

BARREIRAS DE ACESSO A BRONCODILATADORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO DE DPOC EM REGIÕES DE BAIXA RENDA

BARRIES TO BRONCHODILATOR ACCESS IN PRIMARY HEALTH CARE AND ADHERENCE TO COPD TREATMENT IN LOW-INCOME REGIONS

Livia Menezes Carvalho¹, Mateus Henrique Gomes Figueiredo Lopes Lima¹, Lucas William Cabral Curvelo¹, Wanderson Luiz Gomes¹, Mirelle Silva Burgos²

1. Acadêmico do curso Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns; 2. Professor do curso Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns.
liviacarvalho@alunos.afya.com.br

Eixo Temático: Saúde

RESUMO

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das principais causas de morbimortalidade mundial, com maior impacto em países de baixa e média renda. Nesses contextos, barreiras de acesso aos serviços de saúde e medicamentos comprometem o manejo adequado da doença, tornando a Atenção Primária à Saúde (APS) fundamental para garantir o tratamento contínuo e prevenir exacerbações. **Objetivo:** Identificar e analisar as principais barreiras de acesso a broncodilatadores na APS e sua relação com a adesão ao tratamento da DPOC em populações de baixa renda. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa. Foram consultadas as bases PubMed/MEDLINE e SciELO, além de documentos oficiais, incluindo diretrizes da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) e protocolos do Ministério da Saúde. Foram incluídos estudos publicados entre 2015 e 2026 que abordassem barreiras de acesso a broncodilatadores e adesão terapêutica em populações vulneráveis. **Resultados:** Os estudos demonstraram disponibilidade limitada de broncodilatadores em países de baixa e média renda, onde se concentra grande parte das mortes por DPOC. As principais barreiras incluem alto custo dos medicamentos, desabastecimento, distância dos serviços de saúde, insuficiência de profissionais capacitados e baixo letramento em saúde. Elevadas taxas de não adesão estão associadas a dificuldades financeiras e falhas no acesso contínuo aos medicamentos. Problemas relacionados à técnica inalatória e à limitada oferta de exames diagnósticos na APS também contribuem para o pior controle da doença, aumentando exacerbações, hospitalizações, morbidade e mortalidade. **Conclusão:** Barreiras estruturais, econômicas e informacionais na APS comprometem o acesso a broncodilatadores e a adesão ao tratamento da DPOC em regiões de baixa renda. São necessárias políticas públicas que garantam abastecimento contínuo de medicamentos, capacitação profissional e educação em saúde, visando reduzir desigualdades e melhorar os desfechos clínicos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Adesão à Medicação.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide, with a greater impact in low- and middle-income countries. In these settings, barriers to accessing healthcare services and medications compromise adequate disease management, making Primary Health Care (PHC) essential to ensure continuous treatment and prevent exacerbations. **Objective:** To identify and analyze the main barriers to accessing bronchodilators in PHC and their relationship with adherence to COPD treatment among low-income populations. **Methodology:** This is a narrative literature review with a qualitative approach. The PubMed/MEDLINE and SciELO databases were consulted, along with official documents, including guidelines from the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) and protocols from the Brazilian Ministry of Health. Studies published between 2015 and 2026 addressing barriers to bronchodilator access and treatment adherence among vulnerable populations were included. **Results:** Studies demonstrated

limited availability of bronchodilators in low- and middle-income countries, where a large proportion of COPD-related deaths occur. The main barriers include the high cost of medications, drug shortages, distance from healthcare services, an insufficient number of trained professionals, and low health literacy. High rates of non-adherence are associated with financial difficulties and failures in continuous access to medications. Problems related to inhaler technique and the limited availability of diagnostic tests in PHC also contribute to poorer disease control, increasing exacerbations, hospitalizations, morbidity, and mortality. **Conclusion:** Structural, economic, and informational barriers within PHC significantly compromise access to bronchodilators and adherence to COPD treatment in low-income settings. Public policies are needed to ensure a continuous supply of medications, professional training, and health education initiatives, aiming to reduce inequalities and improve clinical outcomes.

Keywords: Primary Health Care. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Noncommunicable Diseases. Medication Adherence.

