

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

**INFLUÊNCIA DAS TERRITORIALIDADES NO USO DE MEDICAMENTOS NO
TERRITÓRIO DE ITABIRINHA – MG**

Governador Valadares/MG

2022

CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA

**INFLUÊNCIA DAS TERRITORIALIDADES NO USO DE MEDICAMENTOS NO
TERRITÓRIO DE ITABIRINHA – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território da
Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), como
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa Dra. Suely Maria Rodrigues

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Ferreira Marçal

Governador Valadares/MG

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

P324i Paula, Claudia Costa da Silva
Influência das territorialidades no uso de medicamentos no território
de Itabirinha-MG / Cláudia Costa da Silva Paula. – 2022.
118 f.

Orientadora: Suely Maria Rodrigues.
Coorientador: Pedro Henrique Ferreira Marçal.
Dissertação (mestrado em Gestão Integrada do Território) –
UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, 2022.

1. Medicamentos - Utilização. 2. Itabirinha (MG). 3.
Automedicação. 4. Medicamento – Abuso. I. Rodrigues, Suely Maria.
II. Marçal, Pedro Henrique Ferreira. III. Título.

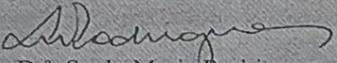
CDD-615.8

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território
ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA

Matrícula Nº 72.536

Ao primeiro dia do mês de junho de dois mil e vinte e dois (01/06/2022), às 14 horas, por meio de tecnologias de reunião à distância, utilizando como recurso o Google Meet, sob a coordenação da Profª. Drª. Suely Maria Rodrigues, Professora Orientadora, reuniram-se os membros efetivos da Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada: **“Uso irracional de medicamentos: influência das territorialidades na perspectiva do usuário”**, elaborada pelo discente **Claudia Costa da Silva Paula**, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – GIT/Univale – Nível Mestrado Acadêmico, Linha de Pesquisa: Território, Saúde e Sociedade. A Banca Examinadora foi composta pelos(as) professores(as): Dr. Pedro Henrique Ferreira Marçal (Coorientador - GIT/UNIVALE), Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva (GIT/UNIVALE) e Drª Waneska Alexandra Alves (UFJF/GV). A professora orientadora iniciou a sessão apresentando os componentes da Banca Examinadora e informou que a discente atendeu as exigências do Art. 82 do Regulamento do Programa. Em seguida, apresentou a discente, leu o título da dissertação e lhe passou a palavra. Feita a apresentação por parte da mestranda, os avaliadores fizeram questionamentos e comentários. Em todos os momentos foi dado o direito à discente de responder aos questionamentos. Por fim, a Banca se reuniu sem a participação da discente e do público, decidindo pela: () Aprovação; (X) Aprovação com solicitação das revisões, constantes nas “observações”, no prazo máximo de 60 dias; () Reprovação. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Banca. **OBSERVAÇÕES:** Readequar a Metodologia; atualizar as Referências bibliográficas; inserir mais discursos dos participantes; Resultados em consonância com a Metodologia; rever a estrutura do Resumo.

Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Banca Examinadora.



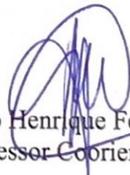
Drª. Suely Maria Rodrigues

Professora Orientadora



Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva

Avaliador



Dr. Pedro Henrique Ferreira Marçal

Professor Coorientador



Drª. Waneska Alexandra Alves

Avaliadora



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA

“Uso irracional de medicamentos: Influência das territorialidades na perspectiva do usuário”

Dissertação aprovada em 01 de junho de 2022,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:

Prof.ª Dr.ª Suely Maria Rodrigues
Orientadora – GIT/Univale

Prof. Dr. Pedro Henrique Ferreira Marçal
Coorientador – GIT/Univale

Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Examinador – GIT/Univale

Prof.ª Dr.ª Waneska Alexandra Alves
Examinadora – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF/GV

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter dado força, coragem e determinação, para superar obstáculos e alcançar o tão objetivo esperado.

