

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA- EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

FERNANDA LUGÃO CAMPINHOS

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA NA PERSPECTIVA  
DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

VITÓRIA  
2019

FERNANDA LUGÃO CAMPINHOS

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA NA PERSPECTIVA  
DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maristela Dalbello-Araujo.

VITÓRIA  
2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

C196a Campinhos, Fernanda Lugão  
Avaliação de um programa de controle de asma na  
perspectiva de usuários e profissionais de saúde / Fernanda  
Lugão Campinhos. - 2019.  
98 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Asma – estudo e tratamento. 2. Avaliação de programas e  
projetos de saúde. 3. Política pública de saúde. I. Dalbello-  
Araujo, Maristela. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa  
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 616.238

---

**FERNANDA LUGÃO CAMPINHOS**

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA NA PERSPECTIVA  
DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Maristela Dalbello-Araujo  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória - EMESCAM  
**Orientadora**

---

Profª Drª Janine Pereira da Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
**Membro titular interno**

---

Profª Drª Rosana Alves  
Faculdades Pequeno Príncipe  
**Membro titular externo**

Dedico primeiramente a Deus pelo amparo espiritual em todos os momentos.

Aos meus pais, exemplos de amor e dedicação.

Ao meu esposo Luiz Augusto e minha filha Anita, por todo amor e compreensão.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me abençoou colocando pessoas maravilhosas ao meu lado nessa jornada, que me deu força para não desanimar nos momentos difíceis e que me proporcionou mais esse aprendizado.

Aos meus pais Deolindo Marins Lugão e Anna Maria de Souza Lugão pela grande ajuda, dedicação e incentivo que me foi dado para eu realizar este projeto de vida.

Ao meu marido, Luiz Augusto Bittencourt Campinhos, pelo carinho, incentivo e apoio durante o tempo destinado ao mestrado.

À minha filha Anita, agradeço a compreensão pelos inúmeros momentos de ausência, durante toda elaboração deste trabalho.

Ao meu irmão Rouzemberg de Souza Lugão pelo apoio.

À minha sogra Maria Augusta Bittencourt Campinhos pelo apoio.

À Dra. Maristela Dalbello-Araujo que confiou e aceitou orientar-me nesta pesquisa; pela dedicação, paciência, direcionamento, cuidados na correção e pelos ricos momentos de orientação.

À minha amiga alergista Faradiba Sarquis Serpa, exemplo de profissional dedicada, competente e que foi a grande incentivadora pelo meu ingresso neste mestrado.

As minhas amigas alergistas Therezinsa Ribeiro Moyses e Joseane Chiabai, pelo incentivo durante a realização do mestrado.

À toda equipe do ambulatório de asma do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória que muito me apoiou para realização das entrevistas.

Ao alergista e preceptor Celso Ungier que sempre me incentivou na busca da

carreira acadêmica e pelos excelentes conselhos dados durante a minha especialização em alergia e imunologia clínica.

Aos professores que compõem a banca examinadora desse trabalho, que aceitaram o convite com toda gentileza e que muito contribuíram na lapidação dessa pesquisa que ora apresento.

A todos familiares e colegas que de maneira direta ou indireta possibilitaram a realização deste trabalho.

Em especial, aos pacientes asmáticos, com a esperança de que essa pesquisa possa, de alguma maneira, contribuir para a melhoria nas suas vidas.

## RESUMO

Esta pesquisa buscou avaliar qualitativamente um Programa de Controle de Asma (CreAs) na perspectiva dos usuários e profissionais de saúde, desenvolvido no hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Foram realizadas 24 entrevistas, sendo 15 pacientes e 9 funcionários, que seguiu um roteiro semiestruturado, com perguntas fechadas abordando os aspectos sócio demográficos e perguntas abertas referentes às metas do programa que foram utilizadas como categorias de avaliação. Dentre estas podemos destacar: promover acesso à consultas, medicamentos e exames laboratoriais; investigar e tratar comorbidades; promover educação em asma; capacitar profissionais da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS); reduzir idas à serviços de emergência; ser referência no tratamento de asma; satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado e sugestões para melhorias do serviço. Ao especificar o acesso às consultas, a maioria dos usuários entrevistados alegou que não estavam satisfeitos e que este aspecto precisa ser melhorado; todos afirmaram que o acesso aos medicamentos é garantido; quanto ao acesso aos exames complementares, a maior parte dos pacientes também considerou satisfatório. Entretanto é mister mencionar que os profissionais não expressam este grau elevado de satisfação com os quesitos pesquisados. Consideraram o acesso às consultas deficiente. Afirmaram que existe dificuldade em encaminhar o paciente para outros especialistas, mesmo que isso se faça necessário devido as comorbidades. Asseguraram a existência de equipe composta por médicos, enfermeira e técnicos de enfermagem e de espirometria. Estes trabalham de forma coesa na tentativa de suprir todas as necessidades, porém se ressentem da ausência de profissionais de outras especialidades. O CreAs promove atividades de educação junto aos pacientes, afirmam os usuários e os profissionais. Estes também garantem que já promoveram capacitação para os demais profissionais da rede Básica do município. A importância deste Centro no controle da asma se expressa firmemente pelo fato de todos os usuários relatarem que diminuíram as internações e idas em emergências após o início do tratamento neste local, e por isso afirmaram estar satisfeitos com o tratamento prestado. O CreAs pode ser considerado um Centro de referência que presta um serviço de qualidade, disponibiliza uma equipe de profissionais capacitados para atender pacientes asmáticos e desenvolve

trabalhos de pesquisa clínica na área. Entretanto, melhorias foram sugeridas, especialmente no que diz respeito ao acesso às consultas no CreAs e para as demais especialidades, além de contratação de outros profissionais como assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e psicólogo para compor a equipe multidisciplinar.

**Palavras-chave:** Asma. Avaliação de programas e projetos de saúde. Políticas Públicas de saúde.

## ABSTRACT

This research sought to qualitatively evaluate an asthma control program (CreAs) from the perspective of users and health professionals, developed at the Santa Casa de Misericórdia Hospital in Vitória, ES, Brazil. This is a descriptive study with a qualitative approach. Twenty-four interviews were conducted, 15 patients and 9 employees, who followed a semi-structured script, with closed questions addressing the socio-demographic aspects and open questions regarding the program goals that were used as evaluation categories. Among these we can highlight: to promote access to consultations, medications and laboratory exams; investigating and treating comorbidities; promote asthma education; to train professionals from the basic network of the Municipal Health Secretary (SEMUS); to reduce emergency services; be a reference in the treatment of asthma; users' satisfaction regarding the service provided and suggestions for service improvements. By specifying access to queries, most of the interviewed users argued that they were not satisfied and that this aspect needs to be improved; all affirmed that access to medicines is guaranteed; regarding access to complementary exams, most patients also considered satisfactory. However, it is worth mentioning that professionals do not express this high degree of satisfaction with the items surveyed. They considered access to consultations deficient. They affirmed that there is difficulty in referring the patient to other specialists, even if this is necessary due to comorbidities. They ensured the existence of a team consisting of physicians, nurses, nursing and spirometry technicians. These work in a cohesive manner in an attempt to fulfill all needs, but resent the absence of professionals from other specialties. The CreAs promotes education activities with the patients, the users and professionals affirm. These also guarantee that they have already promoted training for the other professionals in the basic network of the municipality. The importance of this center in the control of asthma is expressed firmly by the fact that all users report that they have decreased hospitalizations and emergencies after the initiation of treatment at this site, and therefore affirmed to be satisfied with the treatment provided. The CreAs can be considered a reference center that provides a quality service, provides a team of professionals trained to attend asthmatic patients and develops clinical research work in the area. However, improvements have been suggested, especially regarding access to consultations in the CreAs and other specialties, besides hiring

other professionals as a social worker, pharmacist, physiotherapist and psychologist to compose the multidisciplinary team.

**Keywords:** Asthma. Evaluation of health programs and projects. Public health policies.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIS	Ação Integrada de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASBAI	Associação Brasileira de Alergia e Imunologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CreAs	Centro de Referência em Asma
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e controle de Sistemas
DRC	Doenças Respiratórias Crônicas
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNCA	Plano Nacional de Combate a Asma
Pnash	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
Pnass	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
SBCM	Sociedade Brasileira de Clínica Médica
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SCMV	Santa Casa de Misericórdia de Vitória
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESA-ES	Secretaria de Estado da Saúde do ES
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
2.1 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	17
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DA ASMA NO BRASIL.....	24
2.3 O CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASMA DO HOSPITAL SCMV.....	31
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
<b>4 METODO.....</b>	<b>36</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
5.1 CATEGORIAS AVALIADAS PELOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASMA (CREAS) DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA.....	44
<b>5.1.1 Acesso às consultas.....</b>	<b>44</b>
<b>5.1.2 Acesso aos medicamentos.....</b>	<b>52</b>
<b>5.1.3 Acesso aos exames.....</b>	<b>55</b>
<b>5.1.4 Investigação de comorbidade.....</b>	<b>59</b>
<b>5.1.5 Equipe multidisciplinar.....</b>	<b>62</b>
<b>5.1.6 Educação em Asma.....</b>	<b>65</b>
<b>5.1.7 Centro de referência.....</b>	<b>69</b>
<b>5.1.8 Mudanças e Sugestões para o serviço.....</b>	<b>72</b>
5.2 CATEGORIAS AVALIADAS PELOS USUÁRIOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASMA (CREAS) DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA.....	76
<b>5.2.1 Idas à emergências e internações.....</b>	<b>76</b>
<b>5.2.2 Satisfação quanto ao atendimento.....</b>	<b>77</b>
5.3 CATEGORIA AVALIADA PELOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASMA (CREAS) DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA.....	79
<b>5.3.1 Capacitação profissional.....</b>	<b>79</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CREAS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS DO CREAS.....</b>	<b>96</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) representam um desafio global devido ao seu impacto sobre o desenvolvimento social e econômico. As doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas são DCNT com elevados índices de morbidade e mortalidade, principalmente nos países de média e baixa rendas e, por isto, recebem uma atenção especial no que diz respeito às iniciativas em âmbito mundial de prevenção e controle (LEAL *et al.*, 2018).

As Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) anualmente são responsáveis por quatro milhões de mortes no mundo e, mesmo que tenha sido identificada uma tendência na redução da mortalidade quando ajustada pela idade, ainda contribuem significativamente com uma elevada carga de doença, recebendo menos atenção que outras DCNT (LEAL *et al.*, 2018).

No Brasil, a asma ocupa o terceiro lugar no que diz respeito à mortalidade e representaram 8,2% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS) (LEAL *et al.*, 2018). A asma, é uma doença crônica de elevada e crescente prevalência e é considerada um problema significativo de saúde pública com importante impacto na demanda dos serviços de saúde, redução na qualidade de vida, custos com cuidados de saúde e morbidade (CARMO; ANDRADE; CERCI NETO, 2011; AMARAL; PALMA; LEITE, 2012).

A vulnerabilidade da população de menor renda e escolaridade à morbidade ocasionada pela asma na maioria dos casos é atribuída a questões referentes ao acesso a serviços de saúde, medicamentos e ações educacionais para pacientes e familiares. Tornando imperativo a discussão sobre a asma no campo das políticas públicas (AMARAL; PALMA; LEITE, 2012).

Diante desse quadro, a asma tem estimulado a realização de estudos e a implantação de programas de controle, que têm surgido por todo o país. Em 1996 a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) publicaram o I Consenso Brasileiro de Educação em Asma, traçando um plano de

educação e controle da doença (CERCI NETO; FERREIRA FILHO; BUENO, 2008; CARMO; ANDRADE; CERCI NETO, 2011).

Desde então surgiram programas em diversas cidades do Brasil na perspectiva de alcançar os objetivos sugeridos pelo I Consenso Brasileiro de Educação em Asma. No país, existem várias iniciativas em programas de controle da asma (CARMO; ANDRADE; CERCI NETO, 2011). Em 2000, em Vitória, Estado do Espírito Santo, surgiu o ambulatório de Asma que funcionava no serviço de pneumologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SOUZA; MARCH, 2010; STELMACH *et al.*, 2015).

Em 2005, através de uma parceria com a prefeitura municipal de Vitória, foi concretizado a criação do Centro de Referência em Asma (CreAs) para adolescentes e adultos do município, com uma equipe multidisciplinar, como parte do Programa de Controle da Asma do hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SOUZA; MARCH, 2010; AMARAL; PALMA; LEITE, 2012).

Existem algumas iniciativas em programas de controle da asma no Brasil que, em conjunto com a disponibilidade terapêutica da asma para cada região do país, a terapêutica da doença requer que as recomendações de cuidados com os pacientes asmáticos sejam adaptadas às condições locais de cada comunidade (CERCI NETO *et al.*, 2015). Carmo, Andrade e Cerci Neto (2011) pontuam que mesmo com a existência dos programas de controle da asma, ainda não existe um indicador ou panorama que revele a real efetividade dessas ações na população que se quer beneficiar.

Com isso, no intuito de avaliar o Programa de Controle de Asma (CreAs) desenvolvido na Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV), o presente estudo parte da seguinte problematização: o programa de controle de asma está cumprindo as metas propostas para promover um adequado atendimento ao asmático?

Nesse contexto, o presente estudo objetivou avaliar qualitativamente o Programa de Controle de Asma na perspectiva dos usuários e profissionais de saúde, desenvolvido na SCMV.

Considerando a asma um importante problema de saúde global, a escolha pelo tema ocorreu diante da necessidade de discutir a importância das políticas públicas para a asma, tendo em vista que a implementação/avaliação de programas de saúde é voltada para a resolução de problemas de interesse público, que abrangem a redução do número de hospitalizações, atendimentos em urgências, diminuição das crises asmáticas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida desses pacientes (MACHADO, 2016).

Essa dissertação foi estruturada em cinco partes. A primeira discorre sobre a avaliação de programas e serviços de saúde; fez-se um relato sobre as políticas públicas para o controle da asma no Brasil e uma abordagem acerca do CreAs da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. A segunda foca o objetivo geral e os específicos. Seguiu-se com a terceira parte, trazendo o método utilizado para a descrição do estudo. Na quarta parte apresenta as discussões e os resultados dos dados produzidos, envolvendo a percepção dos usuários e profissionais atuantes no CreAs da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Por fim, a conclusão do estudo.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO

### 2.1 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação representa uma atividade bastante antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Já o conceito de avaliação de programas públicos surge no cenário mundial logo após a Segunda Grande Guerra Mundial, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado em saúde. Para essa finalidade foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas de saúde (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A década de 1950 foi considerada o marco referencial para a avaliação de Serviços, Programas e Tecnologias de Saúde, em função de ser uma fase de expansão mundial na área da saúde, com grande crescimento da tecnologia médica e dos serviços de saúde, mas também com significativo incremento de custos de responsabilidades por parte dos Estados no financiamento da saúde, tendo como objetivo a disponibilização de serviços mais efetivos e eficazes (SISSON, 2007).

Segundo Oliveira e Gonçalves (2010), a avaliação pode ser definida como uma atividade que consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem e construir, individual ou coletivamente, um conjunto capaz de ser traduzido em ação.

No Brasil, o incentivo à utilização de práticas avaliativas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da declaração de Alma-Ata teve repercussão tardia devido a dois fatores interligados: primeiro a presença de um Estado vigente no início dos anos 1980, marcado pelo autoritarismo e que não aceitava submeter suas políticas sociais à avaliação ou a qualquer outro tipo de análise, e, segundo, a sociedade brasileira era inapta a reivindicar responsabilidade e clareza nas políticas públicas de seus programas e serviços (FURTADO; SILVA, 2014).

Ainda conforme Furtado e Silva (2014), no final da década de 1980 e início de 1990, as políticas de valorização do planejamento em saúde e as políticas voltadas para a unificação e descentralização do sistema de saúde, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), contribuíram para o ingresso da temática da avaliação na agenda sanitária brasileira. Em 1988, período de conquista da democracia no Brasil, foi promulgada a Constituição Federal Brasileira que garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, a saúde passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visam reduzir o risco de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988).

O SUS pode ser definido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. As principais Leis que dirigem o andamento do SUS são a Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e a Lei nº 7.8142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências (BRASIL, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com os princípios e diretrizes previstas no capítulo II, art. 7º da Lei 8080/90, descritos na Constituição Federal de 1988, obedecendo aos seguintes princípios doutrinários: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a equidade que diz respeito à necessidade de se ‘tratar desigualmente os desiguais’ de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade; e a integralidade, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

É importante ressaltar que a integralidade tem como objetivo materializar a saúde como direito de cidadania, sendo o meio pelo qual se pode conjugar programas, ações e serviços de saúde para todos e formular políticas de saúde específicas de atenção aos usuários, incluindo as minorias. Assim, o tratamento teórico da integralidade da atenção deve considerar a questão da resolutividade, da intersectorialidade, da interdisciplinaridade e da ação e responsabilidade do Estado para a efetivação de ações voltadas para a solução dos problemas de saúde (COELHO; ARAÚJO; SILVA, 2016).

Além dos princípios doutrinários, há também atuação dos seguintes princípios organizacionais: regionalização, hierarquização, resolubilidade, complementariedade do setor privado, descentralização, participação dos cidadãos (BRASIL, 1990).

A regionalização e hierarquização demonstram que os serviços devem ser organizados em níveis tecnológicos crescentes e dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Este atendimento poderá ser realizado, dependendo da complexidade, na atenção primária (Programas de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde), atenção secundária (Ambulatórios/Centros de referência) ou na atenção terciária (em hospitais especializados). Quando por algum motivo, o setor público não for suficiente para atender a uma determinada necessidade individual, os serviços privados podem ser contratados, preferencialmente os serviços não lucrativos (hospitais filantrópicos) (BRASIL, 1990).

No que diz respeito a resolubilidade, esta representa a exigência de que quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para resolvê-lo, até o nível de sua competência. Já a descentralização representa a redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), visando agilidade na tomada de decisão, gerando assim, mais chance de acerto. A Constituição também garante a participação da população na elaboração das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local, através

de suas entidades representativas (BRASIL, 1990).

Assim, os fundamentos legais do Sistema Único de Saúde (artigos nº 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde – nº 8.080 e nº 8.142), juntamente com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, definem a organização do SUS e as atribuições de seus entes federativos. Dentre estas atribuições estão o planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, que visam garantir os princípios e as diretrizes do SUS e com isso, estabelecer melhorias das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade.

Desde 1998, no SUS, estão sendo selecionados indicadores para serem trabalhados como medidas de acompanhamento de metas em saúde, planejadas nos municípios, componentes do chamado Pacto de Indicadores da Atenção Básica, que foi concebido e instituído pela Portaria GM/MS 3.925, de 13 de novembro de 1998, como instrumento nacional de monitoração das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica (SISSON, 2007).

Ainda em 1998, foi criado o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Pnash) que originou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass). Em 2004, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC/SAS/MS, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), ampliou o escopo do Pnash, possibilitando a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada (BRASIL, 2015).

No ano de 2015, foi publicada Portaria GM/MS nº 28 que reformula o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (Pnass). Este programa avalia a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, nos seguintes aspectos: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (BRASIL, 2015).

Além destes programas, outros como a Política Nacional de Avaliação para Atenção Básica em Saúde que promove ações, julgamentos e processos decisórios voltados para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, e a Política Nacional de Regulação (instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008) que estabelece como ação, na dimensão Regulação da Atenção à Saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários, também contribuíram para a avaliação de serviços de saúde no Brasil (SISSON, 2007).

A maior parte dos estudos disponíveis sobre a temática de avaliação, na literatura especializada, fala sobre a avaliação do cuidado individual, de serviços (hospitais, centros de saúde) ou de programas. Porém, um problema encontrado por aqueles que buscam tratar a avaliação de forma sistemática é a grande variedade de terminologia encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto aos seus atributos ou componentes para uma avaliação de qualidade (SILVA; FORMIGLI, 1994).

O objetivo da avaliação da qualidade é monitorar para detectar e corrigir precocemente desvios dos padrões. Para isso, Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados como a tríade de Donabedian.

A estrutura representa os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada. O processo engloba as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. E o resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

A análise isolada de cada componente da tríade de Donabedian pode apresentar problemas e insuficiências. Por este motivo, visando melhorar a qualidade da avaliação, Donabedian (1992) propôs utilizar um conjunto de indicadores representativo das três abordagens, que resgata e analisa os elementos constitutivos das estruturas institucionais, dos processos de trabalho e dos

resultados da assistência prestada. Ou seja, ampliou o conceito de qualidade, utilizando os seguintes indicadores que denominou de 'sete pilares da qualidade': eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Cada pilar pode ser definido da seguinte maneira:

- Eficácia: representa a capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
- Efetividade: é a melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alcança-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
- Eficiência: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
- Otimização: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.
- Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
- Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
- Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

De acordo com Silva (2001), o foco central das pesquisas avaliativas tem sido a verificação do cumprimento de objetivos (resultados de um programa) ou de impactos, tendo como critérios: a eficiência ou rentabilidade econômica, definida como a relação entre os custos despendidos e os resultados do programa; a eficácia que é o grau em que os objetivos e metas foram alcançados na população beneficiária; e a efetividade, que é a relação entre resultados e objetivos (medidas de impacto).

Portanto, fazer avaliação de Programas de saúde, com qualidade, é de extrema importância para saber se as metas estabelecidas pelo programa estão sendo alcançadas e se tem potencial de produzir informação, tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para a análise acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2010).