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) representa uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, configurando-se como a terceira causa de óbitos globalmente e a quinta no Brasil^{1,2}. Caracterizada por limitação crônica ao fluxo aéreo não totalmente reversível, a DPOC tem forte associação com a exposição a partículas nocivas, especialmente o tabaco, mas também a biomassa em países de baixa e média renda. Nessas regiões, a carga da doença é particularmente grave devido à combinação de alta prevalência de fatores de risco, diagnóstico tardio e acesso limitado a serviços de saúde². A Atenção Primária à Saúde (APS) surge, portanto, como nível essencial para o manejo contínuo da DPOC, desde o rastreamento até a prevenção de exacerbações³.

Na APS, o tratamento farmacológico da DPOC baseia-se principalmente no uso de broncodilatadores de curta e longa duração, que melhoram a função pulmonar, reduzem os sintomas e diminuem a frequência de exacerbações^{1,3}. Diretrizes internacionais, como a Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD), recomendam que a terapia broncodilatadora seja iniciada já nos estágios iniciais da doença, com escalonamento conforme a gravidade⁴. Contudo, a simples disponibilidade de diretrizes não garante efetividade na prática clínica^{3,5}. A adesão ao tratamento e o acesso regular aos medicamentos na APS são determinantes críticos para o controle sintomático e para a redução de hospitalizações, desfechos que assumem especial relevância em populações socioeconomicamente vulneráveis⁵.

Em regiões de baixa renda, múltiplas barreiras dificultam o acesso a broncodilatadores na APS. Barreiras geográficas e organizacionais, como a distância até unidades de saúde, horários restritos de funcionamento e falta de profissionais treinados, limitam a prescrição adequada e o fornecimento contínuo dos medicamentos⁵. Somam-se a isso barreiras econômicas, barreiras informacionais e barreiras relacionadas ao sistema de abastecimento. Esses obstáculos tornam a APS, paradoxalmente, um ponto de fragilidade na linha de cuidado

da DPOC, especialmente quando se considera a necessidade de uso regular e de longo prazo dos broncodilatadores⁶.

Como consequência dessas barreiras, a adesão ao tratamento com broncodilatadores entre pacientes com DPOC atendidos na APS de regiões de baixa renda é frequentemente subótima, resultando em pior controle dos sintomas, aumento de exacerbações e maior utilização de serviços de urgência⁷. Embora a literatura internacional reconheça o problema, estudos brasileiros e latino-americanos que investiguem especificamente a associação entre barreiras de acesso na APS e a adesão à broncodilatação são escassos⁸. Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo identificar e analisar as principais barreiras de acesso a broncodilatadores na Atenção Primária e sua relação com a adesão ao tratamento da DPOC em populações de baixa renda, propondo reflexões que possam subsidiar políticas locais de melhoria da qualidade do cuidado.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura com abordagem qualitativa, que teve como pergunta norteadora: quais são as evidências científicas sobre as barreiras de acesso a broncodilatadores na Atenção Primária à Saúde e sua influência na adesão ao tratamento da DPOC em regiões de baixa renda? As bases consultadas foram PubMed/MEDLINE e SciELO, além de documentos oficiais como as diretrizes GOLD e protocolos do Ministério da Saúde. A busca utilizou descritores DeCS/MeSH nos idiomas português, inglês e espanhol, com foco preferencial nos últimos dez anos (2015–2026).

Foram incluídos artigos originais, revisões e estudos observacionais que abordassem pelo menos um tipo de barreira ou dados de adesão em populações vulneráveis, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Excluíram-se estudos exclusivamente hospitalares, editoriais e cartas. A seleção foi realizada por leitura de títulos/resumos seguida da análise integral dos artigos pré-selecionados; as informações extraídas foram organizadas em quadro-síntese com autor, ano, país, tipo de estudo, barreiras identificadas e achados sobre adesão.

Reconhece-se como limitação o fato de a revisão ser narrativa e não sistemática, o que pode introduzir viés de seleção e interpretação. Contudo, o formato mostra-se adequado para uma síntese exploratória do conhecimento.

