências das características predisponentes, dos fatores capacitantes e das necessidades sobre os comportamentos e sobre os desfechos de saúde [2]. A necessidade de saúde constitui um meio adequado para atingir um ou mais resultados valorizados por pacientes, profissionais ou pelo sistema de saúde [3], sendo que a importância moral de satisfazer uma necessidade deriva da importância moral do fim que ela origina [4].

Neste contexto, a necessidade percebida exprime as demandas individuais por medicamentos, envolvendo aspectos relacionados à aceitabilidade do diagnóstico, ao reconhecimento da seleção dos medicamentos e à adequação dos parâmetros prescritos, tendo como referências a realidade clínica pessoal, a avaliação profissional da necessidade e o seu próprio contexto de vida. A necessidade avaliada

congrega o julgamento profissional acerca do estado de saúde das pessoas e da definição sobre quais meios disponíveis contribuem mais para atingir a finalidade valorizada [2, 3, 5].

Para Kleinman [6], os sistemas de cuidados de saúde são sistemas culturais e estabelecem relações sistemáticas entre a experiência com os sintomas de uma doença, as práticas terapêuticas reais e a avaliação de seus resultados. O autor chama atenção para as variações encontradas na performance das atividades de cuidado, mediadas pela interação do sujeito nos setores sociais dos sistemas de saúde (setores popular, tradicional e profissional), criando diferentes realidades clínicas. A percepção da illness (dimensão da doença caracterizada pelo sofrimento individual) pode ser quanto à natureza ou ao tipo de sensação e quanto a sua severidade, composta pela extensão das manifestações, intensidade, frequência, e se afeta ou não um órgão ou função vital [7].

A asma é uma doença pulmonar inflamatória crônica que acomete pessoas de todas as idades, e o seu manejo envolve uma série de medidas que evitam hospitalizações, buscas por serviços de emergência, e aumento na morbidade, com impacto sobre a vida social e econômica dos sujeitos [8]. De acordo com o Global Initiative for Asthma [9], o conceito de controle da asma inclui a redução das manifestações clínicas e funcionais, como sintomas, despertares noturnos, uso de medicação de alívio, limitação das atividades e da função pulmonar. Cerca de 15% dos asmáticos afirmaram terem tido crises nos últimos 12 meses, com limitações intensas ou muito intensas do cotidiano [10].

O manejo adequado da asma está relacionado à compreensão das necessidades de saúde. O trabalho analisou a formação das necessidades de medicamentos relacionadas às experiências de sofrimento dos pacientes com asma incluídos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em um município do sul do Brasil.

MÉTODOS

Estudo qualitativo exploratório realizado nos meses de junho e julho de 2015, com sujeitos em tratamento para asma com processo

administrativo em uma unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em um município do Sul do Brasil.

No período estudado, a farmácia apresentava 1244 pacientes com diagnóstico de asma, de acordo com os dados do sistema de gerenciamento dos processos administrativos do CEAF no estado. Para seleção da amostra, os dados dos pacientes foram tabulados, envolvendo a natureza da instituição na abertura do processo (pública ou privada), esquema terapêutico e especialidade médica na abertura e na renovação do processo, entre outros aspectos. A seleção foi realizada por contraste e, então, por sorteio de pacientes que apresentavam as mesmas características, visando obter-se uma amostra heterogênea.

Os pacientes selecionados foram convidados a participar da pesquisa, agendando-se entrevistas domiciliares. Os critérios de elegibilidade incluíram pacientes cadastrados no CEAF atendidos na unidade do CEAF do município, com diagnóstico de asma (CID 10 J 45.0; J 45.1 e J 45.8) registrados no sistema de gerenciamento do CEAF, com idade igual ou superior a 18 anos, capazes de se comunicar ou que estivessem acompanhados por cuidador.

Utilizou-se um guia orientador para entrevistas semiestruturadas, elaborado a partir dos formulários empregados por Soares (1), devidamente adaptados à pesquisa qualitativa e testado previamente, em uma fase piloto. As entrevistas foram gravadas mediante autorização prévia. As questões, embora focadas, eram abertas; após manifestação espontânea, o informante era estimulado a detalhar algumas informações de sua resposta ou abordar novos aspectos sobre o tópico, visando explorar sua experiência, na busca de cuidado e no uso dos serviços de saúde, em itinerários terapêuticos recentes.

Os temas estavam relacionados ao histórico clínico, envolvendo doenças agudas e crônicas, e sintomas; a busca e a fontes de cuidado médico; e o histórico farmacoterapêutico, envolvendo o uso de medicamentos com e sem prescrição e aspectos relacionados. O modelo de Andersen e Davidson foi utilizado, principalmente no que se refere às dimensões das características individuais, comportamento em saúde e resultados. As características predisponentes (aspectos demográficos, sociais e crenças), os fatores capacitantes (financiamento e organização),

as necessidades (percebida e avaliada), os comportamentos (práticas pessoais e processo de cuidado) e os desfechos em saúde (estado de saúde e satisfação) foram empregados como códigos pré-definidos para a análise. Uma reflexão crítica foi realizada com relação às características específicas que emergem dos dados e dão personalidade analítica distinta ao produto da codificação.

Os dados provenientes dos registros obtidos nas entrevistas e dos registros de áudio foram transcritos, textualmente, em arquivos independentes de editor de texto. Cada transcrito foi lido para o entendimento global, e, então, a análise de conteúdo foi conduzida. Na codificação do corpus discursivo usou-se o software de gerenciamento de dados qualitativos Atlas.ti (versão 6.2.28, Atlas.ti GmbH, Berlin), no qual as sentenças e frases contidas nos textos transcritos das entrevistas, que apresentavam significado no contexto do modelo de Andersen e Davidson, foram isoladas como citação e rotuladas com o código adequado. Procurou-se, quando pertinente, evidenciar como o fenômeno do uso de medicamentos articula-se à carga semântica do conteúdo codificado.

O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville (nº 650.157 de 14 de dezembro de 2013). Todas as pessoas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a prestação de todas as informações cabíveis e demandadas na fase de convite. Elementos que identificavam os participantes foram suprimidos ou codificados.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 22 sujeitos (12 mulheres), com idade média de 59,5 anos (faixa de 18 a 79 anos). A maioria dos entrevistados eram brancos (n=14), com ensino fundamental incompleto, casados (n=15), com renda per capita inferior a R\$ 1.448,00 (correspondendo a 2 salários mínimos em 2015; n=16). Dez participantes declararam ser aposentados. Os tratamentos empregados consistem, majoritariamente, do uso da combinação de fumarato de formoterol (broncodilatador β_2 -adrenérgico de longa ação) e de budesonida (anti-inflamatório corticoide

inalatório). Alguns casos ainda associam o brometo de tiotrópio (broncodilatador anticolinérgico de longa ação).

