

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE PRODUÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DOS USUÁRIOS DA FARMÁCIA DE
MEDICAMENTOS ESPECIAIS DO RIO GRANDE DO SUL**

Gabriela Bolfe de Oliveira

Porto Alegre, junho de 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE PRODUÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DOS USUÁRIOS DA FARMÁCIA DE
MEDICAMENTOS ESPECIAIS DO RIO GRANDE DO SUL**

Gabriela Bolfe de Oliveira

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Bueno

Co-Orientador: Daniel Borges Silva

Local de Realização: Farmácia de Medicamentos Especiais

Porto Alegre, junho de 2013.

Apresentação

Este trabalho apresenta-se sob forma de artigo original, com o intuito de ser submetido à publicação na Revista de APS (Atenção Primária a Saúde) da Universidade Federal de Juiz de Fora.

TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DOS USUÁRIOS DA FARMÁCIA DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS DO RIO GRANDE DO SUL

ASSISTANT TRAJECTORY OF THE RIO GRANDE DO SUL SPECIAL DRUG
PHARMACY USERS

Gabriela Bolfe de Oliveira¹, Daniel Borges Silva² & Denise Bueno³.

1. Acadêmica de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
2. Farmacêutico Responsável Técnico da Farmácia de Medicamentos Especiais do Rio Grande do Sul.
3. Professora Associada do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência:

Denise Bueno, Prof^a. Dr^a.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Farmácia,

Avenida Ipiranga, 2752, sala 602B

Porto Alegre, RS – Brasil

CEP: 90.610-000

E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

Telefone: (51) 3308-5767

Resumo

O estudo dos itinerários terapêuticos nos permite reunir os atributos habilitadores de uma prática avaliativa amistosa à integralidade, pois a centralidade do usuário em suas formas de relação com demais atores e os contextos em que se inserem, nos permitem realizar uma releitura do modo como buscam o cuidado, delimitando “trajetórias assistenciais” como parte inerente a esses percursos. Dentro do escopo da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso aos medicamentos voltados à atenção de média e alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No Estado do Rio Grande do Sul, quem realiza a distribuição do CEAF é a Farmácia de Medicamentos Especiais do Rio Grande do Sul (FME - RS), que disponibiliza para a população também os componentes da lista Especial. Desta forma, o objeto deste estudo foi analisar a trajetória assistencial dos usuários que buscam seus medicamentos através da FME - RS, utilizando, para isso, a caracterização deste caminho através do tipo de serviço de saúde utilizado. Dos 25 usuários entrevistados, 56% dos usuários relataram que obtiveram seu diagnóstico no serviço público e 44% no serviço privado. No que se refere à trajetória assistencial dos usuários, 40% destes fizeram toda ela através do sistema público, 36% dos usuários fizeram esta trajetória em um “misto” de sistema público e privado, e 24% dos usuários relataram que fizeram apenas uso do sistema privado até o acesso à FME - RS. No caso das trajetórias assistenciais relatadas neste trabalho, fica evidente que uma educação visando o entendimento e o questionamento é mais importante e necessária do que percebemos no nosso dia-a-dia. O conhecimento do usuário acerca do seu quadro, bem como o entendimento dos seus direitos, necessidades e a descentralização da distribuição do componente especial e especializado são de extrema importância, visam facilitar o acesso aos medicamentos e tendem a diminuir a chance desta trajetória assistencial ser interrompida.

Palavras-chave: trajetória assistencial; itinerário terapêutico; assistência farmacêutica; componente especializado.

Abstract

The study of therapeutic itineraries allows us to gather the enabler attributes of an evaluative and friendly practice to the completeness, because the centrality of the user in his/her ways of relating to other actors and the contexts in which they operate allow us to perform a retelling of how they seek care, defining "care trajectories" as an inherent part of these pathways. Within the scope of the National Pharmaceutical Services (PNAF), the Specialized Component of the Pharmaceutical Services (CEAF) is a strategy for access to medicines directed to the attention of medium and high complexity within the Unified Health System (SUS). In the Rio Grande do Sul state, the Special Medicines Pharmacy of the Rio Grande do Sul (FME - RS), is the one who performs the distribution of CEAF and also provides for the population the components of the special list. Thus, the object of this study was to analyze the care trajectory among users who seek their medications through FME - RS, using the characterization of this way through the type of health services for it. Out of the 25 users interviewed, 56% of them reported that their diagnosis had been gotten in the public service and 44% in the private one. Regarding the care trajectory users, 40% of all made it through the public system, 36% of users have made this journey in a "mixed" system of public and private, and 24% of users reported that they did just use private system to access FME - RS. In the case of care trajectories related in this work, it is evident that one education which aims the understanding and the questioning is more important and necessary than we realize in our day by day. The user's knowledge about his/her clinical status as well as the understanding of their rights, needs and decentralization of the distribution of special and specialized component are of utmost importance to facilitate the access to medicines and also tend to decrease the chance of this care trajectory be interrupted.

Keywords: care trajectory; therapeutic itinerary; pharmaceutical care; specialized component.

Introdução

A procura de cuidados em saúde se dá em função de uma demanda de cuidados e de uma oferta de cuidados. A demanda é compreendida por parte dos profissionais e gestores de serviços de saúde como sendo aquela que se dirige ao sistema de saúde, tendendo a achar que o sistema médico é o único existente e válido para questões de saúde, organizando e planejando suas ações dessa forma. Quando focamos a demanda no “doente”, esta normalmente é classificada em três tipos de estruturas diferentes: estrutura médica (hospitais, médicos, exames complementares, diagnósticos, medicamentos, cirurgia, psicoterapia, etc.); estrutura “alternativa” (religiões, rituais, cerimônias, ervas e plantas medicinais, biomedicina, etc.); estrutura “popular” (família, amigos, vizinhos, experiência individual, automedicação – farmácia, chás, etc.). Nesse sentido, as necessidades de saúde são compreendidas somente do ponto de vista biológico e dependentes das estruturas existentes. Por outro lado, ao pensarmos a demanda de cuidados em saúde do ponto de vista dos sujeitos, observamos que os indivíduos percorrem diferentes sistemas de cuidados, de acordo com diferentes tipos de explicação dados a seus problemas e de acordo com a adaptação da oferta a seus desejos e condições de vida. Dessa forma, os sujeitos utilizam tudo o que lhes é oferecido na sua procura por uma melhoria, solução, resolutividade do problema sem exclusividade. Nesse sentido, as necessidades em saúde são compreendidas como oriundas do ponto de vista biológico, mas também social, cultural e político. Os itinerários que daí decorrem são múltiplos, diversificados e complexos tanto na sua organização quanto na sua cronologia¹.