Aos meus pais, irmãos, avós, tios e tias, que sempre torceram por mim, que sempre me incentivaram, confortaram e teceram palavras de conforto e ânimo diante das dificuldades.

Lurdinha e José Carlos, que sempre me apoiaram e me deram força para eu continuar.

De uma forma muito especial à minha orientadora Suely Rodrigues, que em meio a inúmeras dificuldades e imprevistos, sempre esteve me apoiando e incentivando, de uma forma gentil sempre esteve à disposição para o que eu precisasse, sempre me passou segurança o que conduziram para os resultados desta pesquisa.

Ao meu esposo Allam de Paula, que soube ter paciência, compreensão, que foi companheiro em todos os desafios desta pesquisa, sempre incentivando e mostrando que eu era capaz de chegar ao final.

Aos meus queridos amigos do GIT, em especial Michelle, Adeilson, Yuri, Wemerson, que estiveram mais próximos, que apesar da distância se fizeram presentes em todas as etapas, sempre incentivando e dando força.

A todos os professores do GIT, que forneceram-me grande conhecimento, além de mostrarem o quanto é prazeroso as reflexões e conceitos de território.

Ao meu coorientador Pedro Henrique Marçal, ao qual sempre possuí grande admiração desde a graduação, além de professor, coordenador, estava sempre próximo.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde e a coordenação de Atenção Básica, que confiaram a mim os seus pacientes e se colocaram à disposição para o que eu precisasse para realização das entrevistas.

A todos os sujeitos da pesquisa, que demonstram muita simpatia e disponibilidade para responderem as perguntas e fornecer informações, que foi imprescindível para a realização desta dissertação.

Agradeço a todos que me incentivaram, conversaram, apoiaram, de forma direta ou indireta, todos que estiveram próximos a mim diante desse grande desafio, mas também de grande crescimento, não só profissional e acadêmico, mas também pessoal.

Muito Obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo compreender a influência das territorialidades no uso de medicamentos em indivíduos residentes no território de Itabirinha/Minas Gerais. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagem essencialmente qualitativa, porém houve a caracterização da amostra por meio da aplicação de um questionário sócio demográfico, indicadores de saúde e caracterização do uso de medicamentos. A amostra foi do tipo intencional, constituída por 13 indivíduos, de ambos os sexos, na faixa etária de 40 anos ou mais, usuários do Estratégia de Saúde da Família, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Centro de Referência da Assistência Social. Aplicou-se um questionário, visando quantificar a frequência da utilização de medicamentos sem prescrição/orientação; e um inventário sócio demográfico com a finalidade de caracterizar a amostra, conhecer os indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas a partir de cinco temáticas: 1) Significado do medicamento; 2) Interpretação da utilização do medicamento no dia a dia; 3) Conhecimento dos riscos causados pelo uso de medicamento sem receita; 4) Acesso aos medicamentos. Para a apuração dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. Os resultados qualitativos identificaram as categorias para a temática 1: (a) Melhorar a doença e (b) Tirar a dor; temática 2: (a) Coisa boa e (b) Aliviar a dor; temática 3: (a) Possui conhecimento; temática 4: (a) Comprar na farmácia. Esses resultados apontam para aquilo que o medicamento representa na vida desses sujeitos e como o uso desses medicamentos pode influenciar no processo saúde/doença dos mesmos. Esses resultados apontam para as diversidades de significados e conhecimento a respeito do medicamento, bem como das ações de promoção e cuidado no campo da saúde no território estudado. Pôde-se concluir que as multiterritorialidades vivenciadas pelos entrevistados está caracterizada por ações de cuidado no campo da saúde a partir de crenças individuais. Identificou-se dificuldade de acesso a consultas médicas que podem representar situações de risco com a automedicação. Trata-se, portanto, de um território marcado por instabilidades políticas, econômicas e simbólicas, que têm implicações na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Automedicação. Uso irracional. Territorialidades. Medicamentos.