Todos os participantes expressaram o que se pode considerar formação de necessidades de saúde, da perspectiva de quem sofre ou do sujeito do cuidado, exprimindo convicções sobre meio (s) para atingir o que se deseja, como uma condição para o controle da doença e para viver melhor, tendo, frequentemente, a perspectiva médica como referência, e modulando os comportamentos de saúde adotados na trajetória de lidar com a doença e com o processo de cuidado profissional.

As citações a seguir ilustram comportamentos relacionados à formação de necessidades de saúde modulada pela experiência individual da doença (illness) inerente ao papel dos medicamentos. A percepção e o conhecimento sobre o próprio estado de saúde, a presença de sintomas, de dor ou de sofrimento (relação com o desconforto e limitações das atividades cotidianas), a existência ou os resultados de exames (estado da função pulmonar), ou a consideração do diagnóstico médico (avaliação profissional) influenciaram as necessidades expressas pelos participantes. A consideração dos medicamentos como necessidades surgiu da relação entre o juízo sobre o próprio estado de saúde e a convicção sobre a contribuição desses produtos para reduzir o sofrimento e o desconforto.

A doença limita em algumas coisas. É triste essa doença... Quando ela vem forte mesmo, que ataca a respiração, faço... inalação. Quando está mais fraco, eu tomo só os remédios...[MAV, F, 79 anos]

Por isso que eu uso [o medicamento] de manhã e sempre a noite, “pra” controlar já, “pra” não chegar a “atacar” [ao se referir às exacerbações]...Antes [do tratamento] eu vivia internado, agora que descobri a asma... nunca mais me internei...[DWS, M, 18 anos]

O relato dos participantes indicou que pessoas com asma comparam a avaliação do próprio estado de saúde após iniciar a farmacoterapia as suas expectativas em relação ao tratamento. As expectativas variam entre os participantes, mas têm uma característica comum que é a valorização da redução dos sintomas e do caráter aversivo dos estados de menor controle pré-tratamento. Como há uma diferença

muito grande na avaliação do sofrimento entre um e outro estado, observa-se a admissão de um determinado nível de sintomas da asma, cuja presença é considerada normal ou natural.

Eu to bem, se não faltar a medicação. Não tenho cansaço, nem falta de ar. Às vezes acontece de eu me esquecer. Sinto cansaço. Daí eu lembro que não tomei. Daí começa a me faltar ar. [DEF, F, 31 anos]

Hoje eu me sinto muito bem com esse remédio. Ele [medicamento] é ótimo pra mim. É um de manhã quando eu me sinto mal. Eu não tomo assim de “bobeira”[ao considerar sem necessidade]... Conforme eu me sentir mal, eu vou tomar. Mas não quer dizer que eu tomo em horário x. [CSS, F, 48 anos]

Observou-se que o contexto individual, o processo cognitivo e a construção cultural de estratégias e de critérios avaliativos afetaram as escolhas realizadas pelas pessoas e os comportamentos em saúde decorrentes. Em todas as entrevistas, os medicamentos foram valorizados como fundamentais para o controle dos sintomas da asma (percepção como necessidade), sendo essa valorização importante para a construção do comportamento de práticas pessoais de saúde, embora as decisões sobre o uso e os itinerários pessoais sejam muito variáveis.

O uso de corticosteroides inalatórios foi interpretado por alguns participantes como menos eficaz, associado à convicção de que não há um efeito imediato perceptível decorrente do uso do anti-inflamatório. Esse juízo é formado pela não observação empírica da capacidade deste medicamento em aliviar o sofrimento e de proporcionar melhora detectável, tal qual é atribuído ao fumarato de formoterol (broncodilatador), uma característica valiosa para sua legitimação social, que foi determinante para alguns pacientes não usarem ou diminuir a frequência do uso da budesonida.

A percepção sobre o próprio estado de saúde foi condicionante na decisão de usar um serviço de saúde, em um processo de comparar as alternativas disponíveis (necessidades potenciais) e elencar critérios que modulam o comportamento. A citação a seguir ilustra a natureza dinâmica da percepção da necessidade, com a análise do melhor meio para alcançar o desfecho desejado: se a continuidade do manejo pessoal dos sintomas

empregando os medicamentos, ou se a utilização do serviço de emergência.

Eu faço inalação em casa. Se eu ver que com a minhas inalações, conforme as doses, não passa [exacerbações], eu tenho que correr [ao se referir ao serviço de saúde de emergência]. Porque daí lá eles colocam no soro. Daí eu corro pra lá. Eu corro para o PA [Pronto Atendimento]. [IS, F, 56 anos]

Hoje eu me sinto muito bem com esse remédio. Ele é ótimo pra mim [formoterol + budesonida]. É um de manhã quando eu me sinto mal. Eu não tomo assim de boeira. Tomo todos os dias, mas é assim, por exemplo, eu tomei 5 da manhã, daí talvez eu vou tomar 11 da noite, entende. Conforme eu me sentir mal, eu vou tomar [referindo à inalação]”. [CSS, F, 48 anos]

DISCUSSÃO

Na análise da experiência de utilização de serviços e de medicamentos associados ao tratamento da asma é útil considerar as necessidades de saúde em um contexto complexo, fundamentadas em princípios teóricos adequados. Eisenberg [11] distingue entre “doença processo” e “doença experiência”, analisando os significados das palavras em língua inglesa que designam o fenômeno doença. A *sickness* (doença) é dimensionada nos termos *disease* (a doença representada como processos biológicos) e *illness* (a forma como as pessoas vivem as experiências da doença).

Nesta perspectiva, a experiência da doença conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e de agir [12]. A *illness* é modulada pela cultura e está imersa “em um complexo nexos familiar, social e cultural”, enquanto a *disease* é a principal abordagem a fundamentar a atuação dos profissionais de saúde, considerada inadequada para lidar com o sofrimento do paciente [6]. A Figura I esquematiza a correlação das necessidades como meios terapêuticos no contexto complexo da experiência da doença.