O estudo destes itinerários nos permite reunir os atributos habilitadores de uma prática avaliativa amistosa à integralidade, pois a centralidade do usuário em suas formas de relação com demais atores e os contextos em que se inserem nos permitem realizar uma releitura do modo como buscam o cuidado, delimitando “trajetórias assistenciais” como parte inerente a esses percursos. As trajetórias assistenciais consistem nos momentos das “escolhas e decisões” do usuário no percurso de busca por cuidado nos serviços, incluindo as redes sociais em que se inserem².

Os caminhos percorridos na busca de soluções para problemas de saúde são, em geral, pouco conhecidos ou relegados a um segundo plano, não sendo um tema prioritário durante a formação dos profissionais das áreas de saúde e, também pouco presentes nas preocupações dos pesquisadores e gestores³.

Uma das trajetórias assistenciais que podemos observar é a busca dos usuários do sistema de saúde por seus tratamentos medicamentosos. A ênfase dada pelos gestores da saúde à necessidade de promover ações estruturantes da assistência farmacêutica para a execução das ações e serviços de saúde fundamentados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define medicamentos essenciais como aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidado de saúde da população⁴, sendo que no Brasil, as três esferas de governo participam no financiamento da assistência farmacêutica. Os detalhes das atribuições e responsabilidades são pactuados nas instâncias decisórias do SUS: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne gestores das três esferas de governo, integrada por representantes dos estados, municípios, o Distrito Federal e da União, a comissão é um foro de articulação e pactuação na esfera federal. Na comissão, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. São quinze membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Para estados e municípios, cada indicado representa uma região do país. As decisões são tomadas por consenso, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por gestores dos estados e de seus respectivos municípios, “um dos fóruns fundamentais para o processo de descentralização das ações de saúde. Nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações. Esta é responsável por organizar a atenção à saúde no estado, além de definir estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS, no âmbito estadual. Vale observar que, antes de levar um tema para ser discutido na Bipartite, o assunto deve ter sido debatido entre os municípios em outras de suas instâncias representativas. As decisões somente são encaminhadas para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) se envolverem questões contrárias aos pactos e políticas do SUS ou aquelas que envolvem a União⁵.

Dentro do escopo da PNAF, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso aos medicamentos voltados à atenção de média e alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial. Anteriormente denominados Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, os fármacos relacionados para este tipo de atenção foram redefinidos

como CEAF com a publicação da Portaria GM/MS nº 2981 de 30 de novembro de 2009. O CEAF concentra incorporação de medicamentos novos e por vezes caros, o que pressupõe sua adequada utilização na prática assistencial para obtenção dos resultados pretendidos. Nesse sentido, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) foram elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde⁶.

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional é responsável por um grupo de medicamentos destinados ao tratamento de patologias específicas que atingem um número limitado de pacientes, os quais, na maioria das vezes utilizam-nos por períodos prolongados. Entre os usuários desses medicamentos estão os transplantados, os portadores de insuficiência renal crônica, de esclerose múltipla, de hepatite viral crônica B e C, de epilepsia, de esquizofrenia refratária e de doenças genéticas como fibrose cística e a doença de Gaucher⁷.

No Estado do Rio Grande do Sul, quem realiza a distribuição do CEAF, que visa garantir no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso, de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em PCDT, é a Farmácia de Medicamentos Especiais do RS, que disponibiliza para a população também os componentes da lista Especial, que de acordo com a SES-RS, compõe um grupo de medicamentos para o tratamento de doenças de prevalência no Estado, não contempladas nos programas de saúde do Ministério da Saúde. Sua aquisição e dispensação são de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde⁸.

Desta forma o objeto deste estudo foi analisar a trajetória assistencial dos usuários que buscam o componente especial e especializado através da FME-RS, utilizando para isso a caracterização deste caminho através do tipo de serviço de saúde utilizado.

Metodologia

O delineamento deste estudo foi transversal, descritivo de escolha aleatória, com entrevista a pacientes que retiram medicamentos na Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Na entrevista foi aplicado um questionário com dados relacionados a sexo, idade, escolaridade, doença (através da classificação internacional de doenças CID - 10), tempo do diagnóstico e caminho percorrido até o acesso à FME – RS. A procedência das prescrições também foi verificada através da análise documental no que diz respeito aos exames, hospitais e

clínicas, entre outros, que compõe o itinerário terapêutico deste.

O critério de inclusão do presente estudo foi o de usuários com cadastro na Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado do RS. Foram excluídos do estudo usuários com situação de tratamento bloqueado ou encerrado, já que isso significa que este não utiliza o serviço da farmácia, bem como usuários de dietas e cuidadores. A coleta de dados foi realizada entre abril e maio de 2013.

As entrevistas foram realizadas pela autora do projeto. Os usuários deveriam concordar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em responder o instrumento de coleta de dados, que foi aplicado no momento da entrevista. A entrevista buscou a procedência da prescrição e a forma como o usuário chegou a este serviço, se foi na primeira consulta ou o itinerário percorrido pelo mesmo. A escolha aleatória obedeceu o critério de horário de chegada do usuário a farmácia.

A coleta e análise foram feitas sob a supervisão do farmacêutico responsável. A interpretação dos resultados foi analisada e descrita a partir das informações obtidas do banco de dados elaborado pelo próprio pesquisador. A análise dos dados foi realizada por categorização de semelhança obedecendo aos objetivos do trabalho. Não serão identificados os pacientes, pois a análise de dados visa o conjunto de dados e não a individualização dos mesmos.