Assim sendo, tendo como base a importância de se avaliar Programas de Saúde, instituídos por Políticas Públicas que são voltadas para a resolução de problemas de interesse público, como é o caso da asma, este estudo tem como objetivo, avaliar o Programa de Controle da Asma na perspectiva dos usuários e profissionais de saúde, desenvolvido em um Centro de Referência no Tratamento de Asma Grave, em Vitória/ES. Este Centro foi criado devido a necessidade de atender à crescente demanda por atendimento para essa doença, com objetivo de obter o controle da asma, considerada um importante problema de saúde pública global.

Visando oferecer um atendimento especializado e diferenciado ao paciente asmático foi estabelecido, segundo Serpa (2007, p.166), que as principais metas do Programa de Controle de Asma seriam:

- ser referência para o atendimento de crianças e adultos com asma do município de Vitória;
- reduzir o número de consultas e/ou internações em unidades de emergência;
- atender o asmático de forma diferenciada envolvendo equipe multidisciplinar (assistente social, técnica de enfermagem, enfermeira, médicos alergistas e pneumologistas, psicóloga e técnica em espirometria);

- manter um programa de educação para pacientes e familiares;
- pesquisar e controlar as comorbidades da asma;
- oferecer capacitação para os profissionais da rede básica da Semus;
- garantir o acesso à consultas, exames e medicamentos para tratamento da asma.

Sendo assim, algumas destas metas foram utilizadas como as categorias que permitiram fazer a avaliação deste programa de controle de asma, exercido no município de Vitória/ES.

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTROLE DA ASMA NO BRASIL

Podemos conceituar a asma como uma doença heterogênea, geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas inferiores. É definida pelo histórico de sintomas respiratórios, como sibilos<sup>1</sup>, dispnéia<sup>2</sup>, opressão torácica<sup>3</sup> e tosse que variam ao longo do tempo e na intensidade, juntamente com uma limitação variável do fluxo de ar expiratório (GINA, 2016).

Segundo a OMS, trata-se de uma doença com elevada prevalência, mortalidade e morbidade mundialmente, que acomete cerca de 334 milhões de indivíduos globalmente, podendo esta estimativa elevar-se para mais de 400 milhões no ano de 2025 (WHO, acesso em 26 abr 2018). No Brasil estima-se que há mais de 10 milhões de asmáticos, de todas as idades (MACHADO, 2016).

Ainda considerada uma doença subdiagnosticada e subtratada, a asma exclui grande parte da população acometida pela doença de um acompanhamento e tratamento adequados. Cerca de 80% das mortes por asma ocorrem em países de baixa e média renda, evidenciando a ausência de prevenção, cuidados essenciais e de políticas públicas eficazes em seu controle (MACHADO, 2016). Isso é considerado um importante problema social que requer abordagens efetivas nas políticas públicas para a atenção ao asmático.

---

<sup>1</sup> É um ruído característico da asma brônquica, semelhante a um assobio agudo.

<sup>2</sup> Dificuldade de respirar.

<sup>3</sup> Sensação angustiante de sufoco.

Mesmo com os avanços no conhecimento sobre a doença e suas comorbidades<sup>4</sup> e no tratamento para controle dos sintomas e das exacerbações relacionadas à asma, ainda não se conseguiu controlar de forma efetiva as hospitalizações e mortes por asma no SUS. Apesar de ser uma doença que pode ser prevenida e tratada, muitos pacientes vivem com a doença descontrolada e isso contribui de forma significativa, para prejudicar a qualidade de vida das pessoas acometidas por esta doença.

Embora dados da literatura demonstrem que o número de óbitos e hospitalizações por asma no Brasil venham apresentando redução desde 2009 (BRITO, 2018), os números absolutos ainda são altos, com elevados custos diretos e indiretos para a sociedade, o que mostra a relevância do impacto da asma em países em desenvolvimento (CARDOSO *et al.*, 2017).

Assim, muito se discute sobre planos de ações eficazes que possibilitem a terapêutica adequada da doença, proporcionando um atendimento integral e centrado no paciente asmático dentro do seu contexto social. Promover a educação de profissionais de saúde e da população de asmáticos possibilita um melhor reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, dos fatores desencadeantes de exacerbações e das formas para evitá-los, garantindo melhor tratamento e qualidade de vida do paciente (CERCI NETO, 2007).

Antes da década de 1990, não existiam programas ou planos de ações específicos, voltados para o atendimento especializado ao asmático no Brasil. As discussões sobre políticas públicas e asma tiveram início na década de 1980, mas nitidamente se intensificaram nas décadas de 1990 e 2000.

As primeiras diretrizes nacionais e internacionais para o manejo de asma foram publicadas na década de 1990, e isso contribuiu para a criação de muitos Programas e Centros de Atenção ao Asmático (PCAAs), que acabaram por induzir a realização do I e II Congressos Brasileiros de Asma em 1997 e 1999, respectivamente. Os pioneiros daquela época são os PCAAs de Belo Horizonte, Fortaleza e São Paulo, que já mostravam que educar pacientes diminuía o número

---

<sup>4</sup> É a existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa.

de internações e melhorava da qualidade de vida dos mesmos (STELMACH *et al.*, 2015).

Em 1998, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos, por meio da Portaria nº 3.916/GM/MS, como parte da descentralização das ações de saúde no país, favorecendo acesso a algumas medicações para controle da asma. No ano seguinte, o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI), Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), assumiram um compromisso, estabelecendo diretrizes para a criação do Plano Nacional de Combate a Asma (PNCA). Porém, apesar das excelentes ideias propostas na época, não houve financiamento ou política de capacitação que viabilizasse a implantação do projeto (CERCI NETO, 2008).

Apesar do insucesso inicial, as discussões entre as instituições interessadas em melhorar a atenção ao asmático e os governantes, continuaram. E após extensos debates, em 2001 foi encaminhada ao Ministério da Saúde a Carta de Salvador, na qual se alertava para a necessidade urgente de se implantar o PNCA, com o objetivo de oferecer assistência aos pacientes asmáticos e mantê-la através do SUS (CERCI NETO, 2008).

Na mesma época, houve a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Educação Permanente em Saúde. Isso acabou contribuindo para fortalecer ainda mais os segmentos que estavam envolvidos com os problemas da asma. Vários centros regionais que estavam se estruturando para promover um atendimento mais especializado ao asmático, prosperaram e criaram soluções práticas e atuais para a organização do sistema de saúde, contribuindo assim para melhorias da condução da asma na atenção primária (STELMACH *et al.*, 2015).

Em 9 de dezembro de 1999, foi assinada a Portaria nº 1.394/MS que instituiu oficialmente o PNCA. Em 23 de julho 2002, houve a assinatura da Portaria nº 1.318/GM, atualizada pela Portaria nº 921/SAS/MS, de 25 de novembro de 2002, que determinava que a Secretaria de Atenção à Saúde adotasse as providências necessárias para que fossem criados os Protocolos Clínicos e Diretrizes

Terapêuticas (PCDT) para os pacientes com asma grave, disponibilizando medicamentos como beclometasona, budesonida, fenoterol, formoterol, salbutamol e salmeterol em caráter excepcional apenas aos pacientes com asma grave (CERCINETO, 2007).

Em 2003, finalmente houve a participação do governo financiando os medicamentos para asma grave (Portaria nº 1.318/GM de 2002) e depois, em 2005, os medicamentos para asma leve e moderada (Portaria nº 2.084/GM) (AMARAL, 2012). Isso foi fundamental para aumentar a importância de se conduzir melhor a asma na atenção primária.

A partir daí, observou-se uma integração da equipe da atenção primária, com os profissionais da atenção secundária e/ou terciária, ampliando o acesso a todo o sistema de saúde. Isso contribuiu para que todos os preceitos preconizados pelas sociedades médicas de especialidades começassem a ser realizados, tais como a vigilância em saúde, o controle ambiental e a educação ao paciente. Com isso, o número de programas começou a aumentar significativamente.

Como parte da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Respiratórias, a exemplo da asma, foram publicadas em 2004 as Linhas de Conduta em Atenção Básica – Asma e Rinite, com o objetivo de promover correções nas abordagens ao tratamento sintomático das exacerbações da doença (AMARAL, 2012).

Os Programas e Centros de Atenção aos Asmáticos (PCAAs) de Porto Alegre, Goiânia, Londrina, Niterói, Salvador, Feira de Santana, Rio de Janeiro e Vitória, foram constituídos simultaneamente à criação das portarias que regulamentavam o financiamento e a transferência de recursos federais para os serviços de saúde. Assim, além de garantir assistência ao asmático, alguns PCAAs se destacaram pela produção científica, por proporcionar treinamento para profissionais de várias áreas, e outros por expandir-se (STELMACH *et al.*, 2015).

Em 2005, a Portaria nº 2.084 definiu que o financiamento estratégico da assistência farmacêutica na atenção básica representa o conjunto de recursos do Ministério da

Saúde, destinado à aquisição e distribuição de medicamentos do Componente Estratégico do Elenco da Assistência Farmacêutica Básica. Vários grupos de doenças foram contemplados com esta portaria, e para o grupo da asma e rinite, esta portaria estabeleceu que os valores correspondentes a R\$ 0,95/habitante por ano seriam descentralizados a estados e municípios conforme pactos estabelecidos entre as Comissões Intergestores Bipartites (BRASIL, 2005).

No ano de 2006, foi publicado as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. Neste período, se reuniram em Brasília vários membros que representavam as associações médicas, o Ministério da Saúde e 13 programas de asma que estavam em funcionamento, para discutir pontos importantes desses programas como: capacitação profissional, planejamento, implantação, cobertura epidemiológica, financiamento e resultados. Foi abordada a importância em se desenvolver políticas públicas para a asma no contexto da integralidade, do modelo assistencial e da vigilância em saúde, baseados na experiência dos diversos programas vigentes no país naquela época (DIRETRIZES, 2006).

Em janeiro de 2007, a Portaria nº 204/GM regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde sob a forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. Em seu capítulo II, trata da aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica de diversos programas, entre eles o de asma e rinite (BRASIL, 2007; AMARAL, 2012).

Em 2009, a Portaria nº 2.981 aprova o componente especializado da assistência farmacêutica e, em dezembro de 2010, pela Portaria nº 4.217 (BRASIL, 2010), são aprovadas as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, contemplando o programa de asma e rinite com medicamentos do Elenco de Referência Nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CERCI NETO, 2007; BRASIL, 2010; AMARAL, 2012).

No ano de 2012, foram publicadas as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma, dando ênfase aos componentes dos cuidados com o asmático. Ainda neste ano, foi criado o Programa Brasil

Carinhoso, que representava um conjunto de ações voltadas à redução da pobreza na infância; e entre as medidas do programa, prevê-se a distribuição gratuita de três medicamentos para o tratamento da asma (brometo de ipratrópio, beclometasona e salbutamol) através do programa Saúde Não Tem Preço (DIRETRIZES, 2012).

Em novembro de 2013, por meio da Portaria SAS/MS nº 1.317 (alterado pela Portaria SAS/MS nº 603 em julho de 2014), o Ministério da Saúde aprova o novo Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica de asma (BRASIL, 2013).

Em 2015, foi realizado na cidade de São Paulo uma oficina de trabalho visando avaliar os Programas de Controle de Asma no Brasil, cujos principais objetivos foram: reunir as experiências brasileiras bem sucedidas e as dificuldades em se implementar linhas de atenção para pacientes no SUS; traçar um panorama brasileiro de iniciativa em asma em suas diversas fases (planejamento e inserção regional, capacitação profissional e protocolização, financiamento e gestão, expansão e consolidação, e diretrizes nacionais para panoramas de asma); apontar e propor soluções para problemas associados ao desenvolvimento dos PCAAs já em andamento no país, e elaborar um manual prático para a implantação de ações programáticas e de centros de excelência para o tratamento da asma (STELMACH; CERCINETO *et al.*, 2015).

Ainda conforme Stelmach *et al.* (2015), esta oficina envolveu 39 participantes de todas as regiões do Brasil, representando 3 Associações de asmáticos, 7 centros universitários e 29 PCAAs. Os participantes foram separados em grupos e cada grupo discutia sobre temas pontuais já previamente estabelecidos pela equipe organizadora. As discussões foram gravadas em tempo real por uma empresa especializada em edição de eventos e a sistematização dos resultados foi realizada a partir da compilação dos relatórios de todos os grupos participantes.

Os resultados desta oficina evidenciaram que a ausência de planejamento e o insucesso dos PCAAs estavam diretamente correlacionados. Tomando como base as experiências brasileiras demonstradas durante a oficina, as propostas sugeridas em comum foram: a importância da sensibilização do gestor, maior participação da comunidade, interdependência entre a atenção primária e a especializada,

observação da regionalização e utilização dos medicamentos disponíveis no sistema público de saúde (STELMACH; CERCI NETO *et al.*, 2015).

Dados da literatura demonstram que dos 55 serviços existentes, especializados no atendimento ao asmático, 28 (51%) programas estão ligados a secretarias de saúde (municipais e estaduais) e 27 (49%) a instituições de ensino superior. Com o crescimento e estruturação do SUS no país, a tendência atual é a ligação e incorporação dos programas e centros de asma à rede de atenção básica/primária, com a implementação da linha de cuidado de doenças respiratórias. Vários projetos pelo Brasil caminham nesta direção em Minas Gerais, Florianópolis e São Bernardo do Campo, entre outros (GINANOBRAIL, 2016).

No Estado do Espírito Santo (ES), mais especificamente em sua capital Vitória, os programas de atenção ao asmático tiveram início na década de 2000, com os ambulatórios de pneumologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) e Centro de Referência Especializado (CRE) onde eram realizados atendimentos aos asmáticos. Em 2002, através da Portaria nº 1.318/GM e nº 921/SAS/MS, foi promulgado o primeiro PCDT para asma grave. Dois anos após, em 2004, foi criado o Programa de Asma Grave da Secretaria Estadual de Saúde do ES (SESA-ES). Em 2005, inspirado em programas municipais bem-sucedidos de controle da asma, já existentes em várias cidades do Brasil, foi criado o CreAs do hospital SCMV.

Já em 2007, foi implantado a Política Farmacêutica do ES, através do Decreto nº 1956-R, considerado uma área estratégica para o sistema de saúde do ES. Este Decreto postulava que os medicamentos representavam uma das principais ferramentas de intervenção sobre grande parte das doenças (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Em 2009, pela Portaria nº 054-R, foi criado o Centro de Referência em Asma Grave do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória, voltado para o atendimento de crianças portadoras de asma grave (SECRETARIA DE SAÚDE, 2010).

Por último, também pela Portaria nº 054-R, foi estabelecido as Diretrizes para Asma não Controlada da SESA-ES, que define como propósito maior 'garantir à população capixaba o acesso equânime a medicamentos essenciais e excepcionais de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando de promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado aos seus usuários'; na qual se instituiu a disponibilização de imunobiológicos para o tratamento da asma grave sem controle (SECRETARIA DE SAÚDE, 2010).

Acredita-se que a implementação de todos estes programas foi de extrema importância para promover melhorias no atendimento aos asmáticos em todo país. Isso representa um avanço nas políticas públicas voltadas para esta doença. Todo este processo pode ser comprovado por meio de estudos, anteriormente comentados, realizados após o período em que estas políticas começaram a ser efetivadas e que apontaram reduções no número de internações e mortes por asma em várias cidades brasileiras, evidenciando maior controle desta doença.

### 2.3 O CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASMA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

O CreAs funciona no ambulatório de pneumologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV). Esta, fundada no ano de 1545 por Vasco Fernandes Coutinho, foi a segunda instituição deste tipo no Brasil com o nome de Irmandade da Misericórdia do Espírito Santo. Inicialmente, instalada em Vila Velha, junto à Igreja Nossa Senhora do Rosário, foi transferida para Vitória em 1605 com a instalação do Hospital da Caridade de Nossa Senhora da Misericórdia localizado no Largo Pedro Palácios. O terreno onde está localizada a SCMV foi doado à Irmandade em 1881 por sua proprietária, a Sra. Maria de Oliveira Subtil, e o atual prédio do hospital foi inaugurado em 1912 (SANTA CASA..., acesso em 01 out. 2017).

Trata-se de um hospital geral, de caráter filantrópico, que agrega atividades de ensino, pesquisa e assistência. Está localizado no Centro de Vitória, ES, em posição estratégica, sendo considerado hospital de referência estadual (SANTA CASA, 2017).

Atualmente, a SCMV oferece os seguintes serviços: diagnósticos (laboratorial e de imagem), pronto socorro, cirurgias, internações e ambulatorios. Nesses, são realizados cerca de 10 mil atendimentos por mês, sendo referência em Insuficiência Cardíaca, Hanseníase, HIV, Hepatite, Oncologia, Angioedema Hereditário, Urticária Crônica e Asma (SANTA CASA, 2017).

O CreAs é um projeto de assistência que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e a o hospital SCMV. Este programa foi concretizado no ano de 2005, através de uma parceria da SCMV com a prefeitura municipal de Vitória.

A implantação do CreAs teve início a partir do serviço especializado em pneumologia da SCMV que já funcionava desde 17 março de 2000. O atendimento nesse ambulatório era realizado por um médico supervisionando 15 alunos da graduação, 2 vezes por semana (SERPA, 2007).

Nesta época, as dificuldades para promover um tratamento mais adequado, centrado no paciente asmático, eram muito grandes. O ambulatório não tinha um espaço físico adequado, não havia um número de profissionais suficiente para atender a demanda de pacientes que buscavam atendimento; não era possível promover educação em asma, através de orientações mais detalhadas sobre a prevenção da doença; os medicamentos não eram disponibilizados pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, eram comprados com dificuldade pelos pacientes ou eram doados pela indústria farmacêutica, que na maioria das vezes, não fornecia amostras suficientes para contemplar todos os pacientes. Assim, o tratamento não era realizado de forma correta e conseqüentemente não proporcionava um controle adequado da doença.

Diante de toda a problemática envolvida no tratamento dos pacientes portadores de asma e tentando promover um atendimento diferenciado aos mesmos, com enfoque principalmente na educação em asma, no ano de 2000, foi criado a Associação Brasileira de Asmáticos do Espírito Santo (ABRA-ES).

Essa associação era composta por pacientes asmáticos e familiares, médicos voluntários alergistas e pneumologistas. Nas reuniões da ABRA-ES, que ocorriam

inicialmente nas quintas-feiras à noite na EMESCAM e, posteriormente, aos sábados, eram realizadas palestras sobre temas variados envolvendo a asma, com espaço para elucidar dúvidas sobre o tema discutido; realizar oficinas de demonstração de técnica inalatória, de controle ambiental; além de distribuir amostras de medicamentos, na tentativa de melhorar o tratamento. Esse último foi um dos principais motivos que contribuiu para a excelente adesão dos pacientes às reuniões. Após as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do estado liberarem a compra de medicamentos inalatórios para o tratamento da asma, o número de pacientes que frequentavam as reuniões reduziu drasticamente.

Diante disso, as reuniões passaram a ser realizadas na Santa Casa, todas as quintas-feiras, após o atendimento ambulatorial e com foco principalmente nos pacientes que estavam iniciando o tratamento no CreAs.

Atualmente, visando incentivar pacientes em tratamento de asma a fazer uma atividade de interação em grupo, o Ambulatório de Asma implantou o projeto Coral 'Voices em Superação', que desenvolve uma atividade de arte e educação: a música. O Coral foi implantado em maio de 2012 com o objetivo de possibilitar a melhora na vida e na autoestima das pessoas com asma, além de incentivá-las a desenvolver atividade de arte e educação.

A parceria realizada entre a SCMV e a prefeitura municipal de Vitória, proporcionou a implantação do projeto do CreAs, permitindo reformar e equipar salas para atendimentos e procedimentos, realizar a compra de um espirômetro (aparelho que avalia a função pulmonar), e contratar novos profissionais para fazer parte da equipe de atendimento multidisciplinar (SERPA, 2007), ou seja, foi possível construir um serviço com total capacidade de promover um atendimento especializado e de melhor qualidade ao asmático.

Hoje, o CreAs disponibiliza um espaço físico composto por sete salas, sendo: uma recepção, uma sala para pré e pós consulta com enfermagem, dois consultórios, uma sala para assistente social, outra para realização de prova de função pulmonar e uma para aplicação de medicamentos especiais (imunobiológicos e outros) e realização de testes alérgicos.

A equipe multidisciplinar que inicialmente atuava no CreAs, era composta por dois médicos pneumologistas, dois médicos alergologistas, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma técnica em espirometria, uma assistente social, uma psicóloga e uma fisioterapeuta. Com o passar dos anos e com o crescimento da demanda de pacientes, o serviço passou a ter mais três pneumologistas pediátricos, totalizando seis médicos especialistas em asma. Porém, atualmente o serviço não disponibiliza mais de fisioterapeuta, psicólogo e ficaram apenas dois pneumologistas pediátricos. A assistente social que presta auxílio aos pacientes atendidos no serviço não é mais exclusiva do programa de asma.

A assistência ambulatorial neste Centro é realizada de segunda a sexta-feira, no horário de 7 às 16 horas. Anualmente, o ambulatório atende cerca de 4.600 pacientes asmáticos adultos e pediátricos, encaminhados pelo hospital SCMV ou de outros serviços de saúde do SUS.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Avaliar o Programa de Controle de Asma na perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde, desenvolvido no Centro de Referência em Asma (CreAs) da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Para o detalhamento dos objetivos específicos nos baseamos nas metas deste Programa de Controle de Asma, inscritas quando da criação do Programa em 2005.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever os aspectos sociodemográficos de usuários e profissionais de saúde de um Programa de Controle de Asma.
- Analisar o acesso às consultas, medicações e exames complementares em um Programa de Controle de Asma.
- Verificar se este programa realiza pesquisa e controle das comorbidades da asma.
- Verificar, entre os usuários entrevistados, se houve redução nas idas a serviços de emergência, nas internações hospitalares por asma, após o início do tratamento neste Programa.
- Analisar a participação da equipe multidisciplinar para a atenção integral do usuário atendido no Programa.
- Verificar se o Programa promove atividade de educação para pacientes e familiares.
- Averiguar se o Programa oferece capacitação para os profissionais da rede básica de saúde do município sede.
- Avaliar a satisfação do usuário quanto ao atendimento realizado no Programa.