ABSTRACT

This research aimed to understand the influence of territorialities on the use of medicines in individuals residing in the territory of Itabirinha/Minas Gerais. Its about an observational, descriptive, cross-sectional study, with an essentially qualitative, but there was the characterization of the sample through the application of a questionnaire socio-demographic, health indicators and characterization of medication use. The sample was of the intentional type, consisting of 13 individuals, of both sexes, aged 40 years or more, users of the Family Health Strategy, of the Expanded Health Nucleus of Family and Social Assistance Reference Center. A questionnaire was applied, aiming quantify the frequency of use of non-prescription/guidance medication; it is a sociodemographic inventory with the purpose of characterizing the sample, knowing the health indicators and use of health services. Qualitative data were obtained through semi-structured interviews based on five themes: 1) Meaning of the medicine; 2) Interpretation of the daily use of the medication; 3) Knowledge the risks caused by the use of over-the-counter medication; 4) Access to medicines. For the determination of the data was used the technique of Content Analysis, proposed by Bardin. You qualitative results identified the categories for theme 1: (a) Improving the disease and (b) Take away the pain; theme 2: (a) Good thing and (b) Alleviating pain; theme 3: (a) Has knowledge; theme 4: (a) Buying at the pharmacy. These results point to what the drug represents in the lives of these subjects and how the use of these drugs can influence their health/disease process. These results point to them diversities of meanings and knowledge about the medication, as well as the actions of promotion and care in the field of health in the territory studied. It could be concluded that the multi-territoriality experienced by the interviewees is characterized by care actions in the field of health from individual beliefs. Difficulty in accessing medical consultations that may represent risky situations with self-medication. It is, therefore, of a territory marked by political, economic and symbolic instabilities, which have health implications.

KEYWORDS: Self-medication. Irrational use. Territorialities. Medicines.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da frequência das variáveis sócio demográficas dos participantes da pesquisa. Itabirinha, Minas Gerais, 2021, (n=13) **38**

Tabela 2- Distribuição da frequência dos indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde pelos participantes da pesquisa. Itabirinha, Minas Gerais, 2021, (n=13) **43**

Tabela 3- Distribuição da frequência do uso de medicamentos, dos participantes da pesquisa. Itabirinha, Minas Gerais, 2021, (n=13) **46**

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Descrição das temáticas e categorias identificadas a partir da análise e conteúdo dos relatos dos participantes.....	51
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP- Comitê De Ética Em Pesquisa

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CNMAF- Conferência Nacional De Medicamentos E Assistência Farmacêutica

CONITEC- Comissão Nacional De Incorporação De Tecnologias

CRAS- Centro De Referência De Assistência Social

ESF- Estratégia De Saúde Da Família

IBGE- Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística

IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

NASF- Núcleo Ampliado De Apoio A Saúde Da Família

OMS- Organização Mundial Da Saúde

PNAF- Política Nacional De Assistência Farmacêutica

PNM- Política Nacional De Medicamentos

PNS- Política Nacional De Saúde

RENAME- Relação Nacional De Medicamentos Essenciais

SUS- Sistema Único De Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2.1 Assistência farmacêutica no sistema único de saúde	14
2.2 Uso irracional de medicamentos: aspectos históricos no brasil	16
2.3 Produção social e o uso irracional de medicamentos no território vivido pelos usuários	20
2.4 Território e territorialidades: conceitos e entrelaçamentos	22
3 OBJETIVOS	27
3.1 Geral	27
3.2 Específicos	27
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 Abordagem e modelo do estudo	28
4.2 Universo de estudo.....	28
4.3 Amostra	30
4.4 Critérios de inclusão/ exclusão	30
4.5 Estudo piloto	31
4.6 Aspectos éticos	31
4.7 Coleta de dados e análise dos dados.....	32
4.7.1 Dados qualitativos.....	32
4.7.2 Dados sócio demográficos	33
4.7.3 Análise dos dados	34
5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	36
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
6.1 Caracterização sócio demográfica da amostra	37
6.1.2 Caracterização dos indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde da amostra	42
6.2 Dados qualitativos	50
6.2.1 Temática 1: significado do remédio	52
6.2.1.1 Categoria 1: melhorar a doença	52
6.2.1.2 Categoria 2: tirar a dor.....	60