A pesquisa não trouxe nenhum risco ao usuário. A decisão de não participar da pesquisa não implicou nenhum problema quanto ao acesso aos serviços prestados pela FME - RS. O benefício da participação consistiu na contribuição para a melhoria nas ações de saúde.

A proposta em questão foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), responsável por projetos realizados na Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul.

Resultados e Discussão

Foram realizadas 25 entrevistas nos meses de abril e maio de 2013. Dos entrevistados, 76% eram mulheres com faixa etária que variou 32 a 67 anos e 24% eram homens com faixa etária que variou de 28 a 62 anos. Quanto ao grau de escolaridade dos entrevistados os achados foram bem variados: 24% tinham o nível fundamental, 44% nível médio, 24% nível superior e 8% pós graduação. Considerando a raça dos pacientes, tivemos que 64% eram brancos, 12% negros e 24% pardos. Estes dados, bem como a CID – 10 relacionada à doença (*Tabela 2*), podem ser vistos na *Tabela 1*.

Tabela 1. Perfil dos 25 usuários entrevistados baseado no sexo, idade, raça, escolaridade e CID principal.

USUÁRIO	SEXO	IDADE	RAÇA	ESCOLARIDADE	Serviço de Saúde (Diagnóstico)	CID-10 principal
U1	M	62	Parda	Médio Completo	Público	I20
U2	F	57	Branca	Médio Incompleto	Privado	M05.0
U3	F	46	Branca	Superior Completo	Privado	I27.0
U4	M	53	Branca	Fundamental Incompleto	Privado	J45.0
U5	F	61	Parda	Médio Completo	Público	M05.0
U6	F	39	Parda	Médio Incompleto	Público	E78.5
U7	F	63	Branca	Fundamental Incompleto	Público	Z94.0
U8	F	55	Parda	Médio Incompleto	Público	E22.0
U9	F	43	Branca	Pós Graduação	Público	E10
U10	M	52	Branca	Médio Incompleto	Privado	M45
U11	F	32	Branca	Superior Completo	Privado	E10
U12	M	28	Branca	Médio Completo	Público	E23.2
U13	F	58	Branca	Superior Completo	Privado	E78.0
U14	M	63	Parda	Fundamental Incompleto	Privado	I21
U15	F	67	Branca	Médio Incompleto	Público	M06.8
U16	F	58	Negra	Fundamental Incompleto	Público	K75.4
U17	M	37	Branca	Médio Incompleto	Público	M33.2
U18	F	49	Branca	Pós Graduação	Privado	G35
U19	F	42	Parda	Superior Completo	Público	N18.0

U20	F	35	Negra	Médio Completo	Público	Z94.0
U21	F	46	Branca	Médio Completo	Privado	K51.3
U22	F	50	Branca	Superior Completo	Privado	B18.2
U23	F	57	Negra	Superior Incompleto	Público	F33.4
U24	F	50	Branca	Fundamental Incompleto	Público	H40
U25	F	60	Branca	Fundamental Incompleto	Privado	H40.1

Tabela 2. Lista da CID – 10 relacionada aos usuários entrevistados.

USUÁRIO	CID-10 principal	Doença
U1	I20	Angina instável
U2	M05.0	Síndrome de Felty
U3	I27.0	Hipertensão pulmonar primária
U4	J45.0	Asma predominantemente alérgica
U5	M05.0	Síndrome de Felty
U6	E78.5	Hiperlipidemia não especificada
U7	Z94.0	Rim transplantado
U8	E22.0	Acromegalia e gigantismo hipofisário
U9	E10	Diabetes mellitus insulino-dependente
U10	M45	Espondilite ancilosante
U11	E10	Diabetes mellitus insulino-dependente
U12	E23.2	Diabetes insípido
U13	E78.0	Hipercolesterolemia pura
U14	I21	Infarto agudo do miocárdio

U15	M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas
U16	K75.4	Hepatite autoimune
U17	M33.2	Polimiosite
U18	G35	Esclerose múltipla
U19	N18.0	Doença renal em estágio final
U20	Z94.0	Rim transplantado
U21	K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)
U22	B18.2	Hepatite viral crônica C
U23	F33.4	Transtorno depressivo recorrente
U24	H40	Suspeita de glaucoma
U25	H40.1	Glaucoma primário de ângulo aberto

Conceito SUS

Observou-se pelas falas dos usuários que o termo “SUS” é utilizado em todas as falas como sinônimo de sistema público de saúde, não havendo o entendimento de que o subsistema privado está incluso no âmbito da Lei 8080 no Sistema Único de Saúde, que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado⁹.

O conhecimento do conteúdo da sigla “SUS” não pode não possibilitar o conhecimento imediato do seu significado, embora possa sugerir uma idéia. As palavras isoladas “único” e “saúde” fornecem uma boa compreensão, mas a idéia de um “sistema de saúde” pode não ser muito clara. Este sistema de saúde é o conjunto de agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais e trabalhadores de saúde) cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. Estas agências são organizações públicas ou privadas, governamentais ou não, que têm como finalidade promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Assim, fazem parte do sistema de saúde tanto um hospital particular que atende pessoas com plano de saúde como um posto de saúde pertencente a uma prefeitura¹⁰.

Sempre fui tratada pelo SUS e vou te falar, não tenho queixa. Até meu neto que tem lábio leporino grave conseguiu tratamento.

O conhecimento desta informação por parte da população é de extrema importância e pode estimular uma tomada de consciência sobre as necessidades das pessoas e das comunidades, bem como sobre a questão do direito à saúde, e quem sabe até um questionamento sobre os determinantes ou as causas da saúde e das doenças, sobre as maneiras com que a sociedade, as instituições e mesmo os indivíduos procuram resolver os problemas de saúde¹⁰.

Tipo de Estabelecimento de Saúde

Tenho o diagnóstico da minha doença há 5 anos. Quem descobriu foi o médico do convênio, sempre consulto com ele no HSL-PUC (Hospital São Lucas da PUC) [...]