## 4 MÉTODO

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é caracterizada por abordar aspectos subjetivos e ter caráter exploratório e descritivo, aproximando o pesquisador dos dados. Este tipo de pesquisa possui amostra intencional, com um pequeno número de participantes e permite a compreensão de particularidades e especificidades dos grupos pesquisados (SERAPIONI, 2000; TURATO, 2003).

Define relevantes alternativas para o entendimento científico de fenômenos ligados aos processos humanos de saúde, enfermidade e aspectos sociais. Além disso, a pesquisa qualitativa permite fazer uma análise detalhada de descrições de fenômenos e comportamentos; citações diretas de pessoas sobre suas experiências e opiniões; trechos de documentos, registros e correspondências; gravações ou transcrições de entrevistas e discursos; dados com maior riqueza de detalhes e profundidade; interações entre indivíduos, grupos e organizações (GLAZIER; POWELL, 1992).

Neste trabalho, utilizou-se a pesquisa qualitativa que permitiu realizar um estudo aprofundado do objeto de investigação, considerando sua particularidade bem como a utilização de um grupo de indivíduos que representou a coletividade estudada e que pode expressar suas opiniões de forma livre, espontânea e minuciosa. Isso possibilitou uma compreensão mais detalhada dos aspectos subjetivos envolvidos na temática que foi estudada (RICHARDSON, 2010).

A coleta de dados foi realizada nas dependências do Ambulatório de Asma do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES, Brasil. O período de coleta dos dados foi de fevereiro a maio de 2018, sendo a pesquisadora deste estudo a única responsável pela coleta de dados. Este procedimento foi realizado em sala privativa, com o objetivo de garantir o sigilo e o anonimato dos entrevistados.

A entrevista de todos os funcionários foi realizada em seus horários de almoço. Em relação aos pacientes, foram abordados os asmáticos que estavam sendo acompanhados no serviço em um determinado dia da semana, para as consultas já

previamente agendadas para outro médico do serviço. Enquanto aguardavam na sala de espera a chamada para o atendimento, eram convidados a participar voluntariamente da pesquisa.

Houve uma preocupação em não prejudicar o atendimento dos pacientes, e para tal, eram convidados na ordem dos últimos para os primeiros que chegavam, de forma que não levasse esse paciente perder a sequência da sua consulta. Essa preocupação foi pertinente pois logo que eram convidados, os pacientes sempre perguntavam quanto tempo a entrevista duraria e se corriam risco de perder o horário da consulta. Após a explicação de que isso não ocorreria, eles se prontificavam a participar espontaneamente. Nenhum paciente selecionado para a entrevista se recusou a participar.

Todos os procedimentos só foram realizados após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa, sob parecer número 2432984, datado em 12 de dezembro de 2017 e da assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

Fizeram parte da pesquisa os usuários tratados no ambulatório especializado do hospital filantrópico de Vitória (SCMV) com diagnóstico de asma, e todos os funcionários que prestavam atendimento aos pacientes. A definição do número de participantes, sendo esta uma pesquisa qualitativa, baseou-se no critério de amostra por saturação que consiste, a princípio, no não fechamento do quantitativo de participantes. Sendo assim, foram realizadas 24 entrevistas sendo 15 pacientes e nove funcionários mediante assinatura do TCLE.

Os funcionários estavam representados por quatro médicos, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma técnica em espirometria e uma secretária.

Dentre os usuários foram entrevistados 15 pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de asma, todos adultos (maiores de 18 anos) que faziam tratamento no CreAs há pelo menos cinco anos.

Considerando o problema e os objetivos da pesquisa que foi realizada, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista com roteiro semiestruturado, contendo perguntas fechadas e abertas.

Para a construção do roteiro semiestruturado que orientou a entrevista foram utilizadas as categorias que se colocam como metas do Programa de Controle da Asma, tomando a precaução de pequenos ajustes para a adaptação de seu formato tanto para os usuários como para os profissionais:

- O CreAs garante o acesso as consultas para tratamento da asma?
- O CreAs garante o acesso aos exames laboratoriais para diagnóstico da asma?
- O CreAs garante o acesso aos medicamentos para tratamento da asma?
- O CreAs realiza pesquisa e controle das comorbidades da asma?
- No CreAs, existe atendimento diferenciado ao asmático envolvendo equipe multidisciplinar (assistente social, técnica de enfermagem, enfermeira, médicos alergistas e pneumologistas, psicóloga e técnica em espirometria)?
- O CreAs promove programa de educação para pacientes e familiares?
- O CreAs promove capacitação para os profissionais da rede básica da Semus?
- O tratamento no CreAs reduziu internações e idas a serviços de emergência?
- O CreAs é considerado referência para o atendimento de crianças e adultos com asma pelos seus usuários e profissionais?
- Como é a satisfação do usuário em relação ao atendimento prestado no CreAs?

Além destas perguntas abertas relacionadas às metas do programa, outras duas foram incluídas no roteiro:

- Quais aspectos do serviço precisam ser melhorados?
- Qual sua sugestão?

As perguntas fechadas tanto para profissionais quanto para usuários, abordavam dados sociodemográficos como: idade, sexo, cor, profissão, escolaridade,

procedência, estado civil. Também foi abordado para os profissionais, o tempo de atuação no serviço e para os usuários, o tempo de tratamento no serviço e a renda familiar.

Segundo Gil (2010), a entrevista pode ser entendida como uma técnica que envolve duas pessoas numa situação 'face a face' e em que uma delas formula questões e a outra responde, estabelecendo assim um diálogo, com intencionalidade própria, que é a obtenção de informações sobre o objeto de estudo. É um dos instrumentos mais ricos de coleta de dados, que permite um aprofundamento da pesquisa e que possibilita a coleta de dados que não se encontram em fontes documentais (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A entrevista com roteiro semiestruturado, também chamada de despadronizada, assistemática, antropológica e livre, é quando o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada (MARCONI; LAKATOS, 2011). Baseia-se em poucas perguntas-guias, onde nem todas as perguntas elaboradas serão necessariamente utilizadas e permite que durante a realização da entrevista possa se introduzir outras perguntas que surgem de acordo com o que acontece no processo em relação às informações que se deseja obter.

A escolha da entrevista como instrumento de pesquisa, foi muito apropriada para realização deste trabalho, pois foi capaz de fornecer grande proximidade entre o pesquisador e o pesquisado e com isso, permitiu uma abordagem muito rica de informações importantes, e de compreensão das perspectivas e experiências das pessoas entrevistadas.

Ao serem iniciadas, as entrevistas seguiram o roteiro semiestruturado com perguntas fechadas que eram anotadas em um diário de campo e depois com as perguntas abertas que foram gravadas. Nenhum entrevistado se opôs a participar da pesquisa com a gravação das entrevistas. Estas, tiveram duração variada entre vinte a trinta minutos e seguiram o roteiro de perguntas descritas no Apêndice B e Apêndice C. Após a transcrição na íntegra de todos os depoimentos, as gravações foram apagadas.

O conteúdo das gravações foi transcrito na íntegra de maneira que fosse possível realizar a análise e interpretação dos dados. Esta se deu a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011). Como dito anteriormente, as categorias de avaliação são as metas estabelecidas pelo Programa de Controle da Asma. Entretanto, por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011), subcategorias de análise podem surgir do material oriundo das entrevistas.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 223).

Este tipo de análise envolve a seguinte sequência de atividades: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na pré-análise, o material é organizado, compondo o corpus da pesquisa (BARDIN, 2011).

Inicialmente, escolhe-se os documentos que serão analisados, e no caso da entrevista, faz-se uma transcrição na íntegra da mesma e em seguida realiza-se uma “leitura flutuante”, que é o contato inicial com os dados colhidos na entrevista. Posteriormente a esta leitura, formulam-se hipóteses, que são explicações antecipadas do fenômeno observado, ou seja, são afirmações iniciais que podem ser comprovadas ou não ao final do estudo, e depois elaboram-se indicadores que irão nortear a interpretação final (BARDIN, 2011).

Nesta pesquisa, após a realização das entrevistas gravadas, iniciou-se a transcrição na íntegra das mesmas, e depois foi feita uma leitura geral de todo material coletado. Posteriormente, estes dados foram organizados em tabelas com as respostas das perguntas fechadas, que demonstraram o perfil sociodemográfico dos entrevistados, e das perguntas abertas que representavam as categorias em avaliação, onde a coluna vertical representava as categorias avaliadas, e a horizontal as respostas de cada entrevistado à estas perguntas.

Ainda conforme orienta Bardin (2011), a escolha dos dados analisados, obedeceram as regras de exaustividade, ou seja, todo o assunto foi esgotado sem omissão de

nenhuma parte; as amostras representaram o universo, caracterizando assim a representatividade; todos os dados foram coletados por meio da mesma técnica tanto para os usuários quanto para os profissionais atuantes, garantindo homogeneidade na amostra; adaptações foram realizadas para que houvesse pertinência nos dados a serem analisados; e cada elemento avaliado, foi classificado em uma única categoria.

No momento da exploração do material, os dados foram codificados. O processo de codificação dos dados representou a escolha de unidades de registro, ou seja, o recorte que foi dado à pesquisa. Para Bardin (2011), uma unidade de registro significa uma unidade a se codificar, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase. Nesta pesquisa, frases representadas por perguntas específicas relacionadas as metas do programa, foram usadas como unidades de registro e posteriormente estes dados foram categorizados. A categoria, em geral, é uma forma de pensamento e reflete de forma resumida, uma realidade, em determinados momentos.

Por fim, segundo Bardin (2011), a interpretação descreverá as categorias de análise e apresentação, interpretando-as utilizando a referência de material teórico do estudo, procurando assim embasar as análises, dando sentido à interpretação. Uma vez que, as interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados apresentados nesta pesquisa representam os aspectos sociodemográficos e as opiniões dos entrevistados (usuários e profissionais) com relação às perguntas referentes as metas propostas pelo programa de controle da asma, que foram dispostas em onze categorias. Metas foram tomadas como categorias *a priori*.

Com relação aos resultados dos aspectos sociodemográficos, observou-se que o grupo de profissionais entrevistados foi constituído na maior parte por mulheres, da cor branca, casadas que apresentavam-se com idade entre 30 e 61 anos.

O Quadro 1 sintetiza os aspectos sociodemográficos dos profissionais de saúde participantes da pesquisa. Os nomes dos funcionários foram substituídos por números para garantir sigilo na identificação dos mesmos.

**Quadro 1 - Caracterização sócio demográfica dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, Vitória, 2018**

Nome	Idade	Sexo	Cor	Procedência	Estado civil	Profissão
Profissional 1	53	F	Branca	Vitória	Casada	Médica
Profissional 2	61	M	Branco	Vila Velha	Casada	Médico
Profissional 3	44	F	Branca	Vitória	Casada	Médica
Profissional 4	30	F	Branca	Vitória	Casada	Enfermeira
Profissional 5	44	F	Branca	Vitória	Casada	Técnica de enfermagem
Profissional 6	35	F	Branca	Vila Velha	Casada	Secretária
Profissional 7	40	M	Branco	Serra	Casado	Médico
Profissional 8	30	F	Branca	Vila Velha	Solteira	Técnica de espirometria
Profissional 9	53	F	Branca	Vitória	Casada	Técnica de enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Com relação aos usuários, o Quadro 2 evidencia que a amostra de usuários participantes da pesquisa contou com 14 sujeitos do sexo feminino e um do sexo masculino, com predomínio da cor parda. Entre as mulheres, a idade variou de 38 a 73 anos. A maioria dos participantes tinha ensino fundamental incompleto como nível de escolaridade e apenas dois com ensino superior. Nenhum deles possuía renda familiar superior a três salários mínimos. Essas características demonstram que o grupo pesquisado tem um nível social de baixo rendimento e escolaridade.

O Quadro 2 sintetiza os aspectos sociodemográficos dos usuários participantes da pesquisa. Os nomes dos usuários foram substituídos por números para garantir sigilo na identificação dos mesmos.

**Quadro 2 - Caracterização sócio demográfica dos usuários participantes da pesquisa**

Nome	Idade	Cor	Sexo	Escolaridade	Profissão	Município	Tempo Atuação no CreAs	Renda em Salário mín.
Usuário 1	56a	P	F	Médio completo	Do lar	Vila Velha	13a	2 salários
Usuário 2	51a	P	F	Fundamental incompleto	Do lar	Barra de São Francisco	8a	1,5 salário
Usuário 3	60a	P	F	Fundamental incompleto	Doméstica	Viana	8a	1 salário
Usuário 4	48a	P	F	Fundamental incompleto	Doméstica	Cariacica	10a	2 salários
Usuário 5	72a	P	F	Fundamental incompleto	Do lar	Vitória	12a	1,5 salário
Usuário 6	66a	P	F	Fundamental incompleto	Doméstica	Vitória	8a	1 salário
Usuário 7	81a	N	F	Analfabeta	Doméstica	Castelo	8a	1 salário
Usuário 8	73a	P	F	Superior em pedagogia	Do lar	Vitória	5a	3 salários
Usuário 9	38a	B	F	Médio incompleto	Autônoma	Vitória	5a	1 salário
Usuário 10	68a	B	F	Fundamental incompleto	Doméstica	Vila Velha	10 a	2 salários
Usuário 11	62a	B	F	Fundamental incompleto	Auxiliar de limpeza	Vila Velha	15a	<1 salário
Usuário 12	48a	N	F	Médio completo	Doméstica	Viana	7a	3 salários
Usuário 13	38a	P	F	Médio completo	Manicure	Cariacica	10a	2 salários
Usuário 14	65a	B	M	Superior em administração	Administrador	Vila Velha	9a	3 salários
Usuário 15	69a	N	F	Analfabeta	Merendeira	Vitória	8a	1 salário

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Com relação às categorias em avaliação, o Quadro 3 resume as categorias que foram avaliadas pelos profissionais e usuários do Centro de Referência em Asma (CreAs), todas consideradas metas deste programa, com exceção dos itens 8 e 10 que foram incluídos no roteiro pelo pesquisador deste trabalho.

**Quadro 3 – Categorias avaliadas pelos profissionais e usuários do CreAs durante as entrevistas**

Categorias avaliadas pelos profissionais e usuários	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acesso às consultas</li> <li>2. Acesso aos medicamentos</li> <li>3. Acesso à exames complementares</li> <li>4. Investigação de comorbidades</li> <li>5. Equipe multidisciplinar</li> <li>6. Educação em asma</li> <li>7. Centro de referência em asma</li> <li>8. Mudanças e sugestões para o serviço</li> </ol>
Categorias avaliadas pelos usuários	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Idas à emergências e internações</li> <li>10. Satisfação dos usuários</li> </ol>
Categoria avaliada pelos profissionais	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Capacitação profissional</li> </ol>

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

## 5.1 CATEGORIAS AVALIADAS PELOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASMA (CREAS) DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

Ressaltamos que no momento das entrevistas foi observado comoventes depoimentos com ampla variedade de emoções, principalmente o grupo dos usuários, contando detalhadamente como foi toda a trajetória em busca do controle da sua doença e as dificuldades que passaram até chegarem ao CreAs, e sobre suas opiniões em relação ao serviço que lhes é prestado.

### 5.1.1 Acesso às consultas

Atualmente o acesso à consulta de primeira vez no CreAs é realizado através de agendamento via central de regulação da SESA, ou seja, o paciente deve buscar atendimento em uma UBS e esta deverá prover o agendamento. Para consultas de retorno, o paciente deve ligar para um número próprio da SCMV e fazer o agendamento.

De um modo geral, quase todos os usuários do CreAs consideram que o acesso às consultas não está satisfatório e que precisa ser melhorado. Os entrevistados mostraram que atualmente existe uma dificuldade muito grande em conseguir

marcar atendimentos para primeira consulta e de retorno, pois o sistema de marcação atualmente vigente, ou seja, por telefone, não é funcional.

A explicação deve-se ao fato de existir um número muito elevado de pacientes que buscam fazer os agendamentos por telefone e um número muito baixo de funcionários destinados ao atendimento das ligações, além de poucos dias na semana e com horário restrito (8:00 às 14:20) disponibilizados para o agendamento.

Isto gera uma grande sobrecarga nas linhas telefônicas, levando os pacientes a ligarem e não conseguirem atendimento, ou serem atendidos após muito tempo de espera na linha, as vezes com inúmeras quedas nas ligações. E quase sempre quando conseguem, o número de vagas para o médico do ambulatório de asma em procura, já esgotou, levando este paciente a ficar sem agendamento, portanto, sem consulta médica e isto pode levar a um prejuízo no tratamento deste paciente.

*Era melhor quando a gente já saia do consultório com a consulta marcada. Pelo telefone é muito difícil. E agora deu um horário das 8:00 até 14:20h. Quando chega 14:20h você não consegue mais. Mas nesse horário você está ligando direto e só musiquinha, musiquinha. Então, isso pra marcar que está difícil mesmo. Eu reclamo muito, se for pra reclamar é só isso aí (Usuário 1).*

*Difícil essa marcação por esse telefone, vou dizer, viu? É uma lástima! Que a gente nunca consegue, nunca consegue. É um dia só por mês. A gente liga, liga, liga... o telefone tem hora que não chama, tem hora que chama até desistir. Quando eles atendem, a gente já sabe da resposta: não tem vaga. Eles só atendem pra dizer que não tem vaga. Então, eu nunca consigo, nunca consigo mesmo. Então eu venho aqui, venho cedo pra ver se eu consigo uma desistência que nem hoje (Usuário 13).*

Em seu depoimento uma paciente refere que já foi à direção do hospital fazer reclamação devido à dificuldade enfrentada para conseguir marcar as consultas de retorno com seu médico especialista, mas não obteve nenhum tipo de resposta.

*Está muito ruim, muito dificultosa, muito mesmo. Assim, porque antigamente, logo que eu comecei, a gente já saia e já deixava remarcado. O Dr. dava um papelzinho e a gente já deixava pré agendado. Então não tinha esse problema. Hoje por telefone está muito ruim, porque nos dias das marcações, das aberturas das agendas, o que acontece... o telefone fica congestionado. Você não consegue falar de forma alguma. E quando você consegue, já encerraram as vagas. Então isso aí está muito ruim mesmo pra nós que temos que estar aqui, entendeu?! E agora piorou, porque agora o horário diminuiu, que era até às 16hs, agora foram pra até às 14hs e pouco. Então só piorou, a questão de remarcação está muito ruim mesmo. Muito ruim. Teve uma época que eu cheguei a vir na direção do hospital*

*reclamar devido isso aí. Nunca me retornaram, dizendo se fosse mudar ou que me encaixasse pra alguma coisa. Nunca, nunca. E na época quem me ajudou, porque eu precisava até mesmo da receita, foi a enfermeira daqui. A enfermeira me chamou e falou: “a gente vai liberar essa receita...”, porque eu não podia ficar sem o remédio e eu ia perder o processo no CRE se eu também não levasse. Aí foi onde eu consegui, mas ela deixou claro: “não podemos liberar se não passar pelo médico”. Eu consigo marcar, mas é difícil. Eu preciso tirar minha manhã toda pra um telefone. “Ah está ocupado?! Você vai tentando, tentando até dar linha”(Usuário 5).*

Segundo outra paciente, ela ficou surpresa pois no dia da entrevista descobriu que seus retornos seriam agendados no próprio ambulatório. Porém ela deixou claro que sempre teve dificuldades para conseguir o agendamento e já necessitou comparecer pessoalmente ao serviço em dia não previamente marcado para tentar encaixe.

*Nossa, agora eu me surpreendi!!! Porque o retorno começou a ser marcado aqui, hoje. Antes, quando eu comecei, a gente saia daqui do consultório e ia lá pra fora mesmo, onde tinha uma bancada onde as pessoas, ali mesmo com a própria mão colocava o retorno e aí depois de algum tempo, acho que uns 10 a 8 anos foi pro sistema via telefone e aí dificultava bastante porque eu já fiquei mais de hora e sem ser atendida, mandava aguardar e quando chegava a ser atendida aí dizia ah.. não está aberta a agenda, a agenda já está toda tomada, tem que ligar mês que vem, então com isso a gente estava perdendo consulta e até a medicação pois a gente precisava ser examinada, avaliada pela doutora, para poder pegar o formulário e levar na farmácia para pegar a medicação. E isso ficou muito difícil, pois eu já fiquei sem medicação, sem atendimento e sem consulta, e isso prejudicou bastante, e eu cheguei aqui chateada, aborrecida por causa da falta deste atendimento, deste acolhimento (Usuário 10).*

Uma usuária chegou a relatar que estava há cerca de 4 anos tentando retorno pois sempre que buscava o agendamento por telefone não conseguia. Compareceu algumas vezes pessoalmente ao ambulatório para tentar encaixe mas sem sucesso e acabou necessitando pagar algumas consultas particulares. Devido a isso, descontrolou sua doença e necessitou ir ao pronto socorro por inúmeras vezes.