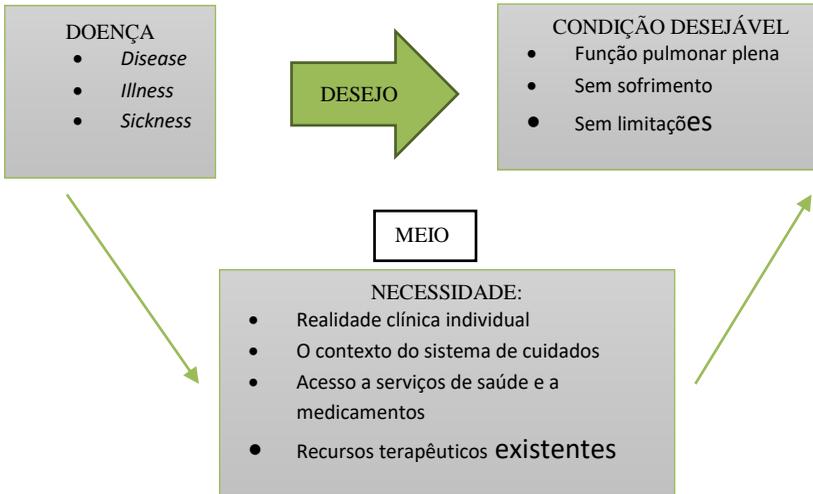


Figura I – Representação esquemática entre a relação dos desejos e das necessidades, e a sua caracterização como meios mediadores da busca de fins desejados.

Fonte: elaborada pelos autores

Ao considerar-se o conceito de Willard [3], a necessidade deixa de ser função normativa, estéril de valores, para constituir-se, também, na perspectiva das pessoas em necessidade. O paciente é uma pessoa com valores, e estes valores explicam atitudes, decisões e ações, e as necessidades de saúde não são propriedades ou atributos das pessoas, mas um processo que envolve desejos, percepções e avaliações na escolha do meio para um fim valioso.

Consequências funcionais e sociais constituem elementos importantes na noção dos sujeitos sobre a doença [7]. Na asma, a formação da necessidade é extensivamente ligada ao sofrimento causado pela exacerbação dos sintomas e pelas limitações cotidianas experienciadas pelas pessoas. Elementos e significados da experiência pessoal de viver com asma (*illness*) contribuem na interpretação e compreensão do próprio estado de saúde, e para organizar os comportamentos em saúde.

Kleinman [6] define *illness* como “a doença percebida”, empregando o mesmo adjetivo (percebido) usado por Andersen e Davidson [2] para caracterizar a avaliação individual das necessidades de

saúde. No modelo de Wood and Badley [13], a doença é percebida a partir da análise pessoal das limitações funcionais (na asma: volumes e capacidades pulmonares, difusão pulmonar e curva fluxo-volume comprometidos), e das restrições às atividades individuais (dificuldades para completar tarefas domésticas e para realizar atividades cotidianas). Estas incapacidades projetam desvantagens para o sujeito, como limitações laborais ou uma vida de menor qualidade, e variam em severidade ao longo do tempo, oscilando entre períodos estáveis e processos agudos de crise [7].

A partir desta perspectiva, a doença não pode mais ser interpretada independente da farmacoterapia, que reforça à percepção do déficit respiratório e de suas consequências na experiência individual de sofrimento típica da asma. Isso provoca a ressignificação dos medicamentos como necessidades, definindo-os como os meios de maior efeito na redução do sofrimento causado pelas exacerbações respiratórias (fenômeno “visível” ou compreensível para o sujeito), enquanto secundária o papel da inflamação (fenômeno “invisível” ou incompreensível) ou dos serviços profissionais na realidade clínica que o paciente percebe.

Sintomas e objetivos terapêuticos são, no entanto, construídos a partir do modelo biomédico de atenção à saúde, que define uma determinada universalidade da doença em forma, progresso e conteúdo. Esta estrutura é convergente com o princípio da normalidade funcional como indicador do estado saudável, e com o comportamento médico governado pela expectativa na eficácia das medidas tomadas [7, 14]. As diferenças entre a perspectiva profissional e a percepção da pessoa vivendo com asma afetam a formação da necessidade e as transações clínicas decorrentes.

A relativização de eficácia do anti-inflamatório frente ao broncodilatador parece evidenciar a hipótese formulada por Kleinman [6] de que a avaliação da eficácia deve considerar a natureza dual da cura (*healing*), ou seja, um processo que provenha controle para a *disease* e significado para a *illness*. Apesar dos papéis farmacológicos distintos destes medicamentos, a ampliação da capacidade respiratória e a redução dos sintomas associadas ao broncodilatador são determinantes para a percepção, e influentes no comportamento de uso do medicamento. De acordo com Magi and Allander [7], o que governa a escolha é a percepção da utilidade do meio (serviço ou medicamento). Os pacientes podem justificar a não utilização dos medicamentos, mesmo do corticoide inalatório (de uso contínuo sem associação direta aos sintomas), correlacionando à experiência da ausência de sintomas [15].

Os significados atribuídos à experiência de viver com asma são fundados em um modelo explanatório da doença (*sickness*), sancionado socialmente, influenciando a necessidade percebida. No contexto brasileiro, em que a grande maioria dos pacientes com asma não apresenta sua doença controlada segundo critérios internacionais [16], uma abordagem adequada para análise das necessidades de saúde na asma, tanto na prática clínica como na produção de conhecimento, deve incluir a relação entre a experiência individual de sofrimento, as concepções e os valores pessoais, e as concepções, valores e práticas do sistema de cuidados.

As necessidades de saúde de usuários de medicamentos constituem um tema complexo, e novos estudos precisam explorar os aspectos apontados para aprofundar a compreensão de como as necessidades influenciam o uso de serviços e de medicamentos para o tratamento da asma e de outras doenças.

REFERÊNCIAS

1. Soares, L., *O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos*, in *Programa de Pós-Graduação em Farmácia*. 2013, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis. p. 249.
2. Andersen, R.M. and P.L. Davidson, *Improving access to care in America: Individual and Contextual Indicators*, in *Changing the U.S. health care system*, R.R. Andersen, T. H.; Kominski, G. F., Editor. 2007, John Wiley & Sons, Inc.: San Francisco. p. 3-30.
3. Willard, L.D., *Needs and medicine*. *Journal of Medicine and Philosophy*, 1982. **7**(3): p. 259-274.
4. Frankfurt, H.G., *Necessity and desire*. *Philosophy and Phenomenological Research*, 1984. **45**(1): p. 1-13.
5. Andersen, R.M., *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* *Journal of Health and Social Behavior.*, 1995. **36**(1): p. 1-10.
6. Kleinman, A., *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. *Social Science & Medicine Part B: Medical Anthropology*, 1978. **12**: p. 85-93.
7. Magi, M. and E. Allander, *Towards a theory of perceived and medically defined need*. *Sociology of Health & Illness*, 1981. **3**(1): p. 49-71.