Tenho essa doença há uns 4 anos. Consulto e faço acompanhamento em um posto de saúde do GHC (Grupo Hospitalar Conceição) [...]

Quando questionados em que tipo de serviço de saúde foi dado o diagnóstico, 56% dos usuários relataram que foi no serviço público e 44% no serviço privado.

No grupo analisado observou-se que houve relação entre a escolaridade e o poder aquisitivo. O maior grau de instrução esteve relacionado a melhor condição financeira. Os usuários que utilizaram o sistema público para realização de diagnóstico foram os de menor grau de escolaridade. Um dos usuários teve seu diagnóstico há muitos anos, atualmente possui assistência privada. Os casos diferenciados e que não estão associados ao poder aquisitivo dos usuários são os de tratamentos com custo elevado, como acompanhamento de transtornos psiquiátricos e insuficiência renal. Estes casos foram todos realizados no sistema público, independentemente da situação financeira do usuário.

O grupo de usuários que tem seu diagnóstico no sistema privado, não é composto só por pessoas com poder aquisitivo maior, mas é composto também por trabalhadores com baixa escolaridade os quais a empresa onde trabalham oferece o plano de saúde em troca de descontos no salário.

O argumento é de que a expansão da oferta de planos de saúde ambulatoriais a preços populares e o compartilhamento dos riscos financeiros do uso de serviços de alto custo com o Estado seriam elementos necessários para o fortalecimento das pequenas e médias empresas do setor e gerariam aumento da oferta de empregos e de arrecadação para o Estado¹¹.

No final do ano passado comecei a ter sangramento e dor e como não tenho plano de saúde, procurei as emergências do SUS. No HNSC (Hospital Nossa Senhora da Conceição) e no HCPA (Hospital de Clínicas de porto Alegre) estava tudo lotado, então fui para a Santa Casa. Lá, depois de muitas horas, a médica me examinou, fez vários exames, me deu medicação e me encaminhou para o PAM 3 (Posto Distrital da Vila dos Comerciantes), sem saber ainda o que eu tinha.

Lá no PAM 3 me fizeram um encaminhamento para o especialista, daqueles que tem que aguardar e mandaram novamente à emergência. Como eu tinha vindo de lá, não retornei a emergência e resolvi esperar [...]

[...] piorou o sangramento e a dor, então tive que pagar consulta com um especialista. Com os exames que eu já tinha feito, me deu o diagnóstico de retocolite ulcerativa.

Alguns usuários do sistema público que necessitam recorrer ao setor privado para ter o diagnóstico relatam demora no atendimento, na marcação de consultas ou no resultado de exames, além da falta de especialistas. O setor privado nem sempre resolve, em alguns casos reencaminha para o setor público, para a porta das emergências hospitalares.

Entre as insatisfações mais comuns com a cobertura do plano, estão os limites para custeio do atendimento necessário, custos com o pagamento da mensalidade, além de situações que demandam co-pagamento, ou seja, para o mesmo procedimento é necessário o pagamento pelo plano e pelo usuário. Ao inexistir uma ampla cobertura a tendência natural é de utilizar o sistema público, ou ainda, arcar com as despesas¹².

É preciso ressaltar que de acordo com a Lei 8080, o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, e que na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, sempre lembrando que está incluso como parte do sistema único de saúde, necessitando dar conta das demandas de saúde a qual foram contratualizadas⁹.

Eu estava me sentindo muito mal, sentindo muita dor, e fui consultar com o médico do meu convênio. Ele pediu exames e com os resultados suspeitou de uma doença muito grave e me mandou procurar a emergência do SUS da Santa Casa. Lá fiquei internado em estado grave por 45 dias, tive 3 paradas cardíacas e meu rim quase parou.

A integralidade da assistência deve contemplar também a continuidade do atendimento, quando necessário, em distintos níveis: a atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar. Pesquisas indicam que mais de 80% dos casos poderiam ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos e no âmbito municipal. Assim, atenção básica constitui o primeiro nível de atenção no interior do sistema de saúde e engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Equipes multiprofissionais de saúde também atuam nesse nível, realizando ações promocionais e preventivas. Já os casos mais difíceis e complexos, denominados de média e alta complexidade, seriam encaminhados de modo sistemático e organizado, para outros níveis do sistema – os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares¹⁰.

Tempo de Diagnóstico

Faz 38 anos que me trato no HNSC. Foi lá que descobriram minha doença. Naquele tempo era bem mais simples, só chegar lá.

Já faz 21 anos que descobri que tenho diabetes, desde criança.[...]

Foi questionado aos usuários sobre o tempo transcorrido entre o diagnóstico da doença e o tempo ao qual o medicamento foi retirado na FME. Este tempo variou muito, de mais de 30 anos a alguns meses. Este dado em alguns casos estava relacionado ao diagnóstico da doença, como por exemplo, desde a infância, no caso da diabetes insulino dependente. Alguns casos havia o desconhecimento do usuário sobre o local apropriado para a retirada do medicamento, indicando a falta de informação da equipe de saúde e do prescritor do medicamento sobre o itinerário terapêutico.

Faz quase 2 anos que me trato, quem descobriu foi o médico da empresa. Quem me disse que tinha meu remédio aqui foi o meu vizinho.

Consulto sempre no posto perto da minha casa, sempre consultei lá. Foi lá que o médico me disse para pegar meu medicamento aqui.

Ninguém me disse nos hospitais e consultas que tinha meu medicamento aqui, foi uma amiga mesmo, que tem um filho com a mesma doença. Hoje é minha primeira retirada aqui! Enquanto eu não sabia, vivia de amostras, alguns comprimidos que essa amiga me deu e também precisei comprar e acabei fazendo dívida no cartão de crédito.

Trajetória

Eu sempre consultava, quando precisava, no posto Santa Marta. Uma época comecei a ficar com a pressão mais alta, muito inchaço, e me encaminharam para o médico no HCPA. Ele disse que eu estava com problema renal. Foi lá mesmo que me encaminharam para cá.