6.2.3 Temática 2: interpretação da utilização do remédio no dia a dia	63
6.2.3.1 Categoria 1: coisa boa.....	64
6.2.3.2 Categoria 2: alivia a dor.....	69
6.2.4 Temática 3: conhecimento dos riscos causados pelos remédios sem receita	72
6.2.4.1 Categoria: possui conhecimento	72
6.2.5 Temática 4: acesso aos remédios	79
6.2.5.1 Categoria 1: compra na farmácia.....	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	89
ANEXO A-PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA)	106
ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE ...	110
ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	114
ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA	116
ANEXO E – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE	117

1 APRESENTAÇÃO

Essa pesquisa se inscreve como parte de uma trajetória em conjunto de esforços que pesquisadores de diferentes áreas do curso de pós-graduação do Mestrado em Gestão Integrada do Território têm empreendido para entender as questões do território de uma maneira interdisciplinar. A pesquisa busca identificar a influência das territorialidades na escolha do tipo de tratamento na perspectiva do usuário a ponto de incorporá-lo como uma cultura e, acreditar que o medicamento tenha o poder de transformar o curso do processo saúde doença. Ao falar de percepção descreve-se a forma como as pessoas percebem o meio à sua volta se associando a diversos fatores, tanto de origem filogenética, ontogenética ou mesmo cultural, no qual a pesquisa foca.

Executar essa pesquisa foi um grande desafio. Inicialmente, a maior dificuldade foi desenvolver um olhar ampliado e interdisciplinar, uma vez que o conhecimento originado da graduação e pós-graduação se caracterizou por um olhar voltado para questões específicas da área de atuação. Conhecer e compreender os conceitos/concepções de território, bem como trazê-los para aplicação na área da saúde, representa um esforço empreendido para a pesquisa.

Após cumprimento das disciplinas do Programa de mestrado, estabeleceram-se um tema provisório, realizou-se levantamentos bibliográficos, e foram definidos objetivos da pesquisa, natureza e os instrumentos a serem empregados para o desenvolvimento da mesma. Nessa trajetória destaca-se a inserção da pesquisadora na observação do usuário da Atenção Básica de Saúde com foco no uso de medicamentos e como as territorialidades poderiam influenciar nesse uso.

No contexto das sociedades contemporâneas, os sujeitos, comumente, têm direcionado os seus objetivos para a ausência de sofrimento e na busca de soluções rápidas para seus problemas, transformando esses aspectos em ideais de vida a serem alcançados.

Analisando que as territorialidades podem ser consideradas como a ineficiência da atenção primária à saúde, polifarmácia, a falta de prescrição de acordo com as diretrizes clínicas, uso inadequado, cultura de farmácia caseira, uso de chás, ou seja, as territorialidades se traduzem como a percepção do sujeito ao território em qual ele pertence, se traduzem em forma da própria cultura, e quanto aos medicamentos isso não é diferente. A pergunta para o desenvolvimento da pesquisa é: Qual a influência das territorialidades no uso de medicamentos entre os indivíduos residentes no território de Itabirinha/MG?