8. Damasceno, E., et al., *Custos diretos e indiretos da asma: revisão de literatura*. Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia, 2012. **35**(6): p. 234-40.
9. Global Initiative for Asthma, *Global strategy for asthma management and prevention*. 2016.
10. Menezes, A. M. B., et al., *Prevalência de diagnóstico médico de asma em adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. Rev Bras Epidemiol dez 2015; 18 SUPPL 2: 204-213
11. Eisenberg, L., *Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness*. Culture, medicine and psychiatry, 1977. **1**(1): p. 9-23.
12. Uchôa, E. and J.M. Vidal, *Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*. Cadernos de Saúde Pública, 1994. **10**(4): p. 497-504.
13. Wood, P. and E. Badley, *Setting disablement in perspective*. International Rehabilitation Medicine, 1978. **1**(1): p. 32-37.
14. Helman, C.G., *Disease versus illness in general practice*. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1981. **31**: p. 548-552.
15. George, M., et al., *Qualitative research-enhanced understanding of patients' beliefs: results of focus groups with low-income, urban, African American adults with asthma*. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2003. **111**(5): p. 967-973.
16. Marchioro, J., et. al., *Nível de controle da asma e sua relação com o uso de medicação em asmáticos no Brasil*. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2014 - Volume 40 - Número 5 (Setembro/Outubro)

APÊNDICE F – Proposta de Artigo a ser Submetido a Revista Qualitative Health Research

NECESSIDADE POR MEDICAMENTOS: VALORES, DESEJOS E TECNOLOGIAS

TOAZZA, MAÍRA L. PIRES¹; SOARES, LUCIANO²; FARIAS,
MARENI ROCHA³

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil; ²Departamento de Farmácia. Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Joinville, SC, Brasil; ³Departamento de Ciências Farmacêuticas. Centro de Ciências da Saúde. UFSC. Florianópolis, SC, Brasil.

Resumo

Contexto

Objetivo Compreender as necessidades como expressões dos sujeitos em tratamento e do sistema de saúde, analisando os significados e valores atribuídos ao que se considera necessário. *Método* Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, a partir de entrevistas com pacientes com asma de um município de Santa Catarina, entre junho e julho de 2015, sobre a formação de necessidade do uso de serviços de saúde e do uso de medicamentos para tratamento da asma, envolvendo questões relacionadas a valores, desejos e tecnologias na perspectiva do modelo comportamento do uso de serviços de saúde e do modelo de necessidades. *Resultados e Conclusões* O tema necessidades de saúde e de medicamentos é uma variável complexa, podendo ser expressa através do meio valorizado pelo sujeito para atingir o desfecho em saúde desejável ou possível, influenciando os comportamentos de um indivíduo em processo de cuidado, que por sua vez, pode ser o mais importante fator de sucesso terapêutico. Observou-se através dos relatos a formação de necessidades de saúde e de necessidades de medicamentos por pacientes em tratamento para asma relacionadas com a própria doença, à busca de cuidado, o acesso a serviços de saúde, o uso de medicamentos e à adesão ao tratamento.

Descritores: necessidades de saúde; necessidades de medicamentos; comportamentos de uso de medicamentos.

INTRODUÇÃO

Os valores, as percepções sobre o próprio estado de saúde, a experiência sobre os sintomas de uma doença e sobre como o sofrimento se manifesta, bem como a percepção sobre a importância e a magnitude de um problema para determinar a busca por ajuda profissional são indicadores da agência do indivíduo sobre a decisão final de uso de serviços de saúde ou de medicamentos. Neste contexto, a percepção das necessidades de saúde parece exercer influência determinante sobre tais comportamentos.

O modelo proposto por Andersen e Davidson [1] descreve as influências sobre o uso de serviços de saúde, definindo as contribuições, entre outros aspectos, dos fatores capacitantes (financiamento e organização), das necessidades de saúde (percebida e avaliada), dos comportamentos (práticas pessoais e processo de cuidado) e dos desfechos em saúde (estado de saúde e satisfação). A necessidade constitui o meio adequado para atingir-se um ou mais resultados valorizados por pacientes, profissionais ou pelo sistema de saúde, e implica em uma escolha realizada por um inevitável juízo de valor [2, 3]. Dessa forma, a necessidade pode ser definida a partir da perspectiva da existência de um serviço ou de um bem, do qual o sujeito possa se beneficiar [4, 5].

Avaliar necessidades tem o propósito de identificar características e expectativas das pessoas assistidas em um serviço, identificar demandas e permitir a definição de prioridades, e identificar discrepâncias entre a situação desejada e as circunstâncias vividas, com vistas a prover dados que contribuam para a construção das políticas sociais [3].

Como se tornou um meio pelo qual nos expressamos no mundo, as tecnologias influenciam a satisfação das necessidades e têm grande impacto na sociedade. Os processos de criação e de satisfação dessas necessidades têm sido complexificados pela importância que os medicamentos ganharam como tecnologia em saúde, e por sua aplicação global multifacetada. A associação das necessidades às tecnologias apresenta ambiguidade intrínseca, e desempenha papel central na confusão para discernir necessidades de desejos [6].

Todos os seres humanos têm desejos (associados aos fins; desfechos de saúde, por exemplo), e necessidades (ligadas aos meios para alcançá-los; medicamentos, por exemplo) [7, 8]. Desejos e percepções subjetivas em Bradshaw [9] são equivalentes ao conceito de necessidade percebida definido por Andersen e Davidson [1]. Essa abordagem teórica reforça que a utilidade que qualquer meio requer para se constituir como

necessidade deve, em última instância, contribuir para satisfação do desejo das pessoas por uma realidade percebida como melhor. Nesse sentido, nenhuma necessidade é mais valiosa ou prioritária do que o desejo pelos fins que ela instrumentaliza [10].

A asma é uma doença pulmonar de grande impacto sobre a vida social e econômica dos sujeitos [11], que acomete, atualmente, cerca de 300 milhões de pessoas no mundo e é a quarta causa mais frequente de internações no Brasil [12]. De acordo com o Global Initiative for Asthma [13], o conceito de controle da asma inclui manifestações clínicas e funcionais, como sintomas, despertares noturnos, uso de medicação de alívio, limitação das atividades e função pulmonar.

Para Kleinman, Eisenberg [14] a realidade clínica é culturalmente construída e pluralística, e reconhecer as discrepâncias que podem existir na visão dessas realidades entre pacientes e profissionais pode contribuir com a adesão, a gestão dos problemas, a satisfação de pacientes e com os resultados em saúde. A interpretação da realidade clínica influencia os comportamentos de pacientes e como percebem as necessidades, que são, hegemonicamente, de natureza biomédica. Os estudos que assumem o medicamento como insumo na provisão de cuidados em saúde e reconhecem a natureza cultural da realidade clínica podem incrementar a compreensão sobre a dinâmica do uso [15] e da formação das necessidades neste contexto.

OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo deste trabalho foi compreender as necessidades de saúde como expressões dos sujeitos utilizando medicamentos para o tratamento da asma e como características do sistema de saúde, analisando os significados e valores atribuídos ao que se considera necessário.