[...] Eu me tratava pelo convênio, mas acabei ficando sem, por falta de dinheiro. Continuei acompanhando no posto, me encaminharam para o Conceição e lá fiz a cirurgia [...]

Tenho o diagnóstico há uns 15 anos. Sempre me tratei pelo Ipê no Instituto de Cardiologia [...]

No que se refere à trajetória assistencial dos usuários, 40% destes fizeram toda ela através do sistema público, 36% dos usuários fizeram esta trajetória em um “misto” de sistema público e privado, e 24% dos usuários relataram que fizeram apenas uso do sistema privado até o acesso à FME.

Entende-se que essas experiências são constituídas nas diversas vivências, relações e interações sociais (familiares, vizinhança, entre outras) mediadas pela situação social em que estão inseridos, pelas condições de vida existentes e pelas situações de vida. Ao longo do processo de busca por cuidado, é importante pensarmos os indivíduos como protagonistas de situações que funcionam não só como fomentadoras de vulnerabilidades, mas também como formas possíveis de proteção. As necessidades em saúde expressas ao longo dos itinerários terapêuticos revelam que as escolhas realizadas pelos indivíduos são amplamente apoiadas nas redes sociais das quais fazem parte. Pensar no cuidado em suas múltiplas dimensões implica levar em conta que ele se apóia em grande medida nas situações de vida de cada sujeito¹.

Descobri há 3 anos que tenho esclerose múltipla. Sempre tive convênio para poder ir ao médico sempre que precisasse, como ginecologista, oftalmo... mas nunca pensei que precisaria usar por causa de uma doença tão grave...

O objetivo, ou seja, o destino final das trajetórias assistenciais observadas, passa pela trajetória de acesso a um diagnóstico, como o exemplo do usuário apresentado na **Figura 1**, e tem seu final no acesso aos medicamentos na FME. No centro desta trajetória está a busca em função da necessidade de um medicamento, que pertence à lista de medicamentos especiais e/ou especializada, e que é disponibilizado gratuitamente na FME. É importante observar que devido ao alto custo de alguns medicamentos, outro tipo de acesso não é uma opção viável, para as mais diversas e imagináveis situações financeiras dos indivíduos. Se pensarmos em um medicamento de uso mensal, como por exemplo, o Acetato de Glatirâmer, fornecido pela FME para o tratamento de esclerose múltipla, o custo financeiro mensal é superior a oito salários mínimos. Que estrutura financeira teria que ter uma família para poder manter seu padrão de vida e ainda arcar com este custo? O alto custo dos itens destas listas de medicamentos disponibilizados na FME pode refletir um maior número de usuários utilizando este serviço.

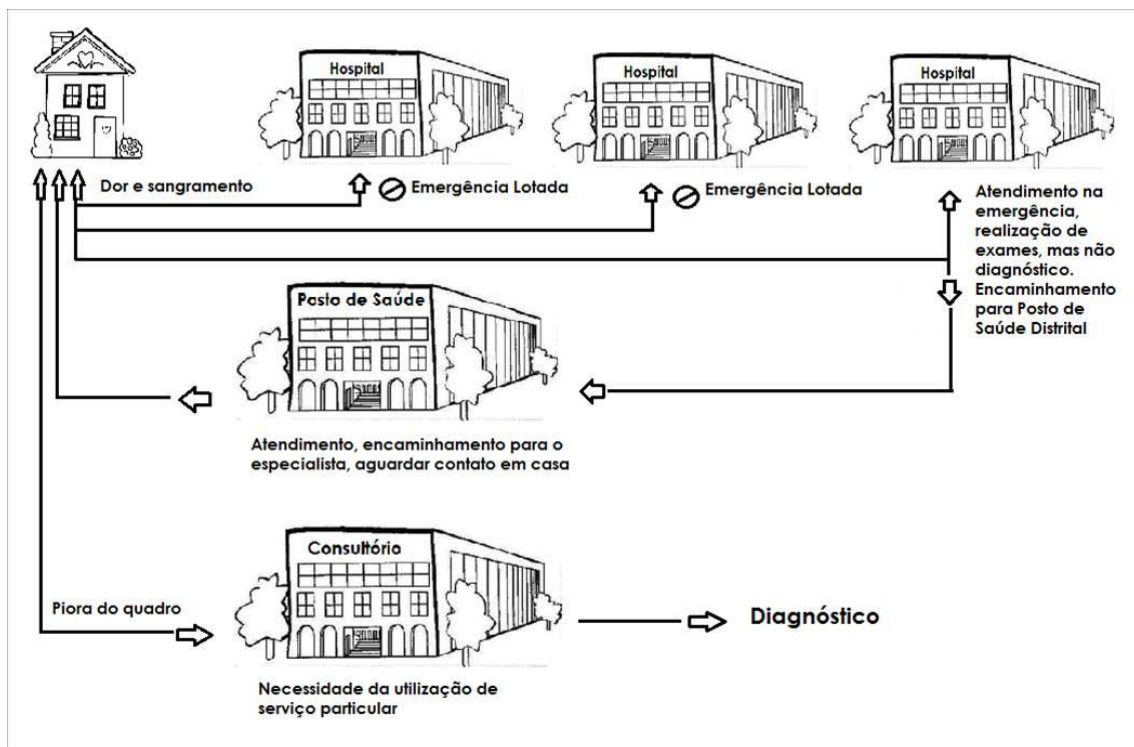


Figura 1. Trajetória de um usuário entrevistado em busca de um diagnóstico.

Tenho que lutar pela minha vida, né? Tem gente que parece que veio ao mundo à passeio...

A atual organização do acesso aos serviços desconsidera as dificuldades que os usuários encontram para chegar ao serviço, tais como a falta de recursos para o deslocamento, alimentação e alojamento, além da escassez de informações sobre os serviços de saúde e as filas para marcação de consultas. Por isso, freqüentemente os usuários necessitam de um suporte de pessoas (familiares, amigos e profissionais de saúde) e/ou instituições (igrejas, ONGs) para sua busca e garantia de acesso ao cuidado em saúde no sistema público¹³.