*Olha, tem uns 6 a 7 anos que eu comecei a consultar com ele, só que já tem, eu acho que a última consulta minha com ele foi em 2014. Tem quatro anos que eu não consulto. Eu não consegui marcar durante todo este período. Eu estou voltando agora e esse tempo todinho eu tenho passado mal, ido pra pronto socorro, e acabei precisando pagar umas consultas particular durante esses anos que não consegui com ele. Toda vez que eu ligava no dia, no primeiro dia útil a gente ligava, o telefone dava ocupado, ocupado, ocupado o tempo todo. Quando eu consigo no dia seguinte: “acabou, só no mês que vem”. Chegava no mês que vem a mesma coisa, mesma coisa. E com a benção de Deus que uns meses atrás aí que eu consegui. Vim tentar desistência umas duas ou três vezes, mas quando chegava aqui não conseguia. Por isso fui ao pronto socorro várias vezes (Usuário 6).*

Outra enfatiza claramente que esse é o maior problema enfrentado pelos pacientes no CreAs. Devido ao fato de não conseguir remarcar suas consultas, ficou sem seus medicamentos e com risco de necessitar reabrir seu processo para aquisição da medicação na farmácia estadual.

*Esse é o problema, pelo menos que eu vejo, o mais complicado é de marcar consulta. Aquele negócio do telefone só um dia pra mim é inviável aquilo ali. Não sei como, a gente passa às vezes três, quatro meses pra conseguir, porque só dia primeiro, você não ligou, depois não atende mais. Aí você não consegue nesse mês, aí... Então, aí é terrível. A gente deixa de pegar os remédios. Se parar o tratamento, depois tem que recomeçar tudo pra pegar o remédio na farmácia. Então, esse é o gargalo que tem aqui é o problema da marcação da consulta (Usuário 7).*

Ter acesso aos serviços de saúde é um dos determinantes imprescindíveis para a qualidade de vida e desenvolvimento socioeconômico da população; esse acesso influencia, entre outros aspectos da vida social, a dinâmica demográfica, com impactos sobre a expectativa de vida e mortalidade (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018; OLIVEIRA, 2018).

De acordo com os resultados apurados, observa-se que o modo de acesso às consultas vem demonstrando insatisfação dos usuários. A insatisfação em conseguir agendamento pode ser explicado pelo desconhecimento deste modelo de gestão do Centro de Referência, pelo despreparo do profissional diante da práxis do agendamento/atendimento, pelo número baixo de funcionários para atender as ligações dos usuários, poucos dias na semana e horário restrito para o agendamento.

O acesso aos serviços de saúde aumentou consideravelmente ao longo das três últimas décadas. Em contrapartida, estudos revelam que as dificuldades da acessibilidade aos atendimentos públicos não estão relacionados apenas ao aspecto geográfico, mas também pela falta na oferta de serviços que levam em consideração a quantidade insuficiente de profissionais para atender os usuários e a falta de comunicação com a equipe e com o próprio usuário (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018; VIACAVA *et al.*, 2018).

A acessibilidade se refere às características da oferta, que possibilitam os usuários a chegar aos centros de referência, enquanto o acesso é a forma como os usuários percebem a acessibilidade (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018). A acessibilidade é a ausência de barreiras organizacionais para ter acesso à saúde, como aumento na disponibilidade de profissionais, de dias e horários de funcionamento nos locais de atendimento (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

Apenas um paciente não expressou descontentamento com o sistema de agendamento vigente. Esta usuária é idosa e sua neta é quem faz as marcações de suas consultas. Mas em seu depoimento ela demonstrou que tem conhecimento de que existe dificuldades para conseguir realizar as ligações para o agendamento.

*A minha neta é que resolve tudo pra mim. Aí ela liga pra cá, marca a consulta... Tem vez que tem um problemazinho, porque às vezes liga e está ocupado. Mas depois ela liga de novo. Igual essa vez mesmo, ela ligou do mês passado pra cá (Usuário 14).*

Com relação a opinião dos funcionários atuantes no CreAs, assim como os usuários, eles também concordam que o acesso às consultas está difícil, tanto para as consultas de primeira vez quanto as de retorno. Porém, em discordância com os usuários, a justificativa dos funcionários não foi de que o serviço de telefonia é ineficaz. Os profissionais têm a visão de que existe uma demanda grande de pacientes para o número de vagas ofertadas; ou seja, nesse caso, explicam Gomide *et al.* (2018) é acentuada a diferença entre a oferta real e a demanda por cuidado, o que assinala as barreiras na acessibilidade dos usuários na busca pelo atendimento.

A maioria dos profissionais acha que o serviço cresceu muito nos últimos 13 anos de funcionamento, o número de pacientes aumentou excessivamente por tratar-se de uma doença crônica, ou seja, eles entram para o tratamento no ambulatório, dificilmente recebem alta e o número de vagas ofertadas permaneceu o mesmo. Conseqüentemente, isto vem acarretando uma sobrecarga de pacientes ao longo dos anos e como não há contratação de novos médicos para atender a esta demanda crescente, os profissionais acabam ficando sobrecarregados e os usuários disputam pelo o número de vagas disponibilizadas.

Em seus depoimentos, os profissionais também relataram que os pacientes se queixam muito da marcação de consulta pois não conseguem efetivar as ligações, perdendo o agendamento. Eles chegam até comparecer pessoalmente no ambulatório em horário não agendado para conseguir encaixe, mas nem sempre conseguem. Como citado anteriormente, esta queixa também foi relatada nas entrevistas dos usuários.

Observa-se que a problemática quanto ao acesso às consultas, com a demora no agendamento e perda de agendamento foi uma constante nas falas dos usuários entrevistados. Esse problema é tema em pesquisas em diferentes países, e se revela como uma realidade nos serviços de saúde (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012; GOMIDE *et al.*, 2018). O estudo de Gomide *et al.* (2018) revelou que a maioria dos usuários entrevistados alegaram que perderam dias em que ‘abriu agenda’ da unidade de saúde para marcação de consultas, o que dificultou mais ainda a garantia do atendimento médico e, conseqüentemente, a sequência do tratamento.

Essas dificuldades têm causado uma angústia por parte dos profissionais e usuários, devido ao risco destes pacientes perderem seus processos na farmácia cidadã e ficarem sem a medicação, comprometendo assim o seu tratamento. Geralmente as consultas de retorno são agendadas a cada três meses, prazo que a farmácia exige para a renovação dos laudos e receitas de medicamentos. Caso o paciente não consiga retornar neste período por falta de acesso ao agendamento, o serviço de asma da SCMV adotou uma medida que consiste no fornecimento de laudo e receita, independente de consulta, porém, eles não podem ultrapassar um período de seis meses sem comparecimento no atendimento médico. Isso tem minimizado o risco destes pacientes ficarem sem seu tratamento.

*O acesso aqui, ele já foi mais acessível, mais fácil, agora está limitado porque nós cuidamos do doente com uma doença crônica e aí quem chega nunca sai. Chega, estabiliza o quadro e vai ficando com uma consulta com retornos trimestral e esse paciente fica dez, quinze anos com a gente, e a gente não consegue abrir mais vagas. Então acaba que o acesso ficou difícil, o acesso do paciente novo pra entrar no programa. Os pacientes costumam reclamar sim. No meu caso, a minha agenda não sou eu que controlo. Quem controla a agenda é uma central de marcação. Então eu não consigo que ele volte no prazo que eu quero. Mas como uma equipe e a interação com enfermagem é muito eficiente, a gente acaba sempre conseguindo fazer o retorno. Quando a gente não consegue que o paciente retorne e ele precisa pegar a medicação dele na Farmácia Cidadã, porque o*

*programa funciona com a medicação do governo. O que a gente faz? A gente faz com que ele tenha a liberação do laudo de medicação especializada, excepcional, pra que ele não perca... primeiro pra que ele não fique sem medicamento, segundo pra que ele não perca lá o seu cadastro no governo, porque se ele perder, ele vai levar mais quatro meses pra reativar o processo. Por ele fazer parte do programa, a gente abre mão de liberar a medicação por ele não conseguir agendamento. Mas é só mesmo para os pacientes do programa. São casos que é muito assim excepcional, próprio do serviço. Mas a marcação por telefone está ineficiente. É um agendamento que os pacientes reclamam muito, porque não consegue efetivar a ligação, completar a ligação. Eles tentam várias vezes. Chega ao ponto de vir presencialmente aqui pra ver se pega desistência. Acontece também, que eles não têm a quem reclamar, é um dilema mesmo. E passa essa dificuldade do agendamento, é passado pra equipe, pra nós médicos e pra enfermagem quando não está no nosso alcance. Isso gera muita ansiedade pro paciente e pra nós também, pra equipe (Funcionário 2).*

*Não está fácil o acesso, mas não por conta do meio da marcação. Mas por conta da quantidade de pacientes que a gente tem. A gente tem um número de pacientes que a gente não consegue atender dentro do prazo de três meses que a gente determina, que as consultas crônicas a gente determina que sejam acompanhadas de três em três meses. A gente não consegue atender todos os nossos pacientes dentro do período. Ou seja, a marcação em si eu não vejo um problema, porque as profissionais que trabalham, elas são competentes pra isso, elas são treinadas pra isso, mas infelizmente a gente não tem vaga pra todo mundo. Que o ideal seria eu ligar hoje e ter vaga pra daqui um mês conseguir marcar facilmente, mas eu não consigo. Porque as nossas vagas aqui no serviço, elas terminam no primeiro dia de atendimento no Call Center. E aí fica aquela disputa, quem conseguiu falar, conseguiu marcar. Quem não conseguiu falar no primeiro dia, não consegue mais vaga. Então o problema que eu vejo não é no como funciona a marcação, eu vejo que o problema é a quantidade de vagas, que a gente não consegue absorver todo mundo (Funcionário 4).*

Assevera a literatura, que diante da gravidade da doença, é necessário que as consultas sejam periódicas, o tratamento seja seguido corretamente e os agendamentos para as próximas consultas sejam definidas de acordo com a necessidade de cada paciente, tendo como foco principal o controle da doença e a redução de riscos futuros (CHATKIN *et al.*, 2000; LEAL *et al.*, 2011; FIRMIDA; BORGLI, 2017).

Um profissional expôs sua opinião dizendo que pelo fato do paciente não conseguir agendamento, ele pode desistir do tratamento devido a uma insegurança em manter os medicamentos, mesmo que comprados, por falta de orientação de seu médico. E que as vezes, quando este paciente consegue o retorno depois de meses, o profissional tem que refazer todas as orientações que foram realizadas no início do tratamento, já que o paciente não recorda mais do que lhe foi informado. Ou seja, a

falta de acesso às consultas em tempo adequado, pode comprometer o tratamento do usuário.

*Eles reclamam muito. Eu acredito que são poucas vagas pra muitos pacientes. Então eles reclamam muito. O certo a gente sabe que no centro de referência, em pacientes asmáticos, por exemplo, controlados, nós deveríamos vê-los num período de três em três meses em média, naquele paciente que está no início do tratamento e muitas vezes a gente não consegue. A gente vê aquele paciente com intervalo de seis, sete meses aí a gente perde o fio da meada, o paciente abandona o tratamento, interrompe o tratamento porque ele fica sem orientação e quando ele consegue chegar em você, eu sinto que a gente tem que voltar tudo de novo nas explicações, nas orientações, é até uma questão de insegurança do paciente, ele se sente inseguro de manter um tratamento se ele não está vendo o médico dele pra orientá-lo. Às vezes o paciente já obteve o controle, você não consegue fazer uma redução gradual de dose pra deixá-lo melhor com a menor dose de medicamento. Eu sinto que muitas vezes a mãe ela interrompe o tratamento não é porque ela não quer, é por insegurança de estar fazendo o uso contínuo de uma medicação sem está vendo o médico, ela fica insegura de fazer sete meses, oito meses de um remédio sem o médico está ali: “não, vamos continuar, tem que diminuir a dose, ou vamos ajustar a dose”. É complicado, eu sinto. Eles reclamam demais. Eles reclamam que é muito difícil de marcar o retorno. Agora então está ficando mais difícil ainda, porque nós tínhamos outra pneumologista pediatra que acabou saindo do serviço (Funcionário 3).*

No relato de um outro funcionário, chamou a atenção o momento em que ele descreve que alguns pacientes chegam a mostrar seus telefones com um número excessivo de ligações, cerca de cem a cento e cinquenta ligações. Quando finalmente conseguiram o atendimento, já não havia mais vagas disponíveis e a consulta não foi agendada.

*Não está bom, eles têm muita dificuldade. Já começa pelo atendimento telefônico, que eles têm dificuldade para marcar o retorno. E aí eles precisam dos laudos para pegar os medicamentos, e as vezes eles vão ficando sem, mas eles persistem e voltam, mas tem dificuldades. Eles reclamam sempre que não conseguem falar, que não atendem, eles mostram para gente até o número de vezes que ligam, tem pacientes que mostra o telefone com 100 a 150 ligações e ninguém atende. E quando conseguem, já não tem mais vaga. Eles ficam então com o retorno prejudicado e alguns perdem até o processo deles lá no CRE e ficam sem medicação. Eles vêm aqui direto para tentar agendar aqui mesmo, mas só que a gente não pode fazer este agendamento (Funcionário 8).*

Entretanto um profissional relatou que seus pacientes não têm mais reclamações do agendamento, pois nos últimos meses conseguiu abrir uma agenda própria no ambulatório, o que resulta que seus pacientes não remarcam suas consultas pelo telefone. Eles já saem do serviço com seu retorno confirmado.

Isso foi conseguido através de uma conversa entre a profissional e os responsáveis pelo setor de marcação. Foi explicado detalhadamente que o médico assistente é quem tem que determinar o tempo de retorno do paciente e não quem está na central de marcação de consultas pois ele conhece a gravidade e necessidade de cada caso. Esta medida precisou ser tomada pois os pacientes acompanhados por esse médico são de alta complexidade, muito graves e estavam com sua doença descontrolada devido ao tratamento prejudicado pela dificuldade de agendamento.

Nesta categoria, percebemos que houve explicações diferentes para o mesmo problema, ou seja, a deficiência do acesso às consultas. Os profissionais atribuem esta dificuldade a uma relação inversamente proporcional entre o número de pacientes no serviço e o número de vagas disponibilizadas, já os usuários, a um sistema de marcação por telefone ineficiente. Entretanto, notamos que esta opinião tem sido compartilhada entre os profissionais e usuários e que ambos concordam que este sistema de agendamento necessita ser melhorado para que o CreAs garanta de forma adequada o acesso às consultas.

### **5.1.2 Acesso aos medicamentos**

O tratamento medicamentoso é um dos pilares para o controle da asma. Ter acesso aos medicamentos possibilita aos pacientes manterem seus sintomas controlados, reduzindo assim o número de crises, idas à serviços de urgência e emergência, internações e, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida.

O uso dos medicamentos para asma contribui de modo efetivo para o controle da asma grave. Segundo Santos *et al.*, (2008), a interrupção completa do tratamento provavelmente resultará em deterioração clínica, estando relacionada ao grau de hiperresponsividade brônquica. O acesso e adesão ao tratamento e o acompanhamento médico são uma das condições de maior relevância para garantir o sucesso da terapia.

Com relação ao acesso aos medicamentos, a maior parte dos usuários entrevistados relatou que fazer tratamento no CreAs garante a aquisição dos medicamentos para o controle da asma. A maioria afirma que estar sendo tratado

em um serviço onde há profissionais especializados neste tipo de atendimento, capacitados a preencherem os formulários corretamente, faz com que eles consigam os medicamentos sem nenhum problema em sua documentação, a qual é exigida pelas farmácias estaduais.

*Sim. Porque, olha, depois que eu comecei a tratar com o Dr. ...., pra mim não tem outro melhor. Ele me dá as receitas, tudo direitinho. Do jeito que eles precisam lá (Usuário 15).*

*Sim. Garante, porque você vai com sua via certinha, assinada por um médico. Nunca tive problema na farmácia do CRE. Nunca! Desde que eu abri meu processo (Usuário 5).*

*Sim. Pelas consultas que a gente faz aqui, pelo tratamento, pois ele dá pra gente o laudo, aí a gente vai lá e consegue o remédio (Usuário 9).*

Na avaliação dos profissionais, todos concordaram que os pacientes atendidos no CreAs têm acesso aos medicamentos com facilidade. Eles afirmam que estar sendo acompanhado em um centro de referência com profissionais capacitados em reconhecer o tipo da doença e escolher a terapia mais adequada para cada caso, é fundamental. Além de toda a equipe conhecer e saber preencher adequadamente toda a documentação necessária para que o paciente tenha acesso ao medicamento na farmácia cidadã.

*Sim. Aí é tranquilo, isso aí é uma coisa que a gente tem e que é garantido. Então os que conseguem chegar até a gente eles conseguem ter acesso ao tratamento. Ainda bem, pelo menos isso, que é muito importante. O paciente ser acompanhado em um centro de referência facilita este acesso, pois o olhar de quem está dentro de um centro de referência, é diferente, um especialista de fora pode até prescrever, mas muitas vezes não é adequada, então quando você trabalha só focado em uma outra forma, então eu acho que facilita sim (Funcionário 1).*

*Em relação a isso, sim. O paciente lá ele tem acesso fácil aos medicamentos, nós somos disponíveis pra oferecer laudo de medicamento, receita, o paciente não fica sem receita. Se ele chegar lá e ele provar que está com as consultas regulares, porque ele não pode ficar pegando receita sem comparecer na consulta, mas se ele é um paciente que participa, que vai em consulta ele tem acesso aos medicamentos, o estado tem fornecido à aqueles que preenchem os critérios, isso eu acho até que perto de outros centros de referência a gente tem como uma coisa muito boa, a gente tem um acesso fácil ao medicamento, graças a Deus (Funcionário 3).*

Na opinião de um profissional, estar sendo acompanhado em um centro considerado referência em asma, garante mais o acesso aos medicamentos, pois os médicos da atenção básica muitas vezes não estão capacitados para o atendimento deste tipo

de doença e não sabem prescrever a medicação adequada para o paciente asmático.

*Sim, com certeza. Porque se você tem acesso ao médico, você tem acesso ao prescritor. A gente aqui, não é só o médico, já sabe todo o funcionamento, a papelada que preenche. Porque a gente foi treinado pra isso. Às vezes o médico que está na Assistência Básica não sabe como é que faz, o que precisa, a documentação... O médico da Unidade Básica, infelizmente, ele não consegue nem encaminhar o paciente pra uma especialidade. Porque ele está dentro da Unidade Básica de Saúde, que é a entrada pra qualquer especialidade, e infelizmente, ele encaminha o paciente de forma errada. Então, o médico que está lá, ele não sabe nem encaminhar, ele não sabe encaminhar pra especialidade, ele não sabe encaminhar pra pegar medicamento. E às vezes, infelizmente, ele não sabe nem prescrever a medicação adequada. Essa que é a realidade. A gente não atende mais nenhum paciente de primeira vez encaminhado pela regulação, porque a gente não tem condição de atender. Se a gente tivesse mais equipe médica... a gente poderia ter mais condições. Mas hoje a gente não tem. O volume está muito grande, então, a gente não recebe paciente de primeira vez mais. Mas quando a gente recebia era notório a falta de informação do profissional pra orientar o paciente. Você via prescrição de medicamento errado. Eu já peguei paciente com ampola de salbutamol na bolsa. Falei “o que você vai fazer com essa ampola de salbutamol?”, “ah o médico prescreveu”. E no dia a dia, das outras especialidades que a gente recebe, a gente observa que o encaminhamento de lá pra cá é falho. Eu acho que os nossos médicos estão preparados pra garantir isso pro paciente porque a gente consegue orientar ele e inclusive encaminhar pra outras especialidades. A gente consegue orientar mais facilmente os nossos pacientes do que o médico lá da Unidade Básica (Funcionário 4).*

Explica-se que a barreira no acesso a medicamentos encontrada na atenção básica, segundo o estudo de Matta *et al.* (2018) está na dificuldade em encontrar nas farmácias do SUS, todos os medicamentos que foram prescritos. A baixa proporção de unidades de saúde com disponibilidade total dos medicamentos-chave, os quais estão incluídos os medicamentos de uso crônico, como no caso da asma, também foi encontrado no estudo de Mendes *et al.*, realizado em 2014 na unidade básica de saúde; onde, outras dificuldades à aquisição de medicamentos podem estar associadas à capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica e aceitabilidade.

Cabe ressaltar que foi por meio de ações desenvolvidas por profissionais do CreAs e da ABRA de Vitória que foi criado um protocolo para asma não controlada no ES, que possibilitou acesso a medicamentos não contemplados PCDT do Ministério da Saúde, como salmeterol, fluticasona, montelucaste e omalizumabe. Assim, o ES passou a ser o único estado do Brasil no qual os pacientes com asma grave tem acesso a todas as etapas do tratamento da doença.

Contudo, em relação a esta categoria houve uma concordância entre a opinião dos usuários e dos profissionais de que o CreAs garante o acesso aos medicamentos e que isso é fundamental para um tratamento eficaz.

### **5.1.3 Acesso aos exames**

Além da importância do acesso aos medicamentos, a realização de exames laboratoriais e de imagem também são fundamentais para garantir um adequado tratamento aos asmáticos. Os pacientes atendidos no serviço necessitam realizar espirometria, exame que avalia a função pulmonar e é considerado um exame essencial para a obtenção dos medicamentos pela farmácia estadual, além de outros exames como: radiografia de tórax e seios da face, tomografias computadorizadas de tórax e seios da face, endoscopia digestiva alta, polissonografia, hemogramas, dosagem de IgE total e específica, lipidograma, glicemia, dentre outros, que podem ser necessários ao longo do tratamento para avaliar possíveis complicações ou comorbidades relacionadas à asma.