APROVAÇÃO ÉTICA

O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville (nº 650.157 de 14 de dezembro de 2013). Em acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, adotou-se todas as medidas visando preservar a integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, bem como garantir o sigilo dos dados coletados. Todas as pessoas que

aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a prestação de todas as informações cabíveis e demandadas na fase de convite. Elementos que identificavam os participantes foram suprimidos ou codificados.

MÉTODOS

Estudo qualitativo exploratório realizado nos meses de junho e julho de 2015, com sujeitos em tratamento para asma com processo administrativo em uma unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em um município do Sul do Brasil.

No período estudado, a farmácia apresentava 1244 pacientes com diagnóstico de asma, de acordo com dados do sistema que gerencia os processos administrativos do CEAF. Para seleção da amostra, dados dos pacientes como natureza da instituição na abertura do processo (pública ou privada), esquema terapêutico e especialidade médica na abertura e na renovação do processo foram tabulados. A seleção foi realizada por contraste e, então, por sorteio de pacientes que apresentavam características semelhantes, visando obter-se uma amostra heterogênea.

Os critérios de elegibilidade incluíram pacientes cadastrados no CEAF atendidos no estabelecimento de saúde do município, com diagnóstico de asma (CID 10 J 45.0; J 45.1 e J 45.8) registrado no sistema próprio de gerenciamento de processos, com idade igual ou superior a 18 anos, capazes de se comunicar ou que estivessem acompanhados por cuidador. Os pacientes selecionados foram convidados a agendar uma entrevista domiciliar.

Utilizou-se um guia orientador para entrevistas semiestruturadas, adaptados e testados a partir do trabalho de Soares [15], previamente, em uma fase piloto. As entrevistas foram gravadas mediante autorização prévia. As questões, embora focadas, eram abertas; e após manifestação espontânea, o informante foi estimulado a detalhar algumas informações ou abordar novos aspectos do tópico. Os temas relacionaram-se ao histórico clínico envolvendo doenças agudas e crônicas, e sintomas; a busca e as fontes de cuidado médico; e o histórico farmacoterapêutico envolvendo uso de medicamentos, com e sem prescrição, e aspectos relacionados.

O modelo de Andersen e Davidson para a reflexão crítica com relação às características específicas que emergem dos dados e dão personalidade analítica distinta ao produto da codificação, utilizando-se, principalmente, as dimensões das características individuais, comportamento em saúde e resultados.

Os dados provenientes dos registros de áudio foram transcritos, textualmente, em arquivos independentes de editor de texto. Cada transcrito foi lido para o entendimento global, e, então, a análise de conteúdo foi conduzida. Na codificação do corpus discursivo usou-se o software de gerenciamento de dados qualitativos Atlas.ti (versão 6.2.28, Atlas.ti GmbH, Berlin), no qual as sentenças e frases com significado foram isoladas como citação e rotuladas com o código adequado. Procurou-se, quando pertinente, evidenciar como o fenômeno do uso de medicamentos articula-se à carga semântica do conteúdo codificado.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 22 sujeitos (12 mulheres), com idade média de 59,5 anos (faixa de 18 a 79 anos). A maioria dos entrevistados eram brancos (n=14), com ensino fundamental incompleto, casados (n=15), com renda inferior a R\$1.448,00 (correspondendo a 2 salários mínimos em 2015; n=16). Dez participantes declaram ser aposentados. Os tratamentos empregados consistem, majoritariamente, do uso da combinação de fumarato de formoterol (broncodilatador de longa ação) e de budesonida (anti-inflamatório corticoide inalatório). Alguns casos ainda associam o brometo de tiotrópio (broncodilatador de longa ação). O conceito de necessidade de saúde pode ser melhor caracterizado pela análise do componente ‘desejo’ (*wants*) das necessidades, e do efeito da dimensão tecnológica que os medicamentos exercem sobre a avaliação e sobre a percepção das necessidades. Alguns destes aspectos são ilustrados na citação a seguir.

Na realidade, eu consigo controlar [a asma] com a medicação, mas eu não consigo ficar todos os dias sem tomar o remédio, eu tenho asma durante os dias, mesmo com toda essa medicação, eu faço o uso do [medicamento] suporte, tanto que às vezes tem uma bombinha aqui, tem uma aqui, tem uma lá [referência a cômodos da casa], e às vezes eu perco as três e fico desesperada porque fecha tudo mesmo [vias aéreas]... Eu considero ... controlada [asma], convivo bem, porque daí eu tomo a medicação, aquilo alivia e pronto, já abre, tu continua com a tua vida normal. [LMAA, F, 42 anos]

Nos discursos, a percepção individual de elementos relacionados à seleção do medicamento, ao dispositivo de administração e à posologia (dose e frequência), a partir da avaliação profissional da necessidade, contribuíram para modular o uso dos insumos durante o tratamento, à adesão às instruções prescritas, e às decisões sobre continuidade ou interrupção da farmacoterapia, e de quando ou qual serviço de saúde usar. As citações abaixo indicam experimentação de variações posológicas à revelia da orientação profissional, fundamentada na percepção do estado de saúde, assumindo a redução posológica como aprimoramento da farmacoterapia ou aumento do bem-estar. Variantes desses comportamentos aparecem em diversos contextos.

Mas ele [o médico] disse que não pode parar, porque esse aqui eu tomava três vezes no dia, daí fiquei melhor, daí fui abaixando, abaixando, daí foi para duas vezes e agora faz mais de dois anos que eu to tomando uma vez só... eu fui lá [na consulta médica] e disse que fazia mais de um ano que eu tava tomando só uma vez, ele [o médico disse] 'pois é, mas não voltou, não deu gripe, nem ameaçou o chiado, tá bom, mas se ameaçar, volta pra dois [duas doses] por dia'. [diminuiu a dose] ...pra ver se parava de tomar. [ACM, F, 76 anos]

Ele toma certinho, ele toma tudo sozinho. Esse aí [tiotrópio], quando vem, eu que coloco aqui [dispositivo], e as vezes ele não consegue virar, daí eu viro e ele toma. Só que agora, eu tava vendo, o médico mandou tomar quatro vezes [ao dia] esse aqui [salbutamol], ele tá tomando só duas [vezes, ao dia]. Se começar a faltar agora no inverno muito ar, ele passa a tomar mais. [CF, M, 86 anos; entrevista realizada com a cuidadora]

A percepção da necessidade envolve as preferências pessoais, que são variáveis conforme o contexto cultural e o tempo, influenciadas pela percepção do meio mais útil ou oportuno em determinada realidade clínica, e pela organização do sistema de saúde. Os discursos analisados exprimiram a sobrevalorização do uso do medicamento, sugerindo a superestimação dos efeitos do produto e a menospreciação dos serviços de saúde associados ao cuidado da asma.