Em face disto, um aspecto muito importante observado é a força de vontade dos usuários, que muitas vezes enfrentam o desconhecimento, falta de orientação ou explicações vagas, vindos dos profissionais da área da saúde, tomando conhecimento através de vizinhos, colegas e amigos, descobrindo assim a existência dos medicamentos de forma gratuita, indo então em busca dos documentos necessários, bem como o desconhecimento e pouco envolvimento de alguns profissionais habilitados em preencher os laudos necessários exigidos pelo estado.

Sendo assim, os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde¹, sendo manifestadas nos itinerários terapêuticos as dimensões do individualismo e do coletivo, através das escolhas por cuidados em saúde que podem resultar em itinerários múltiplos, diversificados, complexos ou até no não-cuidado¹⁴.

Não podemos afirmar que todas as terapêuticas adotadas no nível popular são decorrentes de um 'processo de escolha', porém é muito significativo o 'fazer sentido' para o indivíduo, e esta pode ser a forma de racionalização empreendida: a lógica permeada por conhecimentos e hábitos culturais, muitos dos quais sem justificativa aparente, mas que constroem a forma como o mundo é entendido pelo indivíduo e, mais que isto, negociado nas relações sociais e legitimado pela sociedade¹⁵.

Tenho o diagnóstico há uns 15 anos. Sempre me tratei pelo Ipê no Instituto de Cardiologia. Meu medicamento é judicial pois não posso ficar sem.

Há uns 11 anos, fui doar sangue e me ligaram depois dizendo que tinha algo errado com meus exames, e assim descobri que tinha hepatite C. O médico que me orientou a entrar na justiça para conseguir o tratamento.

Em alguns depoimentos podemos perceber indícios da “judicialização da saúde”. A intervenção judicial no âmbito da gestão do setor saúde tem sido alvo de intenso debate e, recentemente, ganhou destaque no Supremo Tribunal Federal (STF), com a realização de audiência pública, que possibilitou a interlocução entre os envolvidos. É consenso que o uso da via judicial para o fornecimento de medicamentos presentes nas listas oficiais públicas é uma forma legítima de garantir o pleno exercício do direito à assistência individual terapêutica, que integra o direito à saúde na lei brasileira¹⁶.

A FME atende estes usuários que possuem processo pela via judicial, que é a caracterizada pela demanda de medicamentos que não são contemplados pelas listas oficiais e como pode ser visto nos depoimentos, esta via também é utilizada por usuários que acreditam que desta forma o medicamento “nunca faltará”.

Um ponto importante se refere ao acesso aos medicamentos que não constam na seleção de medicamentos integrantes da política da assistência farmacêutica. A não seleção e incorporação de determinados medicamentos pelos gestores públicos pode ser justificada, por exemplo, em razão do recente registro de alguns medicamentos pleiteados, ou por não possuir registro na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para uso no país, ou ainda, por tratar-se de indicação terapêutica não autorizada no registro e/ou no protocolo terapêutico estabelecido pelo SUS¹⁶.

A idéia de que itinerários terapêuticos são construídos especialmente por meio do acionamento de alternativas terapêuticas escolhidas com base na atribuição de diferentes causas às doenças, ou então na avaliação de resultados obtidos por estas alternativas, tal como nos resultados citados, supõe, portanto, que os sujeitos destas experiências possuem notável compreensão do que se passa com eles, de seus atos e das conseqüências destes para com suas condições. Além de se perceberem doentes, identificariam suas doenças, julgariam suas causas, reconheceriam suas características mais importantes, suas relações com múltiplos outros fatores e calculariam os efeitos produzidos por intervenções igualmente variadas – enfim, ordenariam e classificariam suas doenças em quadros eminentemente simbólicos, mas com reverberações práticas. Contudo, apenas a identificação de uma classe de causa por si só implica o manejo de

sintomas, de sistemas nosológicos, de esquemas etiológicos etc. Mais do que isso, requer a análise e adequação destes em casos concretos específicos¹⁷.

Descontentamento do usuário de saúde

Presente em muitos discursos, a queixa sobre a demora no atendimento e encaminhamentos, bem como a falta de especialistas em relação ao sistema público é recorrente. Observou-se em algumas falas o conformismo, sendo quase um desacreditar na área da saúde. Como se a forma de atendimento, seja ela qual for, faça parte do processo de saúde.

As formas de enfrentar a doença e de minimizar os impactos de eventos imprevistos sobre a saúde dos indivíduos se deve muito à capacidade individual de tomar decisões, ao mesmo tempo que mobiliza redes coletivas de apoio social e outros tipos de recursos sociais, mesmo havendo influência das concepções de saúde, da doença e do corpo, e dos recursos de saúde disponíveis. A maneira como colocam em prática o conhecimento ou o modo pelos quais eles enfrentam os eventos pode vir a perturbar o frágil equilíbrio de suas vidas cotidianas¹.

A gente caminha, se incomoda, mas faz parte [...]

Eu fiz bastante tempo de hemodiálise, e um dia me encaminharam para a Santa Casa para esperar pelo transplante. Um dia veio. Hoje pego medicamentos aqui, no postinho e alguns o próprio hospital me dá.

Foi possível perceber que os grandes hospitais públicos de Porto Alegre, como o HCPA e HNSC são referência em tratamentos complexos e conseguem fornecer aos usuários o acompanhamento das suas doenças, auxiliando os tratamentos, indicando satisfação com o Sistema de Saúde.

O cotidiano dos indivíduos – seus sofrimentos e desesperanças, suas ambigüidades entre conformismo e resistência, entre o olhar do outro e a aceitação, entre a resignação e a esperança – suscitam questões e evidenciam a importância do papel dos indivíduos na gestão cotidiana dos problemas e no estabelecimento de prioridades. Encontrar soluções, reinventar a partir do nada, recriar uma vida coletiva, tudo isto possui uma expressão simbólica expressiva, portadora de ensinamentos, que um olhar distante é incapaz de compreender¹.