Todos estes exames eram realizados na SCMV, com exceção da polissonografia. Porém, desde 2017, os exames de imagem como radiografias, tomografias e os laboratoriais como a dosagem de IgE total e específica para aeroalérgenos, não estão mais disponibilizados no serviço.

Nesta pesquisa, quase todos os pacientes concordaram que o tratamento no CreAs garante o acesso aos exames complementares. Porém, a maioria deles realizaram os exames de sangue e de imagem no início de seus tratamentos, ou seja, ainda no período em que os exames estavam sendo realizados no hospital SCMV. A maior parte dos pacientes, por estar com sua doença controlada, não necessitou realizar mais exames complementares e este fato provavelmente deve ter contribuído para a positividade das respostas dos usuários.

Porém, ao serem indagados se atualmente sabem como estes exames estão sendo efetuados, a maioria dos usuários não tinha o conhecimento de que os mesmos passaram a ser realizados através do sistema de agendamento via UBS. Com relação a espirometria, que é um exame realizado dentro do próprio CreAs, os

pacientes relataram facilidade no acesso, mesmo com o sistema de marcação por telefone. Para este tipo de exame, somente em casos específicos, alguns pacientes são agendados no próprio setor.

*Sim. A espirometria está fácil e tranquila, exames de sangue e de RX nunca mais fiz, só no começo e foi tranquilo. Agora eu não sei mais como está. Eu não precisei mais (Usuário 8).*

*Sim. Não, não tive problemas para fazer. Eu liguei e foi rapidinho. E eu fiquei até surpresa, porque eu fiz os exames e a consulta tudo perto. Já fiz tomografia de pulmão, exames de sangue e espirometria e não tive nenhum problema. Não sei, como está agora, porque radiografia tem muitos anos que eu não faço, entendeu.... E a espirometria eu fiz aqui (Usuário 12).*

*Sim. Os exames estão bons, não tenho tido problemas. Atualmente eu não sei como está, não tenho feito mais exames (Usuário 9).*

Durante as entrevistas apenas uma paciente tinha conhecimento de que o sistema de agendamento mudou e que agora os exames estão sendo marcados via UBS. Ela relatou que atualmente está com dificuldade de conseguir realizar o exame solicitado pelo seu médico, pois entregou o pedido na UBS de seu bairro, porém ainda não havia conseguido fazê-lo. Ou seja, já estava voltando na consulta de retorno no especialista, mas sem o resultado do exame. Ela expressou seu descontentamento e sua falta de esperança em conseguir o exame.

*Eu nunca tive problema. Com a espirometria, não. Já fiz aqui exame de sangue, raio X, tomografia e na época não tive problema. Hoje eu tenho. Portanto Dra, eu estou com uma tomografia que o doutor me pediu na última consulta, e estou aqui sem trazer o exame pra ele, porque aqui não marca direto mais. É via posto, e via posto, esquece!!!. A gente não consegue (Usuário 6).*

Esta categoria quando avaliada pelos profissionais, foi considerada ineficaz. Os funcionários consideraram que está havendo grande dificuldade para os pacientes conseguirem ter acesso aos exames laboratoriais e de imagem. Uma exceção foi a espirometria, considerada um exame de fácil acesso por todos os entrevistados.

Assegura a Constituição Federal de 1988 que todos têm direito às ações e serviços necessários para a promoção, a proteção e a recuperação de sua saúde, incluindo o acesso à realização de exames nas unidades do SUS (artigos 196 e 198, II, da Constituição Federal, artigos 5º., III e 7º., II, da Lei 8.080/90); ou seja, através da UBS mais próxima da residência ou local de trabalho o usuário pode realizar os

exames. No entanto, foi percebido que no transcorrer das entrevistas muitos usuários afirmavam não conhecer sobre o acesso à realização de exames nas UBS.

O conhecimento e o acesso às informações são imprescindíveis para a realização de escolhas e empoderamento para ação, afirmam Viegas, Carmo e Luz (2015). Acrescentam Gomide *et al.* (2018) que é muito importante que seja ampliada a comunicação da equipe multidisciplinar com os usuários, quanto ao acesso à realização de exames nas unidades de saúde, ou seja, nas UBS. A melhoria na comunicação/informação contribui para melhorar a atenção e os serviços assistenciais prestados para os usuários.

Nesta pesquisa, a facilidade da espirometria é decorrente da existência de uma profissional disponível diariamente no serviço, exclusiva para realizar o exame e, também, pelo fato de que cada paciente necessita realizá-lo obrigatoriamente somente uma vez ao ano, conforme recomendação do protocolo estadual de controle da asma. Porém, caso o médico assistente considere necessário, novas espirometrias poderão ser solicitadas a qualquer momento do tratamento.

Os profissionais chamaram a atenção que pelo fato do serviço ser referência no tratamento de asma e estar dentro de um hospital escola, haveria a necessidade destes exames serem realizados no próprio hospital por vários motivos como, por exemplo, servir de aprendizado para os alunos da graduação e pós graduação, otimizar o tratamento dos pacientes, ou seja, aqueles que residem no interior e tem dificuldade para retornar ao serviço, poderiam no mesmo dia da consulta, já realizar os exames de imagem e laboratoriais que são solicitados rotineiramente nos atendimentos de primeira vez, não necessitando fazer um retorno somente para esta finalidade.

Além disso, alguns pacientes que comparecem às consultas regulares podem chegar apresentando algum tipo de intercorrência como crises, quadros infecciosos, em que o profissional assistente necessite fazer algum exame naquele momento para estabelecer o diagnóstico e mesmo instituir um tratamento adequado.

*Está péssimo, muito ruim. Até uns dois anos atrás a gente conseguia fazer os exames de alergia, RX de tórax, Tomografia Computadorizada e atualmente só espirometria que a gente tem acesso direto, os outros exames todos, ou você tem que mandar o paciente direto para a Unidade de saúde para que ele agende e muitas vezes nessa história o paciente volta e não conseguiu fazer, então está muito ruim. Eu não consigo ver você ser referência para alguma coisa e está dentro de um hospital escola e não conseguir fazer os exames que você precisa. Então é complicado. E esses exames pararam de ser realizados pois segundo informações, o governo não repassa a verba suficiente para cobrir a realização destes exames, então sempre fica no vermelho. Essa é a informação. Aí acaba que tudo tem que ir para o posto de saúde para fazer. Isso influenciam no tratamento pois as vezes o paciente era de fora a aí ele chega e no mesmo dia já conseguia ali de manhã colher os exames dele, fazer o RX e já saía com a consulta tomada. Hoje em dia não. Ele vai ficar meses até conseguir fazer a conduta toda para realizar o tratamento adequado, então é desânimo. (Funcionário 1).*

*Agora, ultimamente a gente tem tido mais dificuldade, porque as coisas estão piorando. A gente antes tinha acesso a vários exames que auxiliavam muito a gente no diagnóstico daquele paciente que é um paciente mais grave, por ser um centro de referência a gente acaba atendendo pacientes que são selecionados, paciente mais graves, e esses pacientes a gente precisa aprofundar em exames laboratoriais. Então, a gente tem dificuldade em realizar esses exames. Eu acho que de uns dois anos pra cá as coisas tem piorado. A gente tem ficado mais incapacitado de investigação, porque o paciente fica sem recurso. A gente não tem recurso próprio. Acho que a espirometria, inclusive, o acesso tem melhorado, antigamente a gente tinha mais dificuldade de conseguir vaga e hoje a gente tem uma técnica boa lá e com uma carga horária maior. Então o paciente lá dentro, às vezes você precisa da espirometria naquele momento e ele consegue fazer ali. Você precisa de tomar uma decisão naquele momento e você consegue imediatamente fazer o exame se o paciente estiver sem uso da medicação. Meio que no preparo pra fazer o exame, aquele paciente de primeira vez, que não está recebendo nenhum tipo de tratamento e você precisa ter uma avaliação da função pulmonar imediata antes de começar um tratamento proposto, então isso foi uma melhoria. A gente tem essa facilidade hoje, até porque ela está lá de manhã e de tarde, antes a gente só tinha uma profissional. Agora, exames laboratoriais e de imagem está mais difícil, exames básicos! (Funcionário 3).*

Um profissional acha que a falta de acesso aos exames no próprio HSCMV pode ser encarado como uma queda na qualidade do serviço prestado decorrente de fatores limitantes externos e não inerentes ao serviço em si, já que a decisão de não disponibilizar mais os exames veio por parte da direção e não dos profissionais atuantes no atendimento. Ele acha que o paciente demora muito para fazer o exame em outros serviços, e que muitas vezes quando consegue realizá-lo, a qualidade deste exame realizado fora pode não ser boa e, assim, interferir no tratamento.

*É, já foi mais fácil. Mudou de uns meses pra cá, antes os exames eram feitos todos aqui. Agora, com as mudanças que tiveram, o paciente tem que fazer fora do hospital, aí demora mais tempo. Além de demorar, o paciente, às vezes não consegue fazer o exame com a qualidade que tinha*

*anteriormente. Por exemplo, no caso nosso que é centro de referência de asma e existe exames que são específicos como a dosagem da IgE, por exemplo, não está se fazendo mais; é como se tivesse tirado o eletro do cardiologista. Nós também temos um exame que é importante pra nós pra excluir outras doenças que é a radiografia do tórax, também deixou de fazer aqui, faz pelo posto de saúde. Então nós estamos passando por uma fase e que nós caímos um pouco na nossa qualidade do atendimento por limitações, não referente ao serviço em si, mas fatores externos. Aí isso está nos dificultando. Mas acredito que isso vai se resolver. A espirometria nunca foi problema pra nós, porque nós temos a nossa própria espirometria, nós temos nosso técnico, nossa sala onde faz o exame dentro do próprio serviço. Isso facilita muito, porque o paciente tem acesso ao exame, faz o exame com maior rapidez, faz com que ele consiga o medicamento com mais facilidade, porque é um pré-requisito pra dá início ao cadastro do governo e pra também dar continuidade ao tratamento. A espirometria é feita anualmente, então fica muito fácil (Funcionário 2).*

Assim, em geral, nesta categoria também não houve concordância entre o posicionamento dos usuários e profissionais. Estes acham que o serviço não está garantindo o acesso aos exames necessários para o acompanhamento dos pacientes asmáticos, já os usuários afirmaram que estar sendo tratado no CreAs garante o acesso a estes exames. Entretanto, como citado anteriormente, a maioria realizou os exames antes das mudanças ocorridas e desconhecem o atual funcionamento da marcação de exames.

#### **5.1.4 Investigação de comorbidade**

Entende-se por comorbidade a existência de dois ou mais problemas de saúde não relacionados em um mesmo indivíduo, com possibilidade dessas patologias se potencializarem mutuamente, ou seja, uma provoca o agravamento da outra e vice-versa, podendo dificultar o diagnóstico e influenciar o prognóstico (PORTO, 2014).

Várias comorbidades como a rinite alérgica, doença do refluxo gastroesofágico, obesidade e apnéia do sono, estão comumente presentes em pacientes asmáticos, principalmente aqueles com asma grave ou de difícil tratamento.

Na avaliação desta categoria, devemos ressaltar que o conceito de comorbidade foi previamente explicado aos usuários para que eles pudessem entender a pergunta. E quando questionados se o CreAs investiga comorbidades, todos os usuários afirmaram que sim.

*Sim. A rinite, o refluxo. Eu fiz aqueles exames alérgicos... os testes. Ele pediu vários exames, eu fiz. Até ele viu que eu estou com uma carninha no nariz, eu fiz também (Usuário 11).*

*Sim. Passa o remédio para minha rinite. Encaminhou para otorrino e o refluxo eu trato fora, no posto, não precisei tratar aqui (Usuário 3).*

Dois usuários disseram que seus médicos fazem a investigação das comorbidades, mas demonstraram descontentamento relatando que ao necessitarem de acompanhamento com outro especialista, como por exemplo, otorrinolaringologista e gastroenterologista, para tratar e acompanhar as comorbidades, eles tinham muita dificuldade de conseguir marcar a consulta para o especialista tanto na SCMV, quanto na UBS.

*Sim, ele investiga, mas só que as consultas com especialistas eu fiz em outros lugares, não aqui. O gastro, endócrino e otorrino eu vou tudo fora daqui. Porque é difícil marcar especialista aqui na Santa Casa. Eu pago aquele cartão do idoso, sabe, aí vou lá porque é mais barato (Usuário 1).*

Um outro descreveu que tem rinite alérgica e um desvio de septo grave com indicação cirúrgica, está há mais de um ano aguardando ser chamado para a cirurgia e até a presente data da entrevista ainda não havia tido nenhum tipo de retorno informando sobre a previsão do procedimento.

*Sim. Já investiguei. Passei pela Dra.... e ela também me fez o pedido de parecer do otorrino para ver o desvio de septo. Foi a mesma coisa, via posto na época, até hoje não me chamaram pra fazer. Até hoje. Dei entrada em tudo, mas até hoje não obtive também resposta. Ela falou que eu teria que fazer uma cirurgiazinha. Até hoje sem resposta alguma. Nunca fui chamada porque é via posto, aí manda, aquele processo todo de hospital e até hoje não fui chamada e não obtive respostas. Isso tem anos (Usuário 5).*

Pelo fato do paciente asmático apresentar várias comorbidades que podem interferir na evolução da asma, existe uma preocupação grande por parte de toda equipe de médicos assistentes em buscar investigar e tratá-las adequadamente. Neste aspecto, todos os profissionais entrevistados afirmaram que no CreAs, os pacientes são investigados quanto as comorbidades.

Os profissionais, assim como os usuários, também concordam que o tratamento das doenças que estão relacionada à asma, nem sempre é fácil, quando necessita de um especialista para conduzi-la. Segundo eles o serviço tem uma dificuldade muito

grande para encaminhar pacientes para especialidades afins como otorrinolaringologista, gastroenterologista, endocrinologista, dentre outros. E quando necessitam destes especialistas, os pacientes são encaminhados para a UBS para agendamento. Isto dificulta muito o tratamento, pois alguns pacientes acabam agravando sua doença devido à demora para conseguir a consulta com o especialista.

*Então, a gente pensa, o que a gente tem que pesquisar, a gente até pesquisa, mas tem coisas que nós não temos mais como fazer, o que a gente tem muita dificuldade é conseguir avaliação do gastro para acompanhar a DRGE, muitos pacientes tem a doença e agente raramente consegue a avaliação do especialista, avaliação com otorrino, agente as vezes até consegue a consulta, mas para conseguir fazer uma laringoscopia, uma tomografia é muito difícil, então temos muita dificuldade para avaliar estas comorbidades, para fazer diagnóstico diferencial com imunodeficiência então, esquece, porque a gente não faz exame nenhum mais atualmente, então é complicado você ter uma agenda aberta se você não oferece nada disso (Funcionário 1).*

*Sim. Por se tratar, assim, no centro de referência de asma grave, então nós temos que afastar certas doenças, diagnóstico diferencial, comorbidades... E aí a gente tem que fazer exames especializados como tomografia de tórax, como endoscopia pra afastar refluxo, a tomografia ali a gente afasta outras doenças, avalia a gravidade e extensão da doença. E aqui a gente já foi mais fácil, agora esta tendo mais dificuldade, porque os exames não estão sendo mais feitos aqui. E agora eles estão encaminhados tudo pra fora do hospital, pro serviço público; o serviço público fora do ambiente hospitalar. Isso está interferindo (Funcionário 2).*

*Sim. Com eu falei, se o paciente precisa de um gastroenterologista, se ele precisa de um otorrino, se ele precisa de qualquer outro especialista, você tem que ir pra rede. Mas os nossos médicos eles solicitam. Os nossos médicos solicitam, pedem exames, encaminham pra outras especialidades. E o que infelizmente não consegue marcar aqui, ele vai pra rede. E o que eu tenho observado que os exames, por exemplo, polissonografia, densitometria, mesmo que demore, eles conseguem voltar com esses exames. Demora muito mas volta (Funcionário 4).*

Conforme descrito na literatura, recomenda-se a busca ativa das comorbidades porque elas podem contribuir para a exacerbação dos sintomas, prejudicar a qualidade de vida, levar a interações medicamentosas e, até mesmo, a um não controle da asma (GINA, 2018). Diante disso, é de grande importância que um centro especializado em tratar asmáticos, investigue e trate adequadamente estas comorbidades objetivando que estas não interfiram na resposta ao tratamento dos mesmos.

Em conclusão, segundo os depoimentos de todos os entrevistados nesta pesquisa, o CreAs investiga as comorbidades da asma e, dentro do possível, busca tratá-las adequadamente, porém existe uma grande dificuldade em se conduzir os casos que necessitam de especialista.

### **5.1.5 Equipe multidisciplinar**

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que a atenção às pessoas com doenças respiratórias crônicas como é o caso da asma, esteja pautada na integralidade do cuidado, com base em uma equipe multidisciplinar.

Ao ser implantado o programa de Asma (CreAs) do HSCMV, vários profissionais, como: médicos alergistas e pneumologistas, enfermeiro, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e técnico em espirometria atuavam de forma interdisciplinar, em busca de melhora na saúde e qualidade de vida dos pacientes. Segundo SOPTERJ (2018, p.3):

O atendimento do asmático em um programa estruturado com abordagem multidisciplinar composto por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e psicológicos, é capaz de melhorar o controle da doença e consequentemente reduzir a morbi-mortalidade da doença e o consumo de recursos do sistema de saúde, através da redução dos atendimentos de urgência e internações por exacerbações.

A importância do trabalho da equipe multidisciplinar é sem dúvida imensurável pois cada profissional tem seu papel específico em alguma parte do tratamento e tanto o paciente quanto o médico necessitam do apoio de toda esta equipe para que o controle da doença possa ser alcançado de forma mais efetiva. Atualmente o CreAs não conta mais com a participação da psicóloga, assistente social e nem do fisioterapeuta.

Corroboram Stelmach *et al.* (2015) que os diversos níveis de atenção em saúde devem atuar em conjunto e de modo coordenado. O entendimento sobre as equipes multidisciplinares e multiprofissionais que atuam em prol do cuidado, é

internacionalmente reconhecido, reconhecendo-se as singularidades das categorias profissionais e se valendo dessas características para potencializar a equipe.

Nesta pesquisa, a maior parte dos pacientes afirmou ter conhecimento de que no CreAs existe uma equipe multidisciplinar. Porém muitos não sabiam se a equipe atualmente estava completa com todos os profissionais.

*Sim. É uma boa estrutura! Eu sinto até falta da assistente social, que atendia até aqui. Porque aqui eu conheci três assistentes sociais ótimas! Maravilhosas! Então a gente tinha esse acesso aqui a elas, qualquer coisa, dificuldade que a gente tivesse, elas resolviam, acolhiam sabe... e resolvia, mesmo que não fosse naquele momento, mas ajudava sim. Nossa a S... foi uma assistente social excelente que tivemos por aqui, a C...também foi maravilhosa, e ela está lá em cima agora, e a A... também, entendeu, elas foram pessoas que passaram por aqui e marcaram bastante entendeu, pessoas que deixaram um legado aqui. As meninas que trabalham aqui, as enfermeiras, nossa excelente, são excelentes. Elas fazem o possível para nos atender bem. Para psicóloga nunca fui encaminhada. Mas sei que eu estou até com um desequilíbriozinho e estou precisando um pouquinho. Meu emocional desencadeia a crise, então eu sei que eu tenho que controlar o emocional. E geralmente é algum aborrecimento. Com alegria, felicidade não, nestas vem um bem-estar, mas com aborrecimento realmente desencadeia a crise (Usuário 10).*

*Sim. Eu acho legal todo mundo aqui. Eu até falei pra menina que ligou pra mim, que ela perguntou sobre isso também, eu falei "lá todas são muito boas". Não sabia dessa equipe toda, não. Não fui encaminhada para psicólogo, não. Assistente social, sim e foi bem tranquilo também. Não sei se ainda tem. Eu fui na assistente social uma vez só. Então, eu nunca mais vi. A questão de passar na enfermeira, eu acho importante porque igual assim, ela vê a pressão da gente, ela pesa a gente. Ela também faz umas perguntas, pergunta como a gente usa a bombinha, como que faz depois que a gente usa, essas coisas todas.. Já aconteceu dela me corrigir pois eu não tava usando certo. Igual usar, como eu sempre fiz, usar e depois lavar a boca. Logo no começo eu não lavava não. Aí eu senti diferença. Aí ela falou "você tem que usar, tem que lavar a boca". (Usuário 11).*

Alguns pacientes relataram não saber da existência desta equipe multidisciplinar prestando atendimento no CreAs. Um destes, informou que não tinha conhecimento por falta de informação de seu médico e outros não sabiam que a pré consulta com a enfermeira e o atendimento com a assistente social faziam parte do atendimento multidisciplinar, mesmo após terem sido orientados durante a pergunta, sobre o que era e qual o papel desta equipe no serviço.

*Não tenho conhecimento, só sei do Dr. e passo na enfermeira que pesa, mede, vê o sopro, corrige o modo de usar as bombinhas e explica como tem que ser a nossa casa (Usuário 12 ).*

*Não. Não conheço quase nada, não. Nunca fui encaminhada para psicóloga, nem assistente social e nem fisioterapeuta. Eu não conhecia pois o médico nunca conversou sobre isto comigo. (Usuário 14).*

Já os profissionais consideraram que no CreAs existe uma equipe de médicos e enfermeiros, não mais uma equipe multidisciplinar completa, como no início do funcionamento do programa, pois esta equipe foi sendo perdida ao longo dos anos.

Atualmente, devido às dificuldades que vão surgindo no serviço, os funcionários assumem funções de outros profissionais como assistente social, psicólogo, farmacêutico. Apesar da equipe incompleta, os profissionais buscam trabalhar da melhor forma possível para suprir estas necessidades e conseguir manter um serviço de qualidade.