Não posso esquecer. A bronquite mesmo me faz lembrar. Porque quando eu vou começar [alguma atividade doméstica], já me ataca, eu sou obrigada correr e fazer [administrar uma dose da medicação]... nunca fiquei [sem a medicação], quando eu não pegava [na unidade do CEAF], eu comprava... pra renovar a receita eu vou aqui no postinho, e o médico preenche a receita pra mim. De três em três meses. Agora, consulta também, porque antes só levava lá e o médico preenchia. Agora não, tenho eu que marcar a consulta com ele para ele poder preencher. [MLLG, F, 57 anos]

...quando eu precisei [atendimento médico] eu vou direto no PA [unidade de pronto atendimento]. Eu nunca procurei ele daí [especialista que prescreveu o tratamento]. Porque eu já me acostumei. É mais rápido (no PA). Pra passar com ele, eu vou ter que ligar, agendar. Quando eu ficava mal, eu sempre fui para o PA. Era mais fácil e mais rápido também. [IS, F, 56 anos]

Observou-se manifestações de desejo pela tecnologia, relacionado à utilidade do medicamento e à valorização do estado de saúde experienciado após farmacoterapia. As referências à eficácia dos medicamentos são elaboradas pelos participantes com base na observação empírica dos sintomas, na comparação dos estados pré e pós tratamento, e na autonomia alcançada com o uso dos produtos.

Nunca fiquei [sem medicamento], porque eu preciso dele. Eu não consigo. Não sei se isso é psicológico, ou é preciso mesmo. Eu me sinto muito mal. Eu começo a chiar, daí eu já deixo debaixo do travesseiro. [CSS, F, 48 anos]

Eu sempre uso [medicamento] duas vezes por dia, de manhã e de noite. Eu sinto a necessidade, porque se eu levantar assim, que não usar, me esquecer, quando eu venho aqui pra fazer as coisas assim, pronto, daí eu começo a sentir falta de ar. [MAV, F, 79]

...quando eu fico mal, daí eu já faço [administração de uma dose do medicamento] de manhã pra prevenir, pra não atacar no dia, e, faço a noite pra não atacar quando tá dormindo, pra não acordar... de vez em quando eu faço de manhã, mas mesmo assim de tarde dá uma atacada, daí vou lá e faço quando tá atacado. [DWS, M, 18 anos]

Alguns participantes usam os medicamentos previstas no PCDT associados ao Brometo de tiotrópio (não padronizado no CEAF). O tiotrópio é preconizado pela Sociedade Brasileira de Pneumologia para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e sua acessibilidade ocorre como resultado de ação judicial extensiva aos portadores de prescrição de pneumologista, tendo o município como réu. Estes sujeitos têm processos administrativos anteriores à instituição do protocolo para DPOC, em 2014, pelo Ministério da Saúde. Essa situação permite inferir que pacientes com DPOC tinham acesso a medicamentos por meio do protocolo de Asma, uma vez que os medicamentos usados são os mesmos. Na citação a seguir o informante refere a superação do desafio de apreender a técnica de uso do dispositivo do tiotrópio, e indicou usar a posologia de uma inalação, duas vezes ao dia, enquanto a prescrição determina duas inalações, uma vez ao dia, segundo ele, sob anuência do médico.

Esse aqui [tiotrópio] faz 2 anos [que começou a usar], ele é meio ‘complicadinho’ pra tirar, pra colocar o ‘vidrinho’ aqui dentro, tem que desmontar ele todo, daí coloca o ‘vidrinho’ ali [ao se referir a forma de manejar o dispositivo], mas eu aprendi. [SSO, F, 75 anos]

Observa-se os discursos ressaltarem aspectos tecnológicos e diferenciarem os produtos, construindo a noção de utilidade com elementos que caracterizam o desejo que compõe a percepção da necessidade como desejo pela tecnologia.

Eu tinha falta de ar demais. Eu não percebo, porque eu não estou cansado. Mas se eu não tivesse o remédio ou se eu não tivesse tomado uns 2 ou 3 dias, você ia ver minha situação... Eu tenho que me cuidar. E eu não posso ficar sem esse medicamento. Esse frasco branco não posso, de jeito nenhum [ficar sem]. Dois dias se eu

ficar sem esse branquinho [formoterol], a asma vai me atacar. O pulmão já pesa... E quando toma a medicação, sente um alívio. [PRS, M, 56 anos]

DISCUSSÃO

A ampla diversidade e o avanço tecnológico experimentados com os medicamentos industrializados ampliaram o espectro do cuidado realizado no domínio individual da vida e transformaram o fenômeno da necessidade no campo farmacêutico, requerendo ajustes de concepções para melhor retratar as influências sobre as práticas pessoais em saúde (incluindo automedicação e adesão ao tratamento) e sobre o comportamento de uso de medicamentos.

Os discursos revelaram os medicamentos como forma de individualizar o cuidado, com o indicativo de que pacientes valorizam a redução da dependência e do ‘controle social’, no contexto da “posição única que profissionais de saúde detêm para influenciar seus pacientes e impor suas convicções” [2]. A inflexão no cuidado, da hegemonia profissional à autonomia pessoal, conflui das experiências de pacientes moduladas pela dimensão simbólica da farmacoterapia, que confere liberdade na gestão do cuidado. Mesmo em tratamentos com medicamentos prescritos, as decisões pessoais sobre o uso são cada vez mais relevantes, comportamento muito influenciado pela dimensão tecnológica dos insumos terapêuticos.

Definir necessidade como um processo estritamente científico de diagnóstico e tratamento é, epistemologicamente, inadequado [2]. A utilidade potencial para os desfechos pretendidos é uma propriedade central na definição, empregada, inclusive, para fundamentar as referências normativas no SUS. Como a tecnologia se tornou um dos principais meios pelo qual nos expressamos e pelo qual a realidade humana é revelada [6], os atributos tecnológicos dos medicamentos são essenciais para compreender seu papel como necessidades e sobre como os desejamos.

O uso de medicamentos como necessidade é fundada na alegada capacidade das ciências biomédicas de descobrir soluções farmacêuticas para doenças [16]. A inovação afeta os tratamentos com insumos tecnológicos por meio dos efeitos de substituição de um tratamento (pela premissa de que a nova tecnologia tem maior performance que a antiga) e de sua expansão (aumento da frequência de diagnóstico e do uso da tecnologia decorrentes do aumento da efetividade do tratamento) [17], com implicações para o sistema de saúde (envolvendo custos e gestão),

para os resultados do cuidado, e sobre o modo como nos relacionamos com os medicamentos.

Associado ao ativismo da indústria farmacêutica para promover, globalmente, estratégias comerciais com medicamentos, os aspectos do consumo tecnológico apresentam uma dimensão ideológica, na qual a “apropriação discursiva das necessidades de saúde dos pacientes como demandas de consumidores em um mercado” contribui para o fenômeno da medicamentação. As estratégias de comercialização podem criar declarações e expectativas falsas sobre a capacidade dos medicamentos serem necessidades [16].