Medicamentos

Tenho essa doença desde criança, cuido desde meus 20 anos, mas só a pouco tempo comecei com a medicação.

Uso esse remédio depois que tive o infarto, há um ano.

O medicamento abarca um conjunto de simbolismos que ultrapassa o seu valor farmacológico e influencia diretamente suas formas de utilização. Os valores e os significados que lhe são atribuídos, o símbolo de saúde, materializado e ao alcance por meio do acesso aos medicamentos, é o mais notável e reconhecido pela sociedade. No entanto, também pode simbolizar a própria doença e a condição de doente, dificultando o seguimento dos tratamentos. Iniciar um tratamento medicamentoso significa aceitar a própria doença¹⁸.

A necessidade e a valorização dos medicamentos foram referidas pela maior parte dos usuários, e é claramente relacionada ao fato de que as entrevistas foram realizadas na área de dispensação de medicamentos da farmácia. Mesmo assim, forma observados depoimentos relacionando outras práticas de cura.

Tenho feito também acupuntura e tenho ido ao centro espírita, me ajuda muito.

Uma vez a médica me perguntou se eu tomava os comprimidos direito, pois achava que eu deveria estar melhor... eu precisei dizer que não, pois eu não tinha condições de comprar. Foi assim que ela me disse que eu poderia retirar aqui.

Podemos perceber que a população possui saberes que nem sempre estão validados academicamente. Muitos profissionais entendem que a solução para todos os males está na medicalização e no saber comprovado cientificamente. Ao legitimarem terapêuticas científicas, outorgam às práticas resultantes da medicina convencional a única possibilidade de êxito na saúde do usuário. Julgam seus saberes como soberanos e nem cogitam outra possibilidade de tratamento, despersonalizando o indivíduo¹⁹.

A terapêutica deve envolver as várias dimensões da ‘doença’ – emocionais, sociais, comportamentais e religiosas, exigindo que o tratamento deva ser ampliado. O atendimento integral somente ocorrerá quando o profissional combinar as várias instâncias que constituem o universo popular. Dessa forma, as práticas em saúde se

entrelaçam em redes que interagem e influenciam-se mutuamente, potencializando a busca de soluções às problemáticas experienciadas¹⁹.

Humanização no atendimento

Quando eu preciso do especialista eu pago consulta. Uma vez consegui consultar com reumato no Pam 3, mas não gostei, ele nem me olhou, foi muito grosseiro. Faço acompanhamento pelo posto de saúde pois sou diabética também, e quando preciso pago consulta com o especialista.

Eu sentia muita dor e então ia pro HPS (Hospital de Pronto Socorro) e eles não me diziam nada, me davam remédio e me mandavam para o posto perto da minha casa. Quando suspeitaram de artrite, me encaminharam para o HCPA e comecei a consultar lá. Depois comecei a trabalhar e me deram plano de saúde, então comecei a consultar pelo convênio com um médico, que me atende na Santa Casa e no consultório também.

Eu me tratava na posto em Sarandi, minha cidade. Tinha muita dor de cabeça, mas acho que o médico não sabia o que eu tinha. Um dia vim a Porto Alegre com meu marido e desmaiei na rodoviária. A ambulância me levou pra emergência do hospital e lá descobriram que eu tinha glaucoma.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho²⁰.

A problemática adjetivada como desumanização, conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente a problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho, etc, derivam de condições precárias da organização de processos de trabalho, na perspectiva da PNH. Ou seja, estes problemas são a expressão

fenomênica - tomam expressão concreta e real - de certos modos de se conceber e de ser organizar o trabalho em saúde²⁰.

As práticas de saúde organizadas segunda a lógica do modelo biomédico priorizam o diagnóstico e o tratamento das doenças definidas pelo saber técnico científico, e tendem a se afastar do sujeito doente e seu cuidado. Embora alguns serviços em saúde sejam cobrados pela produtividade, ou seja, pela quantidade de consultas, exames e procedimentos realizados, e disponibilizem pouco tempo para ouvir os relatos dos sujeitos, o que se percebe é que não se trata apenas de falta de tempo. É preciso levar em conta que é inerente a racionalidade da biomedicina não se ater ao relato do paciente, muitas vezes considerado “impreciso” e “subjetivo”, mas buscar a doença no organismo, pelo exame físico ou por instrumentos técnicos. O cuidado é mais do que um ato pontual, é uma atitude interativa de atenção, preocupação e responsabilização para com o outro, e inclui o acolhimento, a escuta dos sujeitos e o respeito pelo sofrimento e suas histórias de vida. Cuidar dos sujeitos é ajudá-los a aliviar o sofrimento e dar-lhes o apoio necessário para superar as dificuldades e enfrentar os impasses do cotidiano²¹.

Planos de Saúde X Estórias de Êxito do Sistema Público de Saúde

Faz uns 31 anos que descobri que sou diabética. Naquela época o médico da família me encaminhou pro Conceição. Depois me mudei para Curitiba e lá tinha o convênio da empresa do meu marido. Agora que voltamos temos Unimed. Consulto e faço exames pela Unimed.

Tenho o diagnóstico da minha doença há 5 anos. Sempre consulto com médico pelo convênio, no Hospital da PUC. Levei uns 8 meses para conseguir meu remédio aqui.

Tenho essa doença há uns 4 anos. Consulto e faço acompanhamento em um posto de saúde do Hospital Conceição.

Foi em 2001 que descobri (hepatite autoimune), eu estava muito magra, com dor e amarelada. Fui pra emergência do Conceição onde eles fizeram muitos exames e me internaram, onde fiquei por 5 dias e fui muito bem tratada.

Eu sempre consultava, quando precisava, no posto Santa Marta. Uma época comecei a ficar coma pressão mais alta, muito inchaço, e me encaminharam para o médico no HCPA. Ele disse que eu estava com problema renal. Foi lá mesmo que me encaminharam para cá.