*Olha, hoje nós temos só enfermagem e o médico, os outros profissionais nós perdemos, a gente tenta fazer o máximo que a gente pode mas..., tem carências e a gente trabalha com o que a gente tem, então as vezes o enfermeiro faz papel de psicólogo, de assistente social, faz o papel de farmacêutico, pois a gente tem que ter um farmacêutico também na equipe, então, assim a enfermeira hoje na realidade vem fazendo o papel dos outros profissionais em muitos momentos e nós também. Então agente tenta trabalhar com o que a gente tem da melhor forma possível, e acho que apesar de tudo agente faz ainda tudo muito bem feito (Funcionário 1).*

Na opinião de um profissional, mesmo com os problemas enfrentados pela falta da equipe multidisciplinar, o serviço vem sendo realizado com a equipe presente. Entretanto, pondera que poderia ser melhor desde que a própria instituição ofereça o devido apoio, como por exemplo, na contratação de novos profissionais para compor a equipe multidisciplinar.

*Nós tínhamos uma assistente social, já tivemos uma psicóloga que ajudava muito. Fisioterapeuta já tivemos numa fase bem áurea – vamos dizer assim – que nós tínhamos uma equipe mais completa. Mas com essa equipe que nós temos ainda dá pra funcionar bem e resolver o problema. Eu acho que a gente pode melhorar, mas o problema é que os outros profissionais pra agregar, você tem que ter apoio, apoio da própria instituição e isso envolve recursos financeiros que o próprio centro não gera em termos de parte financeira. Nós trabalhamos mais como pelo ideal nosso, pelo trabalho pessoal nosso do que um apoio externo. Nós funcionamos, assim, nós somos o padrão brasileiro, o “tupiniquim” mesmo. Nós temos o básico que funciona e somos até admirados por outros centros como que a gente consegue fazer de A à Z com muita simplicidade, com coisas tão básicas o que a gente se propõe (Funcionário 2).*

*Não temos mais esta equipe. Eu sinto que a gente precisa de um serviço social atuante, a gente precisa de um psicólogo. Eu sinto que a gente precisa de, não é só a gente, ali é muito médico, e muitas vezes envolve, a*

*gente tá muito envolvido em outras coisas. Muitos pacientes que tem fatores emocionais como gatilho de quadros persistentes sem o acompanhamento psicológico. O serviço social muitas vezes é a gente que faz, de correr atrás de papel, burocracia, parte administrativa, orientação em relação a como ter acesso a medicamento, acaba que quem faz isso tudo é a gente. Eu já peguei um momento com essa equipe com presença de assistente social, psicólogo. Fisioterapeuta eu já acho que foi mais difícil, mas a gente teve logo no comecinho uma fisioterapeuta, mas eu não peguei muito tempo ela, não era aquela coisa também muito fácil de conseguir (Funcionário 3).*

*Sim. Nós tínhamos uma equipe multidisciplinar. Uma psicóloga que a gente tinha no serviço, hoje infelizmente a gente já não tem, ou seja, do nosso serviço mesmo, a gente já não tem o serviço social totalmente integrado a gente. A gente tem uma pessoa que dá apoio, mas não é totalmente integrado ao nosso serviço, a gente tem fisioterapeuta que se dispõem a atender os nossos pacientes, mesmo que não esteja também integrado ao nosso serviço. E infelizmente psicólogo a gente não tem (Funcionário 4).*

Em conclusão, os profissionais entrevistados afirmaram que no CreAs já existiu uma equipe multidisciplinar, hoje existe uma equipe de médicos, enfermeira e técnicos de enfermagem e de espirometria que trabalham de forma coesa na tentativa e suprir a necessidade da equipe multidisciplinar. Em relação aos usuários, a maioria não tinha conhecimento se atualmente existe esta equipe completa atuante no serviço.

#### **5.1.6 Educação em Asma**

A educação em asma é importante para o reconhecimento da doença, dos períodos de crise e formas de tratamento, evitando riscos futuros, sendo considerada o pilar para o manejo da asma e tem sido preconizada por diretrizes nacionais e internacionais (COELHO *et al.*, 2018). Recomenda-se a educação em asma para adultos e crianças, pois contribui para o alcance do controle da doença. Estima-se que, para cada vinte pessoas que seguem alguma orientação e/ou participam de reuniões, uma deixa de se hospitalizar e oito deixam de ir aos atendimentos de urgência e internações por exacerbações (GINA, 2016).

Durante as entrevistas evidenciamos que todos os usuários tinham conhecimento de que o CreAs promove educação em asma. Muitos achavam que as reuniões educativas eram importantes pois ajudavam compreender melhor sobre a sua doença e o controle dela. Entretanto, somente uma minoria participava das reuniões, visto que muitos não podiam comparecer devido à falta de tempo, de condições financeiras para custear seu deslocamento ou mesmo por desinteresse.

*Sim. Na Emescam, fui muitas vezes lá na reunião da ABRA à noite. Na época do sábado eu também fui umas vezes. Eu peguei mais à noite. Eu gostava. Me ajudava muito. Eles ensinavam muita coisa pra gente. Nem sei se está acontecendo mais não. Mas eles ensinavam muita coisa. Olha, coisa que eles ensinavam lá pra gente fazer em casa era até melhor pra gente mesmo. Porque a gente tem que cuidar da casa. muita coisa a gente pode ter e não pode ter dentro de casa. Então, ajuda bastante. Eu gostava de lá. Eu parei de ir porque como passou pro sábado eu fui duas vezes só, porque no sábado pra mim já ficava mais difícil. No dia a dia da gente é correria. Final de semana mais o meu, é correria. Mas quando era à noite eu ia (Usuário 11).*

*Sim. Eu participo. Sou até do coral. Particpei da ABRA também. Adoro as reuniões. Acho importante porque no meu caso, no caso de muitas pessoas, sou em casa e o marido, a gente tem muito dialogo, mas chega uma hora que a gente não tem mais assunto. E eu não sou de sair de dentro de casa, eu sou da cozinha pra um barzinho que tenho e acabou. Quando eu venho, quando eu chego aqui parece que estou com uma família enorme. Cada uma conta uma coisa, cada um conta sua experiência. Tem uma senhora que toca o berrante, é muito divertido, eu não perco. Meu marido não perde uma reunião, vem comigo. Toda vez que eu venho ele vem. Ele fala “eu vou pra agradecer, primeiro a Deus e esses anjos que tem aqui”. Que ele já sofreu muito comigo (Usuário 2).*

*Sim. Nunca participei. Eu sou sincera a falar, porque de primeiro a gente paga passagem. Como eu não tinha dinheiro pra passagem, eu não vinha. Mas agora com eu tenho a carteira, eu passo com a identidade por causa da minha idade, aí nesse projeto agora eu posso até participar, mas antes não podia (Usuário 4).*

Uma paciente relata que as reuniões educativas deveriam ser realizadas no próprio CreAs durante o momento de espera dos pacientes para suas consultas, pois assim não seria necessário ter que se deslocar em outros dias para participar somente deste tipo de atividade.

*Sim, mas eu nunca vim. Minto, teve uma aqui na salinha que ela chegou e deu orientação pra gente. Mas também foi só... foi muito no início essas coisas, hoje não se tem mais aqui direto. Porque tinha fora, tinha a dança, tinha o canto, acho que era o canto, não era a dança... Então, eu nunca participei porque tem que deslocar, é trabalho, essas coisas... Então eu gostava quando a gente estava na sala aguardando e chegava a pessoa pra poder esclarecer, entendeu?! Então isso adiantava muito o nosso lado, adiantava mesmo! Então aí você esta aguardando e você vai prestar atenção. Agora, você chegar em casa: “tal dia esta marcado pra uma orientação”... ninguém vai querer ir, ninguém quer sair, entendeu?! , eu falo por mim, a minha correria de casa o dia inteiro, é filho, é casa, trabalho, é marido... sua vida pessoal lá fora. Então, assim, eu não venho, eu nunca vim. Mas quando tinha aqui, eu lembro que era aquela salinha que você me atendeu, que era do teste alérgico, era feito ali, a gente aguardava ali dentro. Muitos anos atrás... Tinha um TV pra gente aguardar. Hoje não temos mais nada, mais nada. A Santa Casa não tem mais nada pra oferecer a paciente, assim, sabe (Usuário 5).*

Segundo os profissionais, o CreAs promove educação em asma, mas ao longo dos anos este tipo de atividade tornou-se menos frequente. As reuniões educativas foram realizadas mensalmente no período compreendido entre 2000 até 2014, na EMESCAM, pela Associação Brasileira de Asmáticos (ABRA) de Vitória. Um dos incentivos para o comparecimento dos pacientes às reuniões era a dispensação de amostras gratuitas de medicamentos para o tratamento dos mesmos. Como posteriormente os pacientes começaram a ter acesso gratuito e integral ao tratamento, a maioria passou a não frequentar mais às reuniões.

Isto levou a equipe de profissionais a mais uma tentativa de atrair os pacientes para as reuniões educativas, ou seja, as reuniões foram transferidas para o HSCMV e algumas vagas para consultas de primeira vez eram disponibilizadas para os pacientes que fossem às reuniões e assim iniciavam seu tratamento já com uma visão educativa sobre sua doença.

Porém, ao longo do tempo, não se conseguiu mais ofertar estas vagas devido a grande demanda do serviço e conseqüentemente, estas reuniões deixaram de ser realizadas e deram lugar a um outro tipo de trabalho que atualmente vem sendo realizado quinzenalmente, que é o coral Voices em Superação, que funciona como uma terapia na asma.

Um profissional expressou em seu depoimento que muitos asmáticos parecem não ter interesse neste tipo de atividade pois se comportam como se já soubessem tudo sobre a sua doença. Na opinião desta funcionária, muitos pacientes não têm a percepção da importância deste tipo de trabalho.

*Atualmente o que vem funcionando ainda da parte educativa é o coral de pacientes asmáticos, que funciona a cada 15 dias na Santa Casa. As reuniões mensais que agente fazia, atualmente não estão acontecendo. Nós paramos, fizemos esta reunião de 2000 até cerca de 2014 e depois passamos a fazer na Santa Casa, mas aí a medida que os pacientes começaram a ter acesso aos medicamentos, eles pararam de ir nas reuniões, pois eles iam muito para pegar amostras de medicamentos, então nós levamos a reunião para a Santa e aí em troca nós oferecíamos consultas de primeira vez, então, depois as agendas estavam muito cheias e nós não conseguíamos mais absorver pacientes de primeira vez, então nós acabamos com as reuniões educativas mensais. Porque tem que ter um atrativo, o paciente não vai se for só para ouvir uma palestra e aí você se mobiliza, tem um trabalho enorme para fazer e chega lá na hora tem três, quatro pessoas. Eu acho que os doentes de asma, muitas vezes agem*

*como se ele já soubesse tudo e como se o conhecimento que fosse passado para ele ali, não fizesse diferença, parece que eles não tem esta percepção de que é importante, eu acho que talvez envolvê-los de uma forma diferente (Funcionário 1).*

Segundo Cidade *et al.* (2014), os usuários não reconhecem que a educação em asma é sempre bem-vinda, por auxiliar na compreensão do conteúdo proposto para a tomada de decisão, favorecer a aquisição de comportamentos saudáveis, melhorar na motivação para aprender e, conseqüentemente, atingir e manter o controle da doença, diminuindo a sobrecarga causada pela mesma, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. Corroboramos com ele na medida que percebemos que os nossos pacientes também não demonstraram esta percepção.

Outro profissional que participa ativamente do Coral Voices em Superação, acredita que este trabalho que vem sendo realizado no CreAs tem como objetivo tornar o asmático mais unido à equipe de profissionais e mesmo entre eles, além de mostrar que o tratamento da asma não envolve somente o uso de medicamentos, mas que é necessário englobar os aspectos psíquicos e sociais do paciente.

*Já tivemos no início dos dez primeiros anos nós tínhamos reuniões educativas que tinham uma frequência muito boa. Com o tempo, essas reuniões foram reduzidas de frequência, talvez pelo paciente que é crônico, frequentador assíduo e ele fica dez, quinze anos conosco, chegou um tempo que a gente parou com essas reuniões educativas mensalmente. Mas fazíamos reuniões relacionadas a parte social do asmático que a gente acha muito importante; a parte psicossomática, a parte psicossocial. É o lado emocional e o lado social. Então nós temos um encontro a cada quinze dias que a gente se reúne aqui mesmo, inicialmente a agente se reunia na Emescam, e agora, de uns dois anos pra cá, nós estamos nos reunindo aqui no ambulatório da dermatologia, com o objetivo de fazer com o que o asmático se aproxime mais da equipe, se aproximem mais entre si, se conheçam e se socializem, com o objetivo de eles verem que tratar asma não é só tomar medicamento, a parte social, a parte psíquica dele tem que ser trabalhada. Então é um encontro que a gente faz que tem um momento de lazer, quando fazemos o café da manhã, depois nós fazemos um momento musical, que achamos que a música tem uma função de terapia na asma em relação com a parte psíquica. Já estamos há cinco anos com esse grupo e funciona, os pacientes participam assiduamente. É um grupo pequeno, mas é um grupo constante, e eles fazem questão de participar, porque eles sentem que ali eles têm uma oportunidade de primeiro: superar sua doença, achar que ele pode se superar no canto, eles se interagir entre eles e interagir até com a própria equipe. Então é uma coisa que funciona bem e que a gente não tem que parar. Há momentos, também, nas reuniões que a gente aproveita pra fazer trabalho educativo, que a gente aproveita pra falar alguma coisa sobre asma. É porque eles absorveram o aprendizado E outra coisa, na própria equipe a gente tem um trabalho educativo, a gente ensina técnica inalatória, existe, em relação ao ambiente, a enfermeira que faz parte da equipe, ela trabalha esse lado. A técnica*

*inalatória é sempre revista, sempre orientada. Então o nosso paciente já é educado a longo prazo. Então não há necessidade de ficar fazendo – como eu posso dizer – reciclagem. É porque durante todo o atendimento dele durante um ano, já é tratado esse lado educativo, entendeu?! A gente aproveita desse momento em que tem essa reunião social, a gente também aproveita e faz uma reunião da parte educativa. Não é com muita frequência como era antes, mas a gente faz. o dia nacional da asma que é no inverno, em junho, a gente sempre faz alguma coisa da parte educativa. Dia mundial da asma. E o nosso paciente é um paciente que ele é crônico e ele já é muito bem orientado sobre sua doença. E também nas consultas, a gente também faz essa abordagem (Funcionário 2).*

Traçando novamente um perfil comparativo entre os entrevistados, constatamos que houve concordância de que o CreAs promove reuniões educativas periodicamente, porém atualmente estas reuniões são para uma minoria de pacientes que atualmente participam do Coral. A maioria dos usuários entrevistados acredita que estas atividades educativas são importantes, entretanto, percebemos que muitos não participam deste tipo de atividade.

Conforme orientam os Consensos no Manejo da Asma, na abordagem do asmático além da terapêutica medicamentosa, a educação do paciente é parte fundamental do tratamento da asma e deve integrar todas as fases do atendimento ambulatorial e hospitalar. Deve-se levar em conta aspectos culturais e abranger aspectos de conhecimento da doença, incluindo medidas para reduzir a exposição aos fatores desencadeantes, e adoção de plano de ação escrito baseado na identificação precoce dos sintomas para controle das exacerbações (BRASIL, 2018).

### **5.1.7 Centro de referência**

Uma das metas propostas pelo Programa de Controle da Asma (CreAs) era ser referência no atendimento de pacientes portadores de asma.

Nesta pesquisa, todos os usuários consideraram o ambulatório de asma da SCMV um Centro de Referência em Asma. Isso pode ser evidenciado no relato da grande maioria dos entrevistados que afirmaram ter esta percepção baseada na capacidade da equipe atuante no serviço.

*Sim. Porque eu acho assim, depois que eu comecei a fazer tratamento aqui, não fazia em lugar nenhum na verdade, mas depois que comecei a fazer esses anos todos que eu estou aqui, e sempre estou vindo, de três em três*

*meses eu venho. Então eu estou vendo a diferença, porque mudou muito minha vida depois que eu comecei a fazer aqui o tratamento. Estou tomando o remédio direitinho. Mudou muito. Ah acho que... Não sei nem o que vou responder. É um lugar bom. Acho assim, que muitas pessoas procuram aqui, a Santa Casa, é um ponto de referência muito bom. Porque o tratamento das pessoas, dos médicos, as possibilidades que a gente tem... Tem a equipe que esta capacitada pro serviço, tem estrutura de exames, de tratamento (Usuário 11).*

Sim. Por que aqui você tem uma equipe preparada, que está capacitada para este tipo de atendimento (Usuário 5).

*Sim. Porque se cair num médico, não especialista, ele não tem conhecimento. Ele tem o conhecimento generalizado. Aqui é especialista. Mais aprofundado, exatamente. Você vai no posto, o clínico lá atende de tudo, dor de barriga, dor de cabeça, dor no pé, atende tudo. Então não tem como ele ir, tem que encaminhar pra um especialista. Então aqui é o lugar certo (Usuário 7).*

Entretanto, um paciente, apesar de ter afirmado que considerava o serviço um Centro de Referência em Asma, questionou o fato do CreAs não atender o paciente no momento da crise. Na concepção dela, um local considerado referência no atendimento de asmáticos deveria prestar atendimento aos pacientes que chegam em crise de asma.

Porém, diante deste questionamento, foi explicado que o objetivo do CreAs era tratar e educar os pacientes para prevenir que os mesmos apresentassem em crises, ou seja, que um tratamento preventivo bem realizado, pode tornar o paciente clinicamente controlado e portanto sem exacerbações. Além disso, não teríamos a disponibilidade de ter uma equipe de plantão e nem uma estrutura física adequada para prestar este tipo de atendimento, já que isto envolveria outros níveis de complexidade no serviço.

*Ah, nem sei o que eu falo pra senhora. Porque aqui é só consulta, né?! Você vem consulta e vai embora. Se você passar mal amanhã?! Você vai aonde? Pronto Socorro? Porque não tem como você vir aqui. Cadê o médico? Mas acho que sim, porque a gente vem, é bem atendido, fica bom, a gente vem e consegue tudo, tá bom, né?! Graças a Deus! (Usuário 1).*

Com relação à opinião dos profissionais, todos consideraram o serviço como um centro de referência no atendimento de asmáticos. A justificativa é que no CreAs o paciente é bem atendido e acompanhado por toda a equipe, os médicos atuantes são especialistas capacitados para o atendimento ao asmático e há garantida de acesso ao tratamento.

Um profissional afirma que até o presente momento, não existe em nossa cidade nenhum serviço que desenvolva um trabalho em equipe tão diferenciado no tratamento da asma.

*Sim. Porque eu acho que o tipo de atendimento que agente presta ali não tem em nenhum outro lugar que faça isso, a qualidade do atendimento prestado apesar de tudo, é muito boa. O paciente é bem visto, ele é bem atendido, ele tem acesso aos profissionais, ele tem garantia de acesso ao tratamento, o paciente é bem acompanhado, nós somos referência mesmo (Funcionário 1).*

Houve relato por parte de um profissional que já exerceu sua especialidade em outro ambulatório não específico apenas para o atendimento da asma, onde as consultas eram realizadas de maneira rápida e não existia outros profissionais para compartilhar discussões ou experiências. Já o CreAs tem uma estrutura diferenciada pois o atendimento é direcionado para a asma, existe um tempo maior de duração das consultas, uma equipe de profissionais envolvendo especialidades afins como alergia e pneumologia, além de enfermeira para realização de pré consulta, e isso é um diferencial dos outros serviços.

*Sim. Considero porque antes de vir pra cá, eu trabalhava em ambulatório atendendo pneumologia e eu atendia pacientes asmáticos, mas eu atendia num tempo muito curto, atendimento sem qualidade, não era uma coisa focada na asma e aqui eu tenho tempo pra atender um paciente em meia hora, porque aqui é um centro de referência de asma e de asma grave, então... Aqui realmente eu faço uma medicina, aquilo que realmente eu queria fazer. Aqui... primeiramente que você trabalha em equipe, né?! Segundo que existe uma padronização no atendimento com fluxograma, com atendimento da enfermagem, com um acolhimento dos funcionários, atendimento do profissional, e esse fluxograma é que faz a diferença. Esse trabalho em equipe, multidisciplinar e multiprofissional é que faz a diferença aqui no centro, e que foca só uma doença e nessa doença foca a parte mais grave da doença que é asma grave, a asma refratária de difícil controle (Funcionário 2).*

*Em comparação ao que a gente vê no estado, em nível de atendimento para doença crônica, sim. Por causa do empenho da equipe. A equipe se mostra muito empenhada em tratar, em cuidar, em atender pra dar orientação, pra trabalhar junto em equipe. Então, eu considero o nosso centro um centro de referência, sim (Funcionário 4).*

Portanto, constatamos que usuários e profissionais afirmaram que o CreAs é considerado um Centro de Referência em asma.

Entende-se por Centro de referência, qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas (DRE, acesso em 19 set. 2018).

Neste aspecto, na avaliação desta categoria, o CreAs pode ser considerado um Centro de referência pois ele presta um serviço de qualidade ao paciente asmático, disponibiliza uma equipe de profissionais tecnicamente capacitados para atender este tipo de doença, e além disso, apesar de não ter sido citado pelos entrevistados, o centro também desenvolve trabalhos de pesquisa clínica na área de asma.