Entretanto, “a aplicação da tecnologia é regida não só pela utilidade, mas também pelo nosso ser” [6]. Profissionais de saúde e usuários em necessidade, ao atribuírem significados às tecnologias, podem confundir necessidades e desejos. A generalização do poder da eficácia compõe significados associados à percepção de um poder de cura, próprio dos medicamentos, e conduz a sua apreciação como desejo [18]. No contexto da farmacoterapia, a estrutura simbólica transforma a natureza ‘meio’ dos medicamentos (necessidade) em ‘finalidade’ das práticas profissionais e pessoais em saúde (desejo).

As naturezas tecnológica e mercantil da budesonida e do formoterol, e a percepção de sua utilidade para mediar a remissão ou prevenir a exacerbação dos sintomas da asma, convertem a formação da necessidade em desejo. A expectativa por um resultado dá lugar ao desejo pela tecnologia em si. Estes significados são reforçados pela característica das linhas de cuidado do CEAf de focalizar a disponibilidade dos medicamentos em detrimento da provisão de serviços de cuidados, no qual o medicamento é uma necessidade potencial.

O desejo, um componente normalmente classificado como mal preditor das necessidades de saúde, vem contribuindo para transformar a relação de pacientes com medicamentos e com serviços de cuidado. No caso da asma observa-se expressiva superestimação dos primeiros e crescente desconexão com os últimos, prejudicando a efetividade dos medicamentos pelo manejo deficitário do tratamento.

O valor do serviço de saúde é ressignificado, tendo *status* de necessidade quando o medicamento é insuficiente para alcançar os resultados pretendidos ou quando o tratamento falha. Dada a natureza da asma em que a falha terapêutica se expressa pela exacerbação de sintomas, o serviço de urgência é citado como o meio preferido para alcançar os resultados. Discussões mais aprofundadas de alguns destes elementos pode ser encontradas em Van der Geest [19, 20].

As noções de saúde e de doença (*illness*) são cruciais para que a necessidade de cuidado e o desejo por saúde sejam adequadamente compreendidos, sem reduzir a necessidade ao desejo por soluções tecnológicas [21]. Como a necessidade é um elemento condicional, ou seja, depende das circunstâncias a partir da qual se origina [6, 8], as tecnologias têm impacto sobre todas as necessidades contemporâneas [6]. A expressão do desejo foi evidenciada nos discursos analisados, relacionando as diferenças tecnológicas entre medicamentos aos resultados produzidos.

A percepção de satisfação da necessidade a partir da obtenção da receita foi recorrente, ratificando o simbolismo da prescrição e indicando a reificação do sofrimento. O valor encontrado por pacientes está relacionado às potencialidades da vida sem ou com baixo nível de sintomas da asma, atribuído exclusivamente à eficácia dos medicamentos. A menor heteronomia é outro ativo valorizado, ao obter o desfecho com determinado nível de agência na autogestão da farmacoterapia. Assim, os medicamentos ofertam aos usuários a eficácia e a percepção de maior autonomia, estabelecendo uma relativa emancipação psicossocial, ao custo da dependência tecnológica.

A utilização do medicamento foi também relacionada à gravidade da doença ou ao seu agravamento, sendo que a necessidade de doses superiores ou de maior frequência de administração compõe o repertório de explicação sobre o próprio sofrimento. O medicamento confere base factual ao valor da necessidade, por reconhecimento de sua utilidade em aliviar o sofrimento, mas também por dar tangibilidade à realidade clínica do asmático, coisificando a experiência do sujeito, no contexto de um sistema organizado de produção e de distribuição do insumo tecnológico em uma realidade mercantilizada [22].

A avaliação das necessidades são consideradas mais críveis quando envolvem a análise do potencial terapêutico do recurso [23]. Conforme Daniels [24], a objetividade pauta a definição profissional das necessidades. Isso é convergente com os padrões institucionais normativos de Jeffers, Bognanno [25] e com a dimensão normativa da necessidade de Bradshaw [9]. No contexto estudado, tais referências compreendem a seleção de medicamentos definida por protocolos nacionais baseados em evidências validadas cientificamente, e estabelecidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

A partir da perspectiva de Bradshaw [9] pode-se deduzir o desacordo entre os padrões profissional e institucional no CEAF. Como concluiu Adulyanon [23], mesmo dentro dos consensos profissionais-institucionais

há variabilidade intrínseca nos julgamentos. Os comportamentos profissionais de prescrição do tiotrópio (acessível apenas pela via judicial) diferem da referência expressa nos PCDT, que disponibiliza no CEAF apenas formoterol e budesonida (evidências adicionais dessa variabilidade em Arnlind, Wettermark [26]; Corallo, Croxford [27]; Wilson, Sanchez-Riera [28]; e Peláez, Lamontagne [29]).

Um paradoxo epistêmico pode ser então discutido, em que profissionais, ao prescreverem medicamentos padronizados, legitimam os critérios de eficácia e segurança que sustentam a acessibilidade racional normativa, e ao prescreverem medicamentos não padronizados, questionam aqueles critérios. Se a evidência científica é o critério objetivo a guiar a escolha, e se a utilidade do tiotrópio é controversa ou não evidente, a decisão de prescrever tal medicamento teria sido fundamentada, portanto, em critérios subjetivos. Assim, o juízo de valor implicado na definição de um medicamento como necessidade pode desviar da análise da capacidade intrínseca da tecnologia tida como base de seu fundamento. A eficácia dos medicamentos, ou sua efetividade, nem sempre são os critérios empregados na avaliação profissional, inferindo que há aspectos sociais e políticos na definição da necessidade. E, nos termos de Ellul [30], as decisões políticas são subordinadas ao imperativo tecnológico em um contexto de cientificização do estado.

Em um estudo que avaliou a congruência entre as necessidades e as escolhas das pessoas, e as práticas organizacionais no manejo da farmacoterapia em idosos, observou-se grande variabilidade no manejo dos medicamentos e atitudes de adaptação em função do contexto, apontando a ‘necessidade’ como um fenômeno dinâmico e construído culturalmente [31].

CONCLUSÕES

Todos os participantes perceberam os medicamentos como meios para alcançar o controle dos sintomas da asma, o que os fez buscar a provisão alternativa do recurso quando experienciaram problemas de acessibilidade. Os discursos analisados corroboram a propriedade dos serviços de serem, tal qual definido por Andersen e Davidson [1], fatores capacitantes ao uso de medicamentos e diretamente relacionados às necessidades de saúde.

A efetividade deve ser parte da definição de necessidade, pois a utilização e outros comportamentos dos usuários, além da acessibilidade, interferem nos resultados em saúde, podendo alterar a realidade na qual o medicamento selecionado é o melhor meio disponível para alcançar o

desfecho positivo, se o usuário tiver dificuldade de administrar ou de cumprir o regime posológico, ou se ele decidir não usar. Outros fatores que levam à perda de efetividade (tolerância, respostas biológicas inferiores à esperada, reações adversas) podem reduzir o benefício ou eliminar a utilidade do medicamento, extinguindo o status de necessidade atribuído ao medicamento.

Outros fatores constituíram a formação das necessidades como a experiência do uso de serviços de saúde e do uso de medicamentos, o conhecimento/percepção sobre o próprio estado de saúde, sintomas, dor ou sofrimento, a consideração de um diagnóstico médico, o desconforto e a limitação das atividades cotidianas, o resultado de um exame.

Foi possível concluir que a existência da necessidade de saúde está vinculada à capacidade do usuário de se beneficiar de um tratamento farmacológico efetivo e de um serviço de saúde específico, o que envolve a interação entre comportamentos individuais e a organização e financiamento dos serviços, em um contexto sociocultural complexo.

REFERÊNCIAS

1. Andersen, R.M. and P.L. Davidson, *Improving access to care in America: Individual and Contextual Indicators*, in *Changing the U.S. health care system*, R.R. Andersen, T. H.; Kominski, G. F., Editor. 2007, John Wiley & Sons, Inc.: San Francisco. p. 3-30.
2. Willard, L.D., *Needs and medicine*. Journal of Medicine and Philosophy, 1982. **7**(3): p. 259-274.
3. Pennington, F.C., *Needs assessment: concepts, models, and characteristics*. New Directions for Adult and Continuing Education, 1980. **1980**(7): p. 1-14.
4. Acheson, R.M., *The definition and identification of need for health care*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1978. **32**(1): p. 10-15.
5. Asadi-Lari, M., C. Packham, and D. Gray, *Need for redefining needs*. Health and Quality of Life Outcomes., 2003. **1**(34): p. 1-5.
6. Rivers, T.J., *Technology's role in the confusion of needs and wants*. Technology in Society, 2008. **30**(1): p. 104-109.
7. Watt, E.D., *Human Needs, Human Wants, and Political Consequences*. Political Studies, 1982. **30**(4): p. 533-543.
8. Frankfurt, H.G., *Necessity and desire*. Philosophy and Phenomenological Research, 1984. **45**(1): p. 1-13.

9. Bradshaw, J., *A taxonomy of social need*, in *Problems and progress in medical care: Essays on Current Research*, G. McLachlan, Editor. 1972, Oxford University Press: London.
10. Goodin, R.E., *The priority of needs*. Philosophy and Phenomenological Research, 1985. **45**(4): p. 615-625.
11. Damasceno, E., et al., *Custos diretos e indiretos da asma: revisão de literatura*. Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia, 2012. **35**(6): p. 234-40.
12. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma-2012*. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2012. **38**(Suplemento 1): p. s1-s46.
13. Global Initiative for Asthma, *Global strategy for asthma management and prevention*. 2016.
14. Kleinman, A., L. Eisenberg, and B. Good, *Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. Focus, 2006. **4**(1): p. 140-49. Reprinted Annals of Internal Medicine. 1978.
15. Soares, L., *O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos*, in *Programa de Pós-Graduação em Farmácia*. 2013, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis. p. 249.
16. Abraham, J., *Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions*. Sociology, 2010. **44**(4): p. 603-622.
17. Cutler, D.M. and M. McClellan, *Is technological change in medicine worth it?* Health Affairs, 2001. **20**(5): p. 11-29.
18. van der Geest, S. and S.R. Whyte, *The charm of medicines: metaphors and metonyms*. Medical Anthropology Quarterly, 1989. **3**(4): p. 345-367.
19. Van der Geest, S., *Pharmaceuticals in the Third World: the local perspective*. Social Science & Medicine, 1987. **25**(3): p. 273-276.
20. Van der Geest, S., *Pharmaceutical anthropology: perspectives for research and application*, in *The Context of Medicines in Developing Countries: studies in pharmaceutical anthropology*, S. Van der Geest and S.R. Whyte, Editors. 1988, Kluwer Academic Publishers: Amsterdam. p. 329-366.
21. Mordacci, R., *The desire for health and the promises of medicine*. Medicine, Health Care and Philosophy, 1998. **1**(1): p. 21-30.

22. Taussig, M.T., *Reification and the consciousness of the patient*. Social Science & Medicine Part B: Medical Anthropology, 1980. **14**(1): p. 3-13.
23. Adulyanon, S., *The concept of need in dental care*. Khon Kaen University Dental Journal, 1998. **1**(1): p. 2-8.
24. Daniels, N., *Health-care needs and distributive justice*. Philosophy & Public Affairs, 1981. **10**(2): p. 146-79.
25. Jeffers, J.R., M.F. Bognanno, and J.C. Bartlett, *On the demand versus need for medical services and the concept of "shortage"*. The American Journal of Public Health, 1971. **61**(1): p. 46-63.
26. Arnlin, M.H., et al., *Regional variation and adherence to guidelines for drug treatment of asthma*. European Journal of Clinical Pharmacology, 2010. **66**(2): p. 187-198.
27. Corallo, A.N., et al., *A systematic review of medical practice variation in OECD countries*. Health Policy, 2014. **114**(1): p. 5-14.
28. Wilson, N., et al., *Drug utilization in patients with OA: a population-based study*. Rheumatology, 2015. **54**(5): p. 860-67.
29. Peláez, S., et al., *Patients' perspective of barriers and facilitators to taking long-term controller medication for asthma: a novel taxonomy*. BMC Pulmonary Medicine, 2015. **15**(1): p. 1.
30. Ellul, J., *The 'autonomy' of the technological phenomenon*, in *Philosophy of Technology. The Technological Condition. An Anthology*, , R. Scharff, Editor. 2003, Blackwell: Malden, MA.
31. Carder, P.C., S. Zimmerman, and J.G. Schumacher, *Understanding the intersection of individual needs and choices with organizational practices: The case of medication management in assisted living*. The Gerontologist, 2009. **49**(4): p. 463-473.

ANEXO A – Protocolo de Submissão do Artigo

12/12/2016

ScholarOne Manuscripts

 [Jornal Brasileiro de Pneumologia](#)[Home](#)[Author](#)[Review](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Jornal Brasileiro de Pneumologia

Manuscript ID

JBPNEU-2016-0377

Title

NECESSIDADES DE MEDICAMENTOS E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO DE PACIENTES COM ASMA GRAVE

Authors

Toazza, Malra

Soares, Luciano

Farias, Mareni

Date Submitted

12-Dec-2016

[Author Dashboard](#)