No Brasil, diferentemente dos países europeus, o setor privado da saúde antecede historicamente a formulação do sistema público. Ao longo da história, diversos arranjos de financiamento e provisão de serviços de saúde foram propostos para dar conta da saúde pública e privada²².

Em relação ao serviço público, com o propósito de melhorar o desempenho dos serviços e o impacto das políticas de saúde, os pactos das três esferas de governo têm oportunizado aos municípios a estruturação e operacionalização de departamentos, serviços, tecnologias e insumos voltados ao desenvolvimento da gestão, particularmente na atenção básica à saúde. O SUS tem desenvolvido sua capacidade de pactuação interfederativa e intergovernamental, ampliado as responsabilidades, as atribuições e as competências de estados e municípios na gestão da saúde²³.

A adoção de novas abordagens analíticas em avaliação na saúde na perspectiva do direito, enfatizando o uso de metodologias avaliativas centradas nos usuários, tem no reconhecimento dos itinerários e sua relação com as redes de atenção em saúde a confirmação do papel cidadão e de gestão social da saúde. A apresentação e análise da experiência de adoecimento e de busca por cuidado em saúde nos oferecem contribuições importantes para estudos avaliativos sobre a gestão em saúde².

Considerações Finais

Para melhorarmos uma situação, seja ela qual for, é necessário o máximo de conhecimento que podemos ter sobre ela. No caso das trajetórias assistenciais relatadas neste trabalho, fica evidente que uma educação visando o entendimento e o questionamento, é mais importante e necessária do que percebemos no nosso dia-a-dia.

Se uma das definições de itinerário terapêutico fala sobre escolha de caminhos, no que se refere a obtenção do medicamento, os usuários que buscam os componentes especiais e especializados podem possuir opções em alguns casos limitada.

O conhecimento do usuário a cerca do seu quadro é essencial para este acesso, bem como o entendimento dos seus direitos e necessidades. Também é essencial a informação e humanização no atendimento nos estabelecimentos de saúde, sejam públicos ou privados, que apresentam problemas igualmente graves, relacionados à capacidade de atendimento no primeiro e poder de resolução no segundo.

A descentralização da distribuição do componente especial e especializado é de extrema importância e visa facilitar a dispensação dos medicamentos e diminuir assim

esta trajetória assistencial que, quando muito trabalhosa, complexa e dependente de variáveis como deslocamento, tempo, etc, pode levar muitos usuários a não realização dos tratamentos ou a sua interrupção.

A interrupção ou afastamento do itinerário terapêutico pode acarretar no não-cuidado e desta forma tornar o processo de atenção a saúde problemático ou falho.

Referências

1. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2a. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009. parte IV, p280.
2. Pinheiro R, Silva Junior AG. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1ª. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. parte I, p33.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Itinerários terapêuticos: relação público - privado e arranjos tecnoassistenciais na utilização de serviços na região sul do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: ANS, 2007. [citado 2013 Jun 09]; Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/UFRGS_Itinerariosul.pdf
4. Sant’Ana JMB, Pepe VLE, Osório-de-Castro CGS, Ventura M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. Rev Panam Salud Publica [periódico na Internet]. 2011 [citado 2013 Jun 09]; 29(2): 138–44. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a10v29n2.pdf>
5. Ministério da Saúde (Brasil). Entendendo o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Lima-Dellamora EC, Caetano R, Osorio-de-Castro CGS. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2012 [citado 2013 Jun 09]; vol.17, n.9, pp. 2387-2396. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a19v17n9.pdf>
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional.

- Brasília: MS, 2004. [citado 2013 Jun 09]; Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documenta3.pdf>
8. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. [citado 2013 Jun 09]; Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br>
 9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [citado 2013 jun 04]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
 10. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz; 2009.148p.
 11. Sestelo JAF, Souza LEPP, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2013 [citado 2013 Jun 09]; vol.29, n.5, pp. 851-866. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n5/04.pdf>
 12. Cavicchioli AC, Menossi MJ, Lima RAG. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2007 [citado 2013 Jun 09]; vol.15, n.5, pp. 1025-1032. ISSN 0104-1169. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a21.pdf
 13. Pinheiro R, Silva Junior AG. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1ª. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. parte I, p33.
 14. Pontes ALM, Furtado S, Martins C, Matta GC, Morosini MVCG. Itinerários terapêuticos e Estratégia de Saúde da Família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. parte IV. p. 237.
 15. Leite SN, Vasconcellos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. Hist. cienc. saude-Manguinhos [periódico na Internet]. 2006 [citado 2013 Jun 09];

- vol.13, n.1, pp. 113-128. ISSN 0104-5970. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n1/07.pdf>
16. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2010 [citado 2013 Jun 09]; vol.15, n.5, pp. 2405-2414. ISSN 1413-8123. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a15.pdf>
 17. Pereira DN. Incertezas de pacientes no sistema público de saúde. Physis [periódico na Internet]. 2010 [citado 2013 Jun 09]; vol.20, n.1, pp. 145-169. ISSN 0103-7331. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a09v20n1.pdf>
 18. Guerin GD, Rossoni E, Bueno D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2012 [citado 2013 Jun 09]; vol.17, n.11, pp. 3003-3010. ISSN 1413-8123. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a16.pdf>
 19. Junges JR, Barbiani R, Ávila Soares N, RBP Fernandes, Lima MS. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2011 [citado 2013 Jun 09]; vol.16, n.11, pp. 4327-4335. ISSN 1413-8123. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a05v16n11.pdf>
 20. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Volume 1: Formação e Intervenção. Brasília: MS, 2010. [citado 2013 Jun 09]; Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
 21. Lacerda A, Guimarães MB, Lima CM, Valla VV. Cuidado integral e emoções : bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2a. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009. parte IV, p250.
 22. Gerschman S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. Ciênc. saúde

coletiva [periódico na Internet]. 2008 [citado 2013 Jun 09]; vol.13, n.5, pp. 1441-1451. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/10.pdf>

23. Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi, Thumé E, Silva SM, Dilélio AS, Maia MFS . Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2010 [citado 2013 Jun 09]; vol.26, n.9, pp. 1714-1726. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/05.pdf>