RESULTADOS

As principais evidências sobre o acesso a broncodilatadores na APS e a adesão ao tratamento da DPOC em regiões de baixa renda podem ser resumidas em quatro pontos. Em

primeiro lugar, a disponibilidade de broncodilatadores é severamente limitada em países de baixa e média renda (LMICs)⁹. Dados globais indicam que os broncodilatadores inalatórios de longa ação necessários para tratar a DPOC estão disponíveis e acessíveis em apenas 7% das farmácias e 4% dos hospitais em LMICs¹⁰. Além disso, cerca de 90% das mortes por DPOC ocorrem nesses países, onde a capacidade diagnóstica é limitada, a atenção especializada é escassa e o acesso a medicamentos essenciais permanece profundamente desigual⁹.

Em segundo lugar, estudos de campo confirmam a magnitude do problema. Na Ásia Central, um estudo transversal com 264 pacientes com DPOC relatou que 68,9% adquiriam medicamentos respiratórios do próprio bolso, e quase metade relatou falta de disponibilidade de medicamentos no hospital. A baixa adesão prevaleceu em 80,7% dos pacientes, e 68,3% apontaram barreiras financeiras como principal motivo para a não adesão¹¹.

Em terceiro lugar, barreiras específicas identificadas na literatura incluem custo elevado dos medicamentos, desabastecimento, falta de profissionais treinados na APS, baixo letramento em saúde e estigma social¹². Por fim, revisões sistemáticas com metanálises sobre o tema mostram que a não adesão aos tratamentos inalatórios contribui para o aumento da mortalidade e morbidade em LMICs, sendo influenciada por fatores como disparidades socioeconômicas, acesso limitado a recursos de saúde e infraestrutura inadequada^{13,14}.

Os dados disponíveis revelam um cenário alarmante. Em regiões de baixa renda, a oferta de broncodilatadores essenciais na APS é insuficiente, e as taxas de adesão ao tratamento são drasticamente baixas, frequentemente agravadas por barreiras financeiras¹². Essa realidade contrasta frontalmente com o que preconizam as diretrizes da GOLD, que recomendam o uso regular de broncodilatadores como pilar do tratamento⁴. Embora a GOLD reconheça o problema do acesso global, não oferece diretrizes específicas para superar as barreiras estruturais presentes em sistemas de saúde com recursos escassos^{4,12}.

No contexto brasileiro, evidências indicam que as regiões mais pobres do país enfrentam barreiras significativas para obter os tratamentos necessários, e há uma distribuição desigual de medicamentos para DPOC, com diagnósticos tardios e pior condição clínica nessas áreas^{15,16}. Além disso, a ausência de espirometria na APS dificulta o diagnóstico e a estratificação de gravidade¹.

As barreiras informacionais, como o baixo letramento em saúde, também merecem destaque. A dificuldade na técnica inalatória é um problema documentado na América Latina, onde o uso de dispositivos é frequentemente comprometido pela técnica incorreta e baixa adesão¹⁷. Intervenções educacionais estruturadas são raras. Por fim, a baixa adesão está

associada a piora do estado de saúde, aumento da dispneia e pior qualidade de vida relacionada à saúde^{13,14}.