Adotando-se, um percurso interdisciplinar, a presente dissertação foi estruturada em cinco sessões. A primeira se concentra na Revisão de Literatura, a partir da contextualização

da: “Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde” que aborda os principais conceitos da Assistência Farmacêutica no SUS, implementação, avanços e contribuição para o acesso aos medicamentos, bem como a promoção do uso racional, além de demonstrar os desafios ainda empreendidos. “Uso Irracional de Medicamentos: Aspectos Históricos no Brasil” abordando os aspectos históricos do uso irracional de medicamentos, onde destaca-se que antes da chamada revolução farmacológica a utilização de medicamentos era realizada à base de plantas medicinais e chás, porém depois da introdução de medicamentos industrializados em grande escala, o medicamento foi introduzido na cultura como uma mercadoria e símbolo de saúde. “Produção Social e o Uso Irracional de Medicamentos no Território Vivido pelos Usuários”, foi conceituado e descrito a relação do usuário e o medicamento, a influência que o medicamento exerce na vida dos sujeitos, discorre conceitos do medicamento e a produção social, o medicamento como símbolo e sinônimo de saúde, a visão dos sujeitos sobre os medicamentos e para eles os mesmos funcionam como uma representação de saúde, que no meio a materialidade, se apresenta na forma de um produto existente num mercado de oferta e procura de bens e serviços de saúde. “Território e Territorialidades: Conceitos e Entrelaçamentos”, onde são apresentadas as abordagens de território e territorialidades ligados aos conceitos de saúde e aos medicamentos numa perspectiva interdisciplinar.

Na segunda sessão apresentam-se os “Objetivos Geral e Específicos”, delimitando a finalidade que se pretendeu atingir com a elaboração desta pesquisa. Os procedimentos metodológicos utilizados para realização da pesquisa estão descritos na terceira sessão: “Metodologia”. Nessa etapa foi possível conhecer as perspectivas e características do estudo, a população estudada, as técnicas de coletas e análises de dados e os cuidados éticos empreendidos. Bem como garantindo o entendimento e a reprodução deste estudo.

Em “Resultados e Discussão”, quarta sessão, estão descritos os dados obtidos e as discussões destes com outros autores na tentativa de um diálogo. Realizou-se uma descrição literal dos significados e sentimentos expostos pelos entrevistados, observando os elementos que caracterizam a abordagem territorial para que, de fato, fosse respondido o problema da pesquisa. Na quinta sessão: “Considerações Finais”, elaborou-se uma síntese dos resultados obtidos, descrevendo as respostas possíveis às questões propostas nos objetivos do estudo.

Ressalta-se que compreender a percepção do sujeito do processo saúde/doença, bem como a influência da territorialidade no uso de medicamentos é uma condição imprescindível para seu pleno desenvolvimento e para ampliação de possibilidades de escolhas de estratégias para melhoria no acesso à saúde bem como na promoção do uso racional de medicamentos.

Vale ressaltar que as abordagens interdisciplinar e territorial do estudo se mostraram coerentes ao programa de pós-graduação stricto sensu mantido pela UNIVALE.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Assistência farmacêutica no sistema único de saúde

Através da Constituição Federal de 1988 o acesso à saúde tornou-se um direito social garantido. Dessa forma o Brasil se destaca como único país com a existência de um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito a toda população (BRASIL, 2018). Assim, a Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), visa à garantia do acesso a medicamentos, insumos e serviços farmacêuticos para toda população, baseado nos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS): “a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e a hierarquização” (BRASIL, 2018).

Após a institucionalização do SUS, com a garantia do acesso à saúde e também aos medicamentos para toda a população de forma igual, foi adotada e incluída a Assistência Farmacêutica como uma estratégia, para realização e implantação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada na Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998).

A implantação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), como parte integrante e essencial da Política Nacional de Saúde, compõe um marco importante e um salto para a Assistência Farmacêutica, facilitando ainda mais o acesso aos medicamentos. Porém, mesmo com avanços após a implantação da PNM, viu-se necessário garantir a efetivação das ações e estratégias da Assistência Farmacêutica buscando ampliar o acesso aos medicamentos, articulando e integrando novas ações dentro do sistema de saúde (BRASIL, 1998; 2004).

No contexto de articular maior atividade da Assistência Farmacêutica, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), em 2003, cujo tema foi “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social” (BRASIL, 2004).

Como resultado obteve-se a liberação de processos com a participação social, criando-se a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que efetivou a Assistência Farmacêutica como política de saúde (BRASIL, 2004). Definindo-a como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a

produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica fundamenta-se nos princípios da descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição (BRASIL, 2002).

De acordo com Marin *et al.* (2003), o medicamento no Brasil, “é considerado um bem de consumo e não um insumo básico de saúde, o que favorece a desarticulação dos serviços farmacêuticos”, concordando com o que já foi colocado pela autora, Wannmacher (2007) considera essa questão do medicamento como um bem de consumo na concepção de que:

As pessoas acreditam que encontrarão a solução para todos os males nos novos e promissores medicamentos. O comportamento estimulado é o mesmo referente a outros bens de consumo, em que alto custo, nome de marca, sofisticação e novidade (introdução recente) confundem-se com eficácia e resolutividade dos problemas (p.3).

A Assistência Farmacêutica continua em processo de atualização buscando melhorias no acesso aos medicamentos essenciais, a partir da publicação de novos atos normativos, como o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que instituiu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC); bem como a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 25, de 31 de agosto de 2017, que define as diretrizes de atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de forma a identificar os medicamentos oferecidos em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS. A RENAME adquire progressivamente um caráter norteador na seleção e na programação de medicamentos, na prescrição médica, além de subsidiar decisões de judicialização. Por conseguinte, todos os esforços de desenvolvimento, regulação, produção, provisão e utilização de medicamentos no SUS devem seguir as atribuições da RENAME (NASCIMENTO *et al.*, 2015; BRASIL, 2017).

Muitos avanços foram alcançados através do esforço para consolidação da Assistência Farmacêutica, permitindo que a população obtivesse melhoria do alcance a serviços e insumos farmacêuticos. Contudo apesar dos grandes avanços a realidade brasileira ainda se caracteriza por uma situação desigual no que diz respeito ao acesso a medicamentos, em especial os destinados à atenção primária (ÁLVARES *et al.*, 2017).

Para Dantas *et al.* (2005), “deve-se empreender esforços para melhoria do acesso, otimizando recursos, evitando desperdícios, promovendo a racionalização no uso dos medicamentos, melhorando a adesão ao tratamento e conseqüentemente à resolubilidade terapêutica”. Para esse objetivo é necessário que haja estruturação dos serviços para que os recursos humanos, financeiros e materiais possam atender as demandas. Alcançando a melhoria do acesso aos medicamentos pode-se empreender esforços para melhor distribuição, orientação e assim desacelerar o crescimento do uso de medicamentos de forma irracional, que perpassa aspectos culturais, políticos e históricos.

2.2 Uso irracional de medicamentos: aspectos históricos no brasil

A história dos medicamentos é tão antiga, quanto a história da própria humanidade, inicialmente a cura se dava através de plantas medicinais ou mesmo através de crenças religiosas, o que foi mudado através da introdução da ciência, que trouxe consigo uma evolução de análise e percepção. Com os avanços tecnológicos foram feitas novas descobertas e assim várias formas de tratamentos foram sendo introduzidas e aprimoradas (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

Após a II Guerra Mundial, ocorreu a chamada "explosão farmacológica" devido ao desenvolvimento de conceitos fundamentais em ciências biológicas marcando a chegada da industrialização e conseqüentemente da produção de medicamentos industrializados (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006), e é nesse período e contexto que o uso de medicamentos começa a se expandir. Com este novo modo de produção de medicamentos, os farmacêuticos práticos saem das farmácias, deixam de atuar como boticários e se afastam da manipulação dos medicamentos, bem como do contato com a população. A partir de 1950, observa-se o aceleração da substituição dos produtos de origem natural e os produzidos em pequena escala, pelos produtos de síntese e o avanço dos grandes complexos industriais farmacêuticos. O medicamento passa a ser visto cada vez mais como um produto de consumo a ser explorado pelo mercado. É então nesse período que se inicia o consumo de diversos produtos terapêuticos e são implantadas as propagandas farmacêuticas, fazendo com que a população comece a experimentar o “encanto” pelo uso dos medicamentos, visto que algumas doenças começavam a ser controladas, assim como o aumento da expectativa de vida (CAPRA, 1982; BARROS, 2002).

As propagandas de medicamentos, que não eram regulamentadas, incentivavam o uso dos mesmos de forma inadequada e a população, vê à sua disposição um arsenal enorme de medicamentos para tratar diversos males (BRASIL, 2004).

Este período é marcado pelo aumento da fascinação quanto ao uso dos medicamentos, bem como a expansão da publicidade farmacêutica. Nota-se o início da atenção voltada aos riscos causados pelo uso dos mesmos. Pinto *et al.* (2015) ressalta que a “expansão publicitária, incrementou a prática da automedicação no Brasil”. A partir de 1988 tem-se uma maior presença do Estado nas questões que envolvem a Assistência Farmacêutica, fundamentadas na constituição que entrava em vigor, e pela Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

De um lado tinham-se os medicamentos prescritos pelos médicos, que também eram influenciados pelas propagandas, e do outro os usuários que optavam pela automedicação, que é descrita pela Organização Mundial da Saúde (1998) como a seleção e o uso de medicamentos sem prescrição ou supervisão de um médico, e assim entendiam que situações menos graves poderiam ser tratadas por conta própria, sem conhecer os riscos escolhiam os medicamentos a ser utilizado (MACEDO; LOPES; BARBERATO, 2011).

Esse contexto e o tratamento dado pela publicidade farmacêutica expande ainda mais este “desejo” de obter saúde e sedimenta a cultura, já existente, de que para se ter saúde é preciso se medicar de forma constante, transformando a imagem do medicamento em um símbolo, como uma mercadoria que tem o poder de mudar a direção do processo saúde-doença, (ROCHA, 2014). Dessa maneira, o entrecruzamento das relações político-econômicas e culturais, resulta na formação do território e suas territorialidades na relação com o medicamento, em uma visão de símbolo de saúde proporcionando a irracionalidade de seu uso. Fatores político-econômicos estão ligados às políticas públicas que regulamentam o acesso aos medicamentos, enquanto os fatores culturais relacionam-se à forma como o usuário vem utilizando o medicamento no decorrer da história. Vale ressaltar que essa cultura foi construída com base na imagem do medicamento como sinônimo de cura, com a visão biomédica de saúde, bem como na prática da população de se tratarem diretamente com farmacêuticos práticos (boticários) (PINTO *et al.*, 2015).

No entanto considera-se que os medicamentos são indispensáveis para tratamento de problemas relacionados à saúde. Porém se não utilizado de forma correta podem causar danos, proporcionando efeitos adversos e intoxicações graves, o que os tornam um problema de saúde pública (AQUINO; BARROS; SILVA, 2010). O conhecimento insuficiente e a carência de informações quanto aos malefícios causados pelo uso inadequado de medicamentos resultam

em condutas de não adesão ao tratamento e fracasso da terapia medicamentosa, ou até mesmo complicações mais graves (PEREIRA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017).

A prescrição e orientação médica frente à terapia, desempenham importantes funções para que o indivíduo faça uso correto da medicação. A prescrição médica é um documento de referência que norteia e influencia as demais etapas da terapia. É um instrumento essencial de comunicação entre os profissionais de saúde e tem importante papel na prevenção e ocorrência de erros (PIRES *et al.*, 2017; PILTCHER *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2008), o uso irracional de medicamentos envolve várias condutas que incluem: a utilização simultânea de muitos medicamentos sem critérios técnicos, o uso inapropriado de classes farmacológicas e prescrições médicas inadequadas. Enquanto isso a automedicação é uma prática que traz a facilidade de oportunizar um meio mais rápido para a solução dos sintomas corriqueiros e que não geram a ideia da necessidade de buscar um serviço médico. Destaca os aspectos negativos dessa prática, que segundo a mesma a falta de conhecimentos especializados sobre a terapia, ou sobre características específicas do medicamento usado pelos consumidores pode resultar em alguns riscos.

Além da dificuldade de acesso à saúde pública e uma cultura antiga de utilização de medicamentos sem a devida prescrição ou orientação de um profissional, pode ocasionar mais problemas a quem busca a automedicação (SILVA *et al.*, 2012; OPAS, 2010). Dessa forma, Arrais *et al.* (2016), lista diversos fatores que contribuem para o aumento do consumo de medicamentos pela população tais como:

O aumento da expectativa de vida populacional e seu reflexo em forma de aumento no número de doenças crônicas, bem como o surgimento de novas doenças sejam elas transmissíveis, transtornos psiquiátricos e todas as doenças que surgem a partir da degradação do meio ambiente, poluição ambiental, mudanças climáticas, e até mesmo o aumento nos investimentos com o objetivo de garantir o acesso à saúde. E mesmo com todo o avanço na área médica, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ainda é grande, fator que aliado às propagandas de medicamentos isentos de prescrição e à cultura da farmácia caseira constituem fatores para a prática da automedicação. (p.2).

Observa-se que a quantidade excessiva de formulações farmacêuticas, facilidade ao acesso aos medicamentos, prática da automedicação, falta de informação ao usuário, propagandas farmacêuticas, informações insuficientes acerca dos medicamentos e prescrições erradas, constituem motivos para promover o aumento do consumo de medicamentos (SILVA *et al.*, 2017; MURI-GAMA; FIGUEIRA; SECOLI, 2018).

Dentre as consequências dos erros de prescrições considera-se as interações medicamentosas. Essas podem ser descritas como a administração de medicamentos concomitantemente, provocando alteração no potencial de ação do mesmo, ou potencializar o seu efeito, causando danos ou mesmo a morte, que se relaciona à quantidade elevada do número de medicamentos prescritos (MOREIRA *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2018; DAL PIZZOL *et al.*, 2010).

O uso irracional de medicamentos é configurado quando o paciente se automedica de acordo com indicação de pessoas não capacitadas, ou somente confiando em si mesmo na busca de aliviar seus sintomas, sem a orientação do farmacêutico, correndo o risco de sofrer reações adversas e interações medicamentosas, intoxicações e agravamento do quadro clínico (FERNANDES *et al.*, 2015; OFORI-ASENSO; AGYEMAM, 2016).

Diante do apresentado e conceituado a respeito do uso irracional de medicamentos e para corroborar com a pesquisa apresenta-se estudos realizados por alguns autores, que demonstram dados relacionados sobre o uso de medicamentos e as classes de medicamentos mais utilizados e os respectivos sintomas, em que mais são tomadas decisões de praticar o uso de medicamentos sem a devida orientação.

A pesquisa realizada por Sá *et al.* (2007), por intermédio da aplicação de questionários a 355 indivíduos, moradores da cidade de Salgueiro-PE, demonstram que as classes de fármacos mais envolvidos no processo de automedicação foram: Analgésicos 30% e antipiréticos 29%. Quanto aos fatores que mais induziram à automedicação: Dor 38,3%, febre 24,4%, distúrbios intestinais 8,0%. Silva *et al.* (2012), aponta para dados semelhantes com o desenvolvimento de um estudo transversal quantitativo, por meio da aplicação de questionários a estudantes de medicina da Universidade de Medicina, de Ribeirão Preto, segundo os dados obtidos demonstram que os medicamentos mais envolvidos no processo de automedicação são: analgésicos e antipiréticos 90,2%.

Em um estudo realizado em Goiânia com a temática uso de medicamentos demonstrou que entre os medicamentos envolvidos na prática de automedicação, estão entre as classes dos analgésicos e relaxantes musculares, entre os mais citados, de um total de 461 casos de automedicação, 142 correspondem a analgésicos e relaxantes musculares. Outro dado importante, demonstrado no estudo, é a correlação entre a