#### **5.1.8 Mudanças e Sugestões para o serviço**

Nesta última categoria analisada tanto por usuários quanto por profissionais, a opinião de quase todos os usuários entrevistados foi unânime, ou seja, a marcação não está eficiente e necessita ser modificada para garantir o acesso dos pacientes às consultas. Muitos sugeriram que o agendamento das consultas deveria ser realizado no próprio ambulatório, no dia do atendimento, para que os mesmos não mais necessitassem perder horas tentando agendamento por telefone e ainda assim não conseguir marcar a consulta.

*Na marcação de consultas. Eu sugiro que o próprio médico deveria marcar aqui as consultas (Usuário 9).*

*Marcação de consultas. Acho que tinha que ser, igual quando eu comecei, tinha que ser assim, um asmático, que tem problema de asma, esperar pro posto marcar pra cá ou pra outro lugar é muito demorado. Então eu acho que seria melhor assim, igual antigamente que as pessoas chegavam, traziam o encaminhamento do médico, marcava aqui, já consultava, já começava a fazer o tratamento e ia remarcando aqui (Usuário 11).*

*Na marcação de consultas. Sugiro para melhorar, mudar a marcação, um bebedouro na recepção e um banheiro mais próximo (Usuário 4).*

*O que eu tinha vontade era a gente já sair e já deixar pré agendado. Sugiro os exames ser direto na Santa Casa, pra gente era muito bom. Porque nós*

*já somos pacientes do hospital, por que a gente vai via posto novamente? Começando tudo do zero praticamente, entendeu?! (Usuário 5).*

Uma paciente sugeriu para que além das consultas, a marcação dos exames também fosse realizada no próprio setor com objetivo de facilitar o acesso para todos, mas principalmente para aqueles que residem no interior e que necessitam fazer uma viagem só para o agendamento e outra para realizar o exame.

*Muita coisa. Porque você quer ligar pra marcar, é difícil. Você quer vir aqui pra fazer alguma coisa não tem como. Agora, os exames não são mais aqui. Como é que fica pra gente que mora... eu moro no interior, no município de Viana, é muito difícil. O acesso fica ruim. Muito difícil. Eu penso que as coisas podiam ser tudo aqui, fazer tudo aqui. Você vem aqui, marca, vai ali e marca (Usuário 1).*

Outras sugeriram que o tempo de espera para as consultas também deveria ser melhorado. As consultas deveriam ser marcadas de hora em hora, para evitar o longo tempo de espera, pois todos os pacientes chegam no setor às 7:00h e são chamados por ordem de chegada, ou seja, muitos pacientes necessitam ficar aguardando os atendimentos as vezes por muitas horas.

*Eu estava conversando com os colegas ali fora e falei: "por que eles não fazem, por exemplo, em vez de você chagar 7hs, não chega 8hs, 9hs?". A gente chega 7hs pra ser consultado meio-dia. Acho também que a gente sair e já deixar agendado era melhor (Usuário 6).*

*Marcação de consulta e demora na consulta. Igual, eu cheguei aqui 6:30h, não sei que horas eu vou sair daqui. Só essa questão que demora um pouquinho. Acho que tem que marcar aqui no local (Usuário 12).*

Entretanto, uma paciente, não teve queixas da marcação de consultas pois recentemente sua médica passou a fazer seu agendamento no próprio ambulatório. Mas esta paciente sugeriu que a limpeza deste setor deveria ser melhorada, a sala de espera deveria ser mais ventilada e com mais cadeiras para melhor acomodação dos usuários, e também sugeriu ter um banheiro mais próximo a recepção.

*Hoje não reclamo mais da marcação. Mas na limpeza e na sala de espera sim. Sugiro limpar melhor, colocar mais ventilador, cadeiras e um banheiro próximo (Usuário 10).*

Somente uma paciente considerou o serviço muito bom e não sugeriu nenhuma mudança. Porém, ela não levou em consideração que já ficou sem agendamento e na dependência de conseguir encaixe para ser atendida.

*Não. Nada ruim, não. Tudo bom, graças a Deus! Um dia eu cheguei aqui pra consultar e pegar receita e fazer aqui esse negócio que eu faço. Aí ela falou assim, a moça: “ah, mas não vai dar, porque a senhora não marcou. Mas a senhora espera um pouquinho aqui, que se faltar uma pessoa, a gente te encaixa...”. Mas Deus abençoou tanto que aquela pessoa faltou aí me botou no lugar. Não posso me queixar de nada! Toda vez que eu estou marcada no horário certinho, a gente vem e consulta. Muito bom! Não tenho sugestões para mudanças (Usuário 14).*

De acordo com os profissionais, além da mudança no agendamento das consultas, outras sugestões foram dadas para a melhoria do serviço tais como: estabelecer um fluxo de agendamento interno para conseguir atendimento com outros especialidades afins; contratação de novos médicos para atender a demanda crescente; e de outros profissionais como assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e psicólogo para compor novamente a equipe multidisciplinar; investimento tecnológico para que o centro também avance na área da pesquisa clínica; ter um espaço físico maior e exclusivo para o programa; e por último, melhorar o acesso aos exames.

*A gente precisaria de mais pessoal, primeira coisa, de mais médicos, psicólogo, assistente social, melhorar a estrutura física, mudar o agendamento, a forma de agendamento, eu acho que o paciente tem que sair com o retorno dele marcado e teria que ter a contra referência com o município de origem, para só ficar com agente, quem é grave mesmo. Pois o objetivo é que quem é mais grave que fique no hospital. Acho que na Santa Casa a gente precisaria ter um fluxo de agendamento interno, precisaria conseguir agendar meu paciente para gastro, otorrino e isso não tem. Tudo que foi falado agora, mas não depende de mim, tudo esbarra na Santa Casa, na direção e é complicado, o estado poderia assumir mais a gente e assim eu acho que talvez mudasse mais (Funcionário 1).*

*Acho que poderíamos ter mais parceiros. Parceiros que pudessem fazer com que nós melhorássemos nosso atendimento, que colocassem mais profissionais para cobrir o aumento da demanda e investir também um pouco de tecnologia pra que o centro seja um centro mais avançado na área da pesquisa, porque o que falta pra nós é investir mais na área da pesquisa, porque há necessidade, é uma carência até a nível nacional. Outra coisa seria, a gente ter um espaço maior, porque nosso espaço é dividido, não é só nosso e ele se tornou pequeno e a gente precisa crescer e a gente está limitado. E termos apoio de outras instituições, apoio até do próprio governo de reconhecer o nosso trabalho. E, no caso aumentar o número de pessoas na equipe para que o serviço possa ampliar, seria o caso de trazer mais profissionais concursados pelo estado para trabalhar. Um profissional que seria importante seria o farmacêutico, já que nós somos referência pra aplicar uma medicação de alto custo que é o omalizumabe. Nós temos um grande número de pacientes na área de asma moderada e grave, se tivesse um farmacêutico trabalhando com a gente, contratado pelo estado, porque nós somos referência para o estado, eu acho que iria dinamizar mais o serviço, a qualidade iria melhorar, os pacientes poderiam pegar o medicamento aqui mesmo, iria desafogar a rede pública lá, as Farmácias Cidadãs... É uma coisa a se pensar. Então a forma de o governo dar um apoio seria com um farmacêutico, um psicólogo do próprio governo,*

*uma assistente social que a gente não tem mais agora. Se o governo como terapia monoclonal e como somos referência, estamos sendo muito procurados por esses novos tratamentos alternativos pra asma que são de alto custo e que exige uma seleção desse paciente, existe um profissional especializado e requer muito tempo pra selecionar esse paciente. Então a tendência nossa é a gente cada vez mais se tornar referência pra asma mais grave e a gente precisar de apoio (Funcionário 2).*

*Eu acho que a gente poderia melhorar na organização do agendamento, na distribuição das vagas, talvez o paciente grave ser agendado diretamente já com um encaminhamento bem especificado, com um laudo bem definido pelo médico que está encaminhando para que esses pacientes fossem selecionados, aquele paciente que tem um quadro grave que precisa de um especialista, entendeu?! Pra que? Pra que a gente possa tratá-los. A gente está ali pra isso, e muitas vezes ele não tem nem acesso, ele nem chega ali, porque muitas vezes a gente ocupa as vagas de forma aleatória, é uma pessoa que trabalha numa unidade de saúde, que vai lá e ocupa a vaga da forma que ela achar necessário. Então eu acho que deveria mudar a forma de agendamento e a facilidade aos exames laboratoriais, eu acho que isso a gente tem que mudar, não vai dar para continuar assim (Funcionário 3).*

*Acesso as consultas, ou seja, a marcação, melhorar esse acesso a marcação e uma estrutura física maior, mais dividida. Criar mais consultórios e mais médicos disponíveis, mas não sei como fazer (Funcionário 7).*

Estabelecendo uma síntese desta categoria, fica evidente que usuários e profissionais estão de acordo com a necessidade de melhorar a marcação de consultas, pois neste aspecto, esta meta proposta pelo CreAs, não está sendo cumprida e isso representa a principal dificuldade enfrentada pelos usuários do CreAs.

Porém, os profissionais destacaram outros aspectos considerados importantes para um serviço de qualidade. Dentre estes, ter uma equipe médica maior para atender a demanda crescente, multidisciplinar, com um espaço físico maior e voltado exclusivamente para o tratamento da asma, garantir a disponibilidade de exames dentro do hospital, além de outros recursos tecnológicos que permitam um crescimento na área de pesquisa em asma.

## 5.2 CATEGORIAS AVALIADAS EXCLUSIVAMENTE PELOS USUÁRIOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASMA (CREAS) DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

### 5.2.1 Idas à emergências e internações

A avaliação da resposta ao tratamento instituído pode ser realizada através da demonstração da redução do número de crises, das idas a serviços de emergência, das internações hospitalares, da melhora da função pulmonar verificada através da espirometria, dentre outros (GINA, 2016).

Nesta categoria avaliada todos os pacientes relataram que tiveram melhora clínica evidenciada através da redução de idas a serviços de emergência, e nas internações hospitalares, após acompanhamento no CreAs.

Os depoimentos foram muito comoventes, alguns pacientes se emocionavam e até choravam ao lembrarem de quanto já haviam sofrido devido ao descontrole de sua doença, demonstrado pelas inúmeras noites em serviços de urgência, internações, a angústia de despertar de madrugada devido a dispnéia (falta de ar) intensa, as limitações impostas pela doença e até mesmo a sensação da proximidade com a morte.

*A asma antes de eu começar a tratar era bem ruim. Eu ia ao PS e era nebulizador 24h. Internava e tudo. Teve um tempo que eu não podia descer na rua, porque chegava cansada e já tinha que ir direto pro nebulizador. Depois do tratamento, ah..meu Deus, melhorou bastante. Não tenho mais crise e não interno. Antes de eu começar a tratar com ele eu internava. Ficava ruim, eu não podia nem andar. Começava assim, uma dor nas costas, aí meu marido punha eu no carro e vazava. Depois que eu comecei o tratamento com ele foi maneirando, maneirando ..Não internei mais depois (Usuário 15).*

*Não, depois do tratamento eu melhorei 100%. Hoje eu tenho qualidade de vida. Não vou mais na emergência, eu não entro mais na emergência. Eu as vezes fico gripada, eu fico com falta de ar, mas nada que me leve a emergência com crise forte como eu já fui entubada, já tive 4 paradas cardiorespiratória, por conta da asma. Eu já fui pra pedra, eu digo pedra de morte, que me botaram aí, dizendo que eu realmente já estava morta (Usuário 10).*

*Eu internava muito antes, já estive a beira da morte várias vezes, com muitas idas a Pronto Socorro, a serviços de emergência, tratamento de oxigênio e tudo também. E aí depois que comecei a tratar aqui não internei mais e não tive mais crises (Usuário 2).*

É importante ressaltar que o adequado manejo da asma é uma das principais causas da redução na demanda em salas de emergência e em internações. Embora a asma não possa ser curada, uma adequada gestão e educação em asma pode

controlar a doença e contribuir com a promoção em saúde e melhora na qualidade de vida. Nesse sentido, atingir e manter o controle da asma podem ser compreendidos como o objetivo principal do tratamento da doença. O controle da asma se refere à intensidade com que suas manifestações estão reduzidas, de modo espontâneo ou pelo tratamento, e envolve dois domínios: o controle das limitações clínicas ou sintomas e a prevenção dos riscos futuros (CHATKIN *et al.*, 2000; DIRETRIZES, 2012).

### **5.2.2 Satisfação quanto ao atendimento**

A satisfação do paciente ou do usuário pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde. Existem vários modelos para realizar esta medida, mas todos têm como características comuns as percepções do paciente sobre suas expectativas, valores e desejos (SISSON *et al.*, 2011).

A satisfação dos usuários dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, representa uma preocupação no mundo todo. Fazer avaliação da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde é importante para que se conheçam melhor as falhas e os pontos positivos de cada serviço, de modo a obter subsídios para a melhoria dos serviços e para o melhor planejamento das políticas públicas voltadas ao setor da saúde (SILVA JUNIOR; DIAS, 2016).

Assim, uma das categorias envolvidas na avaliação deste Programa de Controle de Asma foi a satisfação dos usuários. Quando questionados se estavam satisfeitos com o serviço prestado no CreAs, todos os usuários disseram que sim e elogiaram muito a equipe de médicos, enfermeira e técnicas de enfermagem envolvidos no atendimento.

*Estou satisfeita! Essas enfermeiras aqui são muito boas, não tenho que se queixar delas, não. Elas tratam a gente muito bem (Usuário 13).*

*Ah eu estou. Como já falei, são pessoas maravilhosas, eu nunca encontrei médicos igual vocês, vou falar a verdade (Usuário 3).*

Um paciente disse estar satisfeito com o atendimento prestado, elogiando os profissionais como equipe acolhedora, interessada no paciente e focada na melhora da qualidade de vida do asmático. Porém mostrou-se insatisfeita com a estrutura física relatando que o espaço físico estava pequeno; evidenciou também a ausência de banheiro no setor; a falta de ventilação adequada pois acha que o ventilador da sala de espera não comporta a quantidade de pessoas presentes; assim como a falta de cadeiras para a acomodação destes indivíduos e também achou que a higienização não estava adequada.

*Sim, mas a estrutura já esteve bem melhor entendeu? A equipe é excelente, excelente mesmo, ela trata, ela acolhe, ela acompanha o paciente, acompanha de perto, tem interesse, entendeu, com o paciente, tem interesse que aquela paciente melhore que chegue numa qualidade de vida, quando o paciente chega aqui chega bem derrubado, bem sem esperança, vem assim, fragilizado emocionalmente, e os médicos da equipe dá esse suporte. Como eu conversei com minha doutora e disse: é já viramos uma família. A quanto tempo que eu estou com a Senhora. E as pessoas da minha família ou as pessoas que me conhecem, sabem que eu trato de asma e acompanho com a Dra..., então quando vê ela dando uma reportagem, as pessoas dizem: ó é a Dra da H..., mesmo as pessoas lá do rio falam, nossa você continua com a Dra..., e digo eu continuo e vou continuar até eu morrer ou se ela mandar parar por não precisar mais. E todo mundo vê a minha melhora e me elogiam ande eu estou, vem como eu cheguei aqui e como eu estou hoje. Mas, olha eu tô achando aqui as coisas meio sem ordem, olha, (apontou para mesa com computador e impressora grande e a sala pequena). Eu acho que era mais colhedor, as vezes eu chego aqui em uma porta que não fecha, tem um ventilador que não comporta, banheiro. A sala de espera está bem tumultuada. As pessoas tão ficando em pé, são poucos os lugares, exatamente isso, mudou as cadeirinhas, saiu alguma que já estavam danificadas, quebradas, entrou mais umas, mas não tem quantidade, nem tem mais espaço para isso, ah e a higienização também. O chão, lavatório está meio sujo (Usuário 10).*

Outros pacientes também confirmaram sua satisfação quanto ao atendimento prestado, mas não deixaram de expressar sua insatisfação com relação a dificuldade do acesso às consultas. Somente um paciente referiu em seu depoimento a demora na espera para ser atendido.

*Sim. Com o atendimento interno aqui, sim. Não posso me queixar, não. A única coisa que eu reclamo é das marcações. O que eu tinha vontade era a gente já sair e já deixar pré agendado (Usuário 5).*

*Sim. Eu acho, assim, pra mim o problema é só a demora pra ser atendida e nas marcações, fora disso... o meu médico ele ouve. Quando a gente vai pra consultar, ele consulta mesmo. Não é olhou pro papel e deu a receita, não. Ele procura saber o meu bem-estar, como eu estou sentindo, como que está o efeito do medicamento. Eu acho que ele se preocupa muito com os pacientes, entendeu... E ele tem me ajudado muito (Usuário 12).*

É importante ressaltar que um dos aspectos fundamentais da qualidade de um serviço refere-se à satisfação de seu usuário. A percepção deste interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e na conseqüente horizontalidade do cuidado, e terá reflexos na capacidade da equipe para coordenar o cuidado (SAVASSI, 2010). Ainda conforme Savassi (2010), quatro fatores principais podem determinar a satisfação: características dos pacientes (sociodemográficas, expectativas, estados de saúde); características dos profissionais (personalidade, qualidade técnica e perfil); aspectos da relação médico-paciente; fatores estruturais e ambientais. Todos eles podem ser agrupados em fatores relativos ao serviço e aos seus provedores, e fatores inerentes aos usuários. Tanto profissionais do serviço quanto pesquisadores e gestores almejam a satisfação dos usuários.

Assim, conclui-se que em relação a esta categoria, em geral os usuários estão satisfeitos com o serviço que é prestado no CreAs.

### 5.3 CATEGORIA AVALIADA EXCLUSIVAMENTE PELOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASMA (CREAS) DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

#### 5.3.1 Capacitação profissional

Dentre outras metas propostas pelo CreAs, logo de sua criação, podemos citar a promoção de capacitação de profissionais da atenção básica, visando treiná-los para um adequado atendimento aos asmáticos, principalmente aqueles com a doença de leve gravidade, que representam a maioria dos pacientes e assim reduzir a demanda destes na atenção secundária, a qual deveria estar mais direcionada para os casos de média e alta gravidade que são os que mais necessitam de atendimento especializado.

Na avaliação desta categoria, todos os médicos e a enfermeira do serviço tinham conhecimento de que o centro de referência em asma já promoveu treinamento para a rede básica da SEMUS. As técnicas de enfermagem, de espirometria e a secretária do serviço não sabiam informar.

Uma profissional relatou que já foram realizadas capacitações para a prefeitura de Vitória, mas somente no início do funcionamento do CreAs. Além da prefeitura, vários profissionais da UNIMED Vitória também foram capacitados. Com o passar dos anos, não houve mais interesse por parte da prefeitura em manter as capacitações. E segundo relato, essas só foram realizadas porque a equipe buscou mostrar aos gestores a importância deste trabalho na melhoria da atenção ao asmático.

Em sua opinião, ela acha que seria importante manter este tipo de prestação de serviço para os profissionais da atenção básica, já que a maioria não está capacitada para o atendimento ao paciente portador de asma. Existe um turnover grande dos profissionais de saúde neste setor e portanto, teria que ser um trabalho contínuo para que todos tivessem acesso ao treinamento e assim garantir um atendimento de melhor qualidade.

*Olha, já promovemos, sim, fizemos várias capacitações para a prefeitura de Vitória e alguns anos atrás recebemos alguns enfermeiros da unimed para ver como funcionava e serem treinados pela nossa enfermeira e depois não fizemos mais, as prefeituras não se interessam muito em ter este tipo de treinamento, então você tem treinamento para a saúde básica. E isto seria muito importante pois nós temos muitos pacientes com asma leve que não era nem para ser atendida lá com agente e sim era para eles estarem lá na atenção básica e eles não estão pois a maioria dos médicos da atenção básica não estão capacitados para atender estes pacientes, isso é uma realidade. Quando os pacientes vão lá e trazem a receita, aí que você vê que está errado algumas coisas que fazem. Só que como chegar lá para fazer isso? Pedir novamente ao secretário para fazer? Porque naquela época agente era meio sonhador, então agente ia pedir para fazer e fazia de graça, mas agora com quase 20 anos de serviço, não sei onde buscar motivação para ir lá fazer, é complicado. Mas chegamos a treinar mais de 800 profissionais da prefeitura, médicos, enfermeiros, agente de saúde, farmacêutico, só que este processo tem que ser contínuo, periodicamente (Funcionário 1).*

Além das capacitações realizadas no município de Vitória, o CreAs também promoveu treinamento para médicos de outros estados. Em seu depoimento, um outro profissional acha que apesar de todas as dificuldades enfrentadas, o CreAs é considerado por especialistas de outras cidades como um serviço modelo na assistência à asma. Porém, isso não vem sendo reconhecido por parte da instituição onde funciona o CreAs e até mesmo pelo estado, que não contribuem para a manutenção deste trabalho e nem para melhorias e crescimento do serviço.

*Sim. Houve uma época com uma parceria com a prefeitura e que nós capacitamos alguns profissionais, e não só com rede pública, nós também já fizemos algumas capacitações com outros profissionais de outros estados, porque nós somos vistos como modelo, como te falei, modelo brasileiro, com pouco ainda a gente consegue fazer o necessário. Então muitos profissionais vieram de fora aqui pra conhecer nosso serviço, pra que seja assim, que haja uma multiplicação do nosso modelo, porque sem muita tecnologia, sem muita sofisticação, a gente consegue ter bons resultados. Então a gente pode multiplicar isso pra outros estados, outros centros. Nós estamos no hospital universitário. Aqui no hospital universitário, o próprio aluno que passa por aqui, ele não sabe o valor que nós temos, a importância que isso aqui tem. Eles não conseguem enxergar como isso aqui é importante pra eles, para os próprios alunos, e que somos exemplo para o Brasil. Então há uma falta de um reconhecimento até por culpa nossa, por falta de divulgação. Talvez se agente divulgasse mais, a gente apareceria mais e seria mais valorizado, mas teria um outro ponto, um contraponto aí, se você divulga, aumenta a demanda que já está grande, você não vai ter como absorver. Aí pode ser uma coisa que não seja boa. Porque o nosso foco é aquela asma mais grave que é uma minoria da população. Se a gente começar a divulgar muito, abrir muito, vai vir pacientes que tem uma asma leve, moderada e tirar o foco nosso, por isso que a gente não divulga muito (Funcionário 2).*

O termo capacitação pode ser entendido como o preparo do indivíduo para um adequado desempenho de suas atividades profissionais. Para a efetivação desta ação proposta pelo CreAs, ou seja, a promoção da capacitação de profissionais voltados para o atendimento ao asmático, é importante considerar a intersetorialidade como elemento crucial na integração entre os profissionais de saúde de vários setores. Neste aspecto, faz-se necessário uma inter-relação da atenção primária com a atenção secundária para que o CreAs possa ser realizado de forma mais efetiva.

Em várias áreas considera-se de fundamental importância a promoção de capacitação de funcionários para um melhor desempenho do serviço prestado. Na área da saúde, principalmente dentro do sistema público, existe um rodízio grande de profissionais de vários setores como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros. Isso, dificulta manter um atendimento atualizado e padronizado podendo implicar em prejuízo na conduta adotada ao usuário do serviço de saúde.

Além disso, é importante destacar que atualmente as condutas médicas são baseadas em protocolos e diretrizes clínicas que constantemente estão sendo

revisados e muitas vezes, profissionais de outras áreas como os da atenção básica, não conseguem manter-se atualizados em todos estes consensos. Daí a necessidade de receberem capacitações periódicas para que possam exercer um trabalho de forma mais consensual, voltado para a medicina baseada em evidência, ou traduzindo mais propriamente, a medicina baseada na prova, que consiste na utilização conscienciosa e explícita da melhor evidência disponível para a tomada de decisão relativa a doentes individuais (ALMEIDA, 2010).

Os serviços prestados pelas instituições de saúde influenciam diretamente na vida dos usuários, pois atualmente existe pouca tolerância para situações de erros e não conformidade na atuação dos profissionais envolvidos. Desta maneira torna-se imprescindível para os serviços ou instituições garantir que seus colaboradores estejam todos sempre atualizados do ponto de vista técnico.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo avaliar o Programa de Controle de Asma da SCMV na perspectiva dos usuários e funcionários. A literatura esclarece sobre a gravidade da asma que, tendo um controle inadequado, sobretudo naqueles considerados como componentes subjetivos do controle, se relacionaram de maneira expressiva com a elevação dos custos psicossociais e econômicos para o sistema de saúde e com a qualidade de vida das pessoas com a doença.

No que se refere às políticas públicas de saúde estabelecidas para o controle da asma no Brasil, observou-se que a perspectiva é obter um tratamento adequado e com qualidade, tendo em vista que existe o financiamento público integral para os programas. Acredita-se que uma maior participação dos gestores e a construção de um plano de capacitação para controle da asma, exercido de maneira contínua de forma a manter atualizada e apta ao tratamento toda equipe, abrangendo o atendimento dos quadros leves nas UBS e dos moderados a grave nos ambulatórios especializados, seria ideal para a efetividade do CreAs.

Os resultados da pesquisa, ao especificar o acesso às consultas, revelou que quase todos os usuários do CreAs consideram que o acesso às consultas não está satisfatório e que precisa ser melhorado, sendo este o maior problema enfrentado pelos pacientes. Os profissionais compartilham desta opinião e afirmam que o sistema de agendamento necessita de melhorias para que o CreAs garanta tal acesso.

Sugeriram que o agendamento das consultas seja realizado no próprio ambulatório, no dia do atendimento, para que não haja perda de tempo ou mesmo da periodicidade das consultas. Lembram que muitos pacientes são do interior o que dificulta ainda mais o acesso, implicando em duas viagens consecutivas.

Quanto ao acesso aos medicamentos, todos os entrevistados afirmaram que o tratamento no CreAs garante a aquisição dos medicamentos para o controle da asma. Isso porque há profissionais especializados, capacitados a preencherem os formulários corretamente, fazendo com que os usuários consigam os medicamentos

no programa estadual de disponibilização, sem nenhum problema em sua documentação, como exigem as farmácias estaduais.

Em relação aos exames complementares, a maior parte dos pacientes afirmou que CreAs garante o acesso a estes exames. Porém, a maioria dos usuários entrevistados efetuou os exames no início do tratamento, período em que os mesmos estavam sendo realizados na SCMV. Este fato provavelmente deve ter contribuído para a maior parte das respostas positivas dos usuários. Já os funcionários consideraram esta categoria insatisfatória, visto que percebem que atualmente a maioria dos exames não está sendo realizados na SCMV.

Ao verificar se o CreAs realiza pesquisa e controle das comorbidades da asma, todos responderam positivamente. Ainda que afirmem uma grande dificuldade no encaminhamento para outras especialidades.

Merece destaque a afirmação unânime por parte dos usuários de que houve redução das crises que levariam aos serviços de emergência e das internações hospitalares por asma, após o início do tratamento no CreAs.

Em relação à participação da equipe multidisciplinar para a atenção integral, a maioria dos usuários entrevistados afirmaram ter conhecimento de que existe uma equipe multidisciplinar; mesmo que muitos não saibam se a equipe atualmente está completa. Já os profissionais ressentem-se da ausência de colegas de outras formações como psicólogo, assistente social, farmacêutico e fisioterapeuta, que certamente contribuiriam para um atendimento integral. Entretanto, afirmam que se desdobram para dar conta das diferentes atribuições.

Na categoria promoção de programa de educação para pacientes e familiares, todos os usuários tinham conhecimento de que o CreAs promove educação em asma; com a sugestão que as reuniões educativas fossem realizadas no próprio CreAs no momento de espera para o atendimento às consultas.

Em relação à capacitação para os profissionais da rede básica do município, todos os médicos e a enfermeira do serviço tem conhecimento de que o centro de

referência em asma já promoveu treinamento; as técnicas de enfermagem, de espirometria e a secretária do serviço não sabiam informar. Nessa categoria, cabe pontuar que do reconhecimento formal das políticas quanto ao papel estratégico das capacitações de profissionais no enfrentamento da asma em crianças e adultos, esse processo ainda é descontínuo, dependente do investimento estadual e não envolve todas as secretarias municipais.

A satisfação dos usuários é uma categoria mais importantes para avaliar o programa em saúde. Todos os usuários afirmaram que estão satisfeitos com o atendimento no CreAs. E este, pode ser considerado um Centro de referência, pois presta um serviço de qualidade, disponibiliza uma equipe de profissionais capacitados para atender pacientes asmáticos e por desenvolver trabalhos de pesquisa clínica na área de asma.

Sugestões foram elencadas para melhor atender aos usuários que buscam por atendimento no CreAs: agendar as consultas de retorno no próprio serviço, estabelecer um fluxo de agendamento interno para o atendimento com outras especialidades afins; contratação de novos médicos para atender a crescente demanda; contratação de outros profissionais como assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e psicólogo para compor a equipe multidisciplinar; investimento em tecnologias para o avançar na área da pesquisa clínica; aumentar o espaço físico e exclusivo para o programa; e melhorar o acesso aos exames.

Os resultados do estudo podem ser úteis para a elaboração de outros trabalhos envolvendo a temática sobre a avaliação de programas, no intuito de aperfeiçoar o desenvolvimento de políticas públicas na área, bem como aprimorar o programa de controle da doença na cidade de Vitória/ES e de outras localidades. Sugere-se que novos estudos neste tema sejam realizados com a abordagem às pessoas com doenças crônicas, em particular em relação àquela que é cada vez mais prevalente e crescente: a asma.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v.28, n.1, p.78-92, 2010.

AMARAL, L. M.; PALMA, P. V.; LEITE, I. C. G. Evolution of public policies and programs for asthma control in Brazil from the perspective of consensus guidelines. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.**, v. 38, n. 4, p.518-25, jul. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000400015>. Acesso em: 17 set. 2017.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.6, pe00213816, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Lei n.8080, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso em: 5 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 4217, 28 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 249, Seção 1, p.72-74, dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asma**: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/asma>. Acesso em: 10 de jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos). Acesso em: 1 out. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.084/GM de 26 de outubro de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_GM\\_N\\_2084.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_GM_N_2084.pdf). Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 204/GM de 27 de janeiro de 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: [bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br). Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1317/GM de 25 de novembro de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: [bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br). Acesso em 17 set. 2018.

BRITO, T. S. *et al.* Mortalidade por asma no Brasil, 1980-2012: uma perspectiva regional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.**, v.44, n.5, p.1-7, 2018.

CARDOSO, T. A. *et al.* Impacto da asma no Brasil: análise longitudinal de dados extraídos de um banco de dados governamental brasileiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.43, n.3, p.163-168, 2017.

CARMO, T. A.; ANDRADE, S. M.; CERCINETO, A. Avaliação de um programa de controle das asma em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.162-72, jan., 2011.

CERCINETO, A. **Asma em Saúde Pública**. São Paulo: Manole; 2007.

CERCINETO, A.; FERREIRA FILHO, O. F.; BUENO, T. E. Exemplos brasileiros de programas de controle de asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.34, n.2, p.103-6, 2008.

COELHO, M. C. R.; ARAÚJO, M. D.; SILVA, V. R.; **Política de Saúde e Assistência no Cotidiano dos Serviços**. Vitória: EMESCAM, 2016.

COELHO, A. C. C. *et al.* Curricular intervention increases adolescents' knowledge about asthma: a randomized trial. **Jornal de Pediatria**, Salvador, v.94, n.3, p.325-34, 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CHATKIN, M. *et al.* Fatores de risco para consultas em pronto-socorro por crianças asmáticas no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Pelotas, v.34, n.5, p.491-8, 2000.

CIDADE, S. F. *et al.* Educação em asma: principais técnicas adotadas em programas de intervenção. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.24, n.3, p.297-306, 2014.

DIRETRIZES da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.32, supl.7, p. S447-S474, 2006.

DIRETRIZES da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) para o manejo da asma-2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.38, supl.1, p.S1-S46, abr. 2012.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, **Ann Arbor**, Michigan, v.1, p.77-125, 1980.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Qual Rev Bull**, v.18, n.11, p.356-60, 1992.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v.114, p.1115-1118, 1990.

DRE - DIÁRIO NACIONAL DE SAÚDE. Portaria nº 194/2014. Conceito, processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde. **Diário da República**, nº 188/2014, Série I de 2014-09-30. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/57695124/details/normal?p\\_p\\_auth....](https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/57695124/details/normal?p_p_auth....) Acesso em: 19 set. 2018.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Decreto nº 1956-R, 31 out. De 2007. Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória, 2007.

FIGUEIRA, M. C. S.; SILVA, W. P.; SILVA, E. M. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literature. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.71, n.3, p.1246-57, 2018.

FIRMIDA, M.; BORGLI, D. Abordagem da exacerbação da asma em pediatria. Artigo de Revisão. **Revista de Pediatria SOPERJ**, Rio de Janeiro, v.17, Supl. I, p.36-44, dez., 2017.

FURTADO, J. P.; SILVA, L. M. V. da. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.12, p. 2643-2655, dez. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GINA - GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Global Strategy Report for Asthma Management and Prevention**. 2016. Disponível em: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/04/GINA-Appendix-2016-final.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2019.

GINA - GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Global Strategy Report for Asthma Management and Prevention**. 2018. Disponível em: <<https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/04/GINA-Appendix-2018-final.pdf>>. Acesso em: 9 de fev., 2019.

GINANOBASIL. Disponível em: [www.ginanobrasil.org.br](http://www.ginanobrasil.org.br). Acesso em: 15 set. 2016.

GLAZIER, J. D.; POWELL, R. R. **Qualitative research in information management**. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 1992.

GOMIDE, M.F.S. *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.22, n.65, p.387-98, 2018.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Acessibilidade e demanda em uma unidade de pronto atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n. esp 2, p.19-25, 2012.

LEAL, L. F. *et al.* Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.10, 2018.

LEAL, R. C. A. C. *et al.* Modelo assistencial para pacientes com asma na atenção primária. Artigo de Revisão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.57, n.6, p.697-701, 2011.

MACHADO, A. S. Asma: um breve histórico de uma doença negligenciada no Brasil. **Revista Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.15, n.2, p. 137-138, maio/ago. 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS M. E. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MATTA, S. R. *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.3, e00073817, 2018.

OLIVEIRA, N. F.; GONÇALVES M. J. F. Avaliação da Efetividade de Programas de Saúde: Revisão Sistemática. **Rev.Saúde.Com.** v.6, n 1, p. 65-73, 2010.

OLIVEIRA, M. A. Epidemiologia da asma: é necessário ampliar nossos conceitos. **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**, João Pessoa, v.44, n.5, p.341-42, 2018.

PORTO, C. C.; PORTO A. L. **Semiologia Médica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. **Rev. Ampl.** São Paulo: Atlas, 2010.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA. **Minha História**. Disponível em: <http://www.santacasavitoria.org/minha-historia/>. Acesso em 1 out. 2017.

SANTOS, P. M. *et al.* Preditores da adesão ao tratamento em pacientes com asma grave atendidos em um centro de referência na Bahia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Salvador, v.34, n.12, p.995-1002, 2008.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p.3-5, 2010. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/135/127>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5 n. 1, p. 187-92, 2000.

SERPA, F. S. Programa de Controle de Rinite e Asma da Santa Casa de Misericórdia (Programa CreAs) - Vitória-ES. *In*: CERCI NETO, A. **Asma em Saúde Pública**. São Paulo: Manole, 2007. p. 165-171.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. **Centro de Referência**. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/centros-de-referencia>. Acesso em: 19 set. 2018.

SECRETARIA DE SAÚDE (Espírito Santo). Portaria Estadual 054-R, de 28 de abril de 2010. **Diário Oficial [do] Estado do Espírito Santo**. p.25. 2010. Disponível em: [https://farmaciacidade.es.gov.br/download/portaria\\_054\\_r.pdf](https://farmaciacidade.es.gov.br/download/portaria_054_r.pdf). Acesso em: 28 jan. 2019.

SILVA JUNIOR, G. B.; DIAS, E. R. Satisfação dos usuários de serviço de saúde público-privado. **Rev. Dir. Sanit.**, São Paulo, v.17, n.2, p. 13-29, jul./out. 2016.

SILVA, M.O.S. (org.). Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática. **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras, 2001.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SOPTERJ - SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Protocolo de diagnóstico e tratamento de asma da sociedade do Estado do Rio de Janeiro**. 2018. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/wp-content/uploads/2018/03/protocolo-asma-SOPTERJ-2018.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2019.

SOUZA, A. M. V.; MARCH, M.F.P. Política sanitária para asma no Brasil. **Revista de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.10-18, jun. 2010.

SISSON, C. M. Métodos de Avaliação de Serviços e Programas de Saúde. **Rev bras ci Saúde**, v.11, n.3, p.265-276, 2007.

SISSON, M. C. *et al.* Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface, comunicação, educação e saúde**, Botucatu, v.15, n.36, p.123-136, 2011.

STELMACH, R. *et al.* Programas e centros de atenção a asmáticos no Brasil; uma oficina de trabalho: revisitando e explicitando conceitos. **J Bras Pneumol.**, v.41, n. 3, p. 3-15, 2015.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, ML. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VIACAVA, F. *et al.* SUSA: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1751-62, 2018.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

WHO. **Asthma**. Disponível em: <http://Who.int/respiratory/asthma/en/>. Acesso em: 16 abr. 2018.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local  
Av. Nossa Senhora da Penha 2190 – Bela Vista, Vitória/ES

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisadora: Fernanda Lugão Campinhos

Orientador: Maristela Dalbello-Araujo

Título da Pesquisa: **AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA DA SCMV**

Nome \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Declaro por meio deste termo que concordarei em ser entrevistado(a) a participar da pesquisa referente ao projeto intitulado: **AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA DA SCMV**, desenvolvido por Fernanda Lugão Campinhos. Os objetivos dessa pesquisa são: Descrever as Políticas Públicas de Saúde estabelecidas para o controle da asma; analisar o acesso as consultas, medicações e exames complementares; verificar se houve redução nas idas a serviços de emergência e nas internações hospitalares por asma, verificar a participação da equipe multidisciplinar e a participação em programas de educação em asma, capacitação de profissionais da rede básica e verificar a satisfação dos usuários quanto ao atendimento prestado no CreAs.

A pesquisa será realizada através de entrevista semi-estruturada com roteiro de perguntas sobre dados pessoais como: nome, data de nascimento, sexo, data do início do acompanhamento ambulatorial (para o usuário) e tempo de atuação no serviço (para o profissional) e perguntas abertas como acesso as consultas, medicações e a exames complementares, redução nas idas a serviços de emergência e nas internações hospitalares por asma, satisfação dos pacientes quanto ao atendimento prestado no CreAs (para o usuário), participação da equipe multidisciplinar no tratamento dos pacientes, participação em programas educativos em asma para pacientes e familiares, redução nas idas a serviços de emergência e nas internações hospitalares por asma (para o usuário), capacitação para profissionais da SEMUS (para o profissional) e sugestões para melhorias no serviço.

Fui informado (a), ainda, que a pesquisa é orientada pela Prof. Dr. Maristela Dalbello-Araujo e sempre que quiser poderei pedir mais informações à pesquisadora através do telefone (27) 999335966, ou e-mail [flugao@globo.com](mailto:flugao@globo.com), ou no endereço: Rua Misael Pedreira da Silva, nº 128, sala 408, Santa Lucia, Vitória ES, 29056-032.

Afirmo que aceitei participar espontaneamente, sem receber qualquer incentivo ou ter qualquer ônus, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) que ao participar desta pesquisa não terei nenhum benefício direto.

Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o conhecimento do serviço de Asma do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pois a partir dessas informações, a pesquisadora se compromete em divulgar os resultados obtidos, no que tange à visão e satisfação do usuário em relação ao cumprimento das exigências da Secretaria Estadual de Saúde na atenção integral aos pacientes com asma.

Fui também esclarecido (a) de que apenas a pesquisadora e seu orientador terão acesso às minhas informações e que ficarão sob a guarda da pesquisadora até 05 (cinco) anos após a conclusão da pesquisa, quando então serão descartadas de maneira adequada. Minha colaboração será feita de forma confidencial e privativa através de uma entrevista gravada com duração de aproximadamente 30 (trinta) minutos.

Estou ciente de que posso me retirar dessa pesquisa e também me recusar a dar alguma informação a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento médico ou sofrer qualquer constrangimento.

Qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa fui informado (a) de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (CEP/EMESCAM), no endereço: Avenida Nossa Senhora da Penha, nº2190, Santa Luiza- Vitória/ES, 29045-402, no telefone: (27) 3334-3586. E-mail: [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br). Atendimento: 2ª a 6ª feira, de 7:00 às 16:00 horas.

Atesto o recebimento de uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_



## **APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CREAS**

### **Dados pessoais do entrevistado**

1. Qual sua idade?
2. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
3. Cor?
4. Qual sua profissão?
5. Qual seu tempo de atuação no CreAs?
6. Qual seu município de residência?

### **Dados referentes à avaliação**

1. Você considera que o CreAs é uma referência para o atendimento de crianças e adultos com asma?
2. Como você considera o acesso às consultas no CreAs?
3. Como você considera o acesso aos exames complementares no CreAs?
4. O tratamento no CreAs garante o acesso aos medicamentos para tratamento da asma?
5. O CreAs realiza pesquisa e controle das comorbidades da asma?
6. Na sua opinião como profissional do CreAs, existe atendimento diferenciado ao asmático envolvendo equipe multidisciplinar (assistente social, técnica de enfermagem, enfermeira, médicos alergistas e pneumologistas, psicóloga e técnica em espirometria)?
7. O CreAs promove programa de educação para pacientes e familiares?
8. O CreAs promove treinamentos para os profissionais da rede básica?
9. Você considera que o CreAs é uma referência para o atendimento de crianças e adultos com asma?
10. Quais aspectos do serviço você acha que poderiam melhorar?
11. Tem alguma sugestão?



## **APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS DO CREAS**

### **Dados pessoais do entrevistado**

1. Qual sua idade?
2. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
3. Cor?
4. Qual sua escolaridade?
5. Qual sua profissão/ocupação?
6. Qual seu município de residência?
7. Qual seu tempo de tratamento no CreAs?
8. Qual sua renda mensal?

### **Dados referentes à avaliação**

1. O que você acha do acesso às consultas no CreAs?
2. E o acesso aos exames complementares no CreAs?
3. O tratamento no CreAs garante seu acesso aos medicamentos para tratamento da asma?
4. Durante o tratamento, os profissionais investigam outras doenças que podem agravar a asma?
5. Na sua opinião como usuário do CreAs, existe atendimento envolvendo equipe multidisciplinar (assistente social, técnica de enfermagem, enfermeira, médicos alergistas e pneumologistas, psicóloga e técnica em espirometria)?
6. Você ou seus familiares participam de algum programa de educação em asma?
7. Você precisou ir a serviços de emergência ou ser internado depois de iniciado o tratamento no CreAs?

9. Você considera que o CreAs é referência para o atendimento de crianças e adultos com asma?
9. Você está satisfeito com o atendimento prestado no CreAs?
10. Quais aspectos do serviço você acha que poderiam melhorar?
11. Tem alguma sugestão?