CONCLUSÃO

É evidente que, em regiões de baixa renda, o acesso a broncodilatadores na Atenção Primária à Saúde é comprometido por barreiras estruturais significativas, incluindo disponibilidade limitada de medicamentos, custos diretos e barreiras informacionais. Esses obstáculos se traduzem em taxas de adesão ao tratamento extremamente baixas, contribuindo para pior controle da doença, aumento de exacerbações e maior morbimortalidade. Embora as diretrizes da GOLD recomendem o uso regular dessa medicação como pilar no manejo da DPOC, elas não oferecem soluções práticas para superar as iniquidades de acesso em sistemas de saúde com recursos escassos. Conclui-se que são necessárias políticas públicas multicomponentes, que garantam abastecimento contínuo na APS, capacitação de profissionais, programas de educação em saúde e ampliação do horário de funcionamento das unidades, visando reduzir as desigualdades e melhorar os desfechos clínicos dessa população vulnerável.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Brasília: Ministério da Saúde; 2025.
2. GBD 2019 Chronic Respiratory Diseases Collaborators. Global burden of chronic respiratory diseases and risk factors, 1990-2019: an update from the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*. 2023 May;59:101936.
3. Di Marco F, Shahaj O, Valipour A, Legrand B, Jommi C, Micheletto C, et al. Single-Inhaler Triple Therapy in Primary Care Across Europe: Expert Panel Consensus on the Consequences of Payer-Driven Access Rules and Call to Action. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2025 May 22;20:1595-1612.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2026 report. Bethesda (MD): GOLD; 2025.
5. Polverino F, Bhutani M, Zabert G, Fernandes FLA, Czischke K, Pereira Ferreira LF, et al. Access to Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Americas: A Call for Action. A Joint Perspective from the Brazilian Thoracic Society, Canadian Thoracic Society, Latin American Thoracic Society, and the American Thoracic Society. *Ann Am Thorac Soc*. 2024 Nov;21(11):1463-1470.
6. Van Boven JFM, Lavorini F, Agh T, Sadatsafavi M, Patino O, Muresan B. Cost-Effectiveness and Impact on Health Care Utilization of Interventions to Improve Medication Adherence and Outcomes in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Literature Review. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024 May;12(5):1228-1243.

7. Mohsen S, Hanafy FZ, Fathy AA, El-Gilany AH. Nonadherence to treatment and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lung India*. 2019 May-Jun;36(3):193-198.
8. Khoiry QA, Alfian SD, van Boven JFM, Abdulah R. Self-reported medication adherence instruments and their applicability in low-middle income countries: a scoping review. *Front Public Health*. 2023 Jul 13;11:1104510.
9. SciDev.Net. Q&A: chronic lung disease, an “invisible” global crisis [Internet]. 2026 [cited 2026 Aug 20]. Available from: <https://www.scidev.net/global/opinions/qa-chronic-lung-disease-an-invisibleglobal-crisis/>
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). UN General Assembly – December 16, 2025 [Internet]. 2025 Dec 16 [citado 2026 Aug 20]. Disponível em: <https://goldcopd.org/un-general-assembly-december-16-2025/>
11. Tabyshova A, Sooronbaev T, Akylbekov A, Mademilov M, Isakova A, Erkinbaeva A, et al. Medication availability and economic barriers to adherence in asthma and COPD patients in low-resource settings. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2022 May 30;32(1):20.
12. Mallya SG, Upadhyay A, Psoter KJ, Case MA, Vest MT, Putcha N, Hansel NN, Eakin MN. Association between Difficulty Affording Medications and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ann Am Thorac Soc*. 2025 Jul;22(7):984-991.
13. Waeijen-Smit K, Crutsen M, Keene S, Miravittles M, Crisafulli E, Torres A, et al. Global mortality and readmission rates following COPD exacerbation-related hospitalisation: a meta-analysis of 65 945 individual patients. *ERJ Open Res*. 2024 Feb 26;10(1):00838-2023. doi: 10.1183/23120541.00838-2023. Erratum in: *ERJ Open Res*. 2024 Nov 25;10(6):50838-2023.
14. Papazoglou IM, Abbas H, Murphy P, Hart N, Douiri A. Predictive models for mortality readmission events and cardiovascular complications in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis. *ERJ Open Res*. 2026 May 5;12(3):00884-2025.
15. Marques GA, Ávila PD, Montzel M, Menezes AMB, Malta DC, Sardinha LMV, et al. Tratamentos utilizados por portadores de DPOC no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Saude Publica*. 2022 Dec 7;56:119.
16. Moreira ATA, Pinto CR, Lemos ACM, Assunção-Costa L, Souza GS, Martins Netto E. Evidence of the association between adherence to treatment and mortality among patients with COPD monitored at a public disease management program in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2021 Dec 13;48(1):e20210120.
17. Izquierdo-Condoy JS, Salazar-Santoliva C, Salazar-Duque D, Palacio-Dávila YD, Hernández-Londoño JM, Orozco-Gonzalez R, Rodríguez-Sánchez MS, Marín-Bedoya V, Loaiza-Guevara V. Challenges and Opportunities in COPD Management in Latin America: A Review of Inhalation Therapies and Advanced Drug Delivery Systems. *Pharmaceutics*. 2024 Oct 11;16(10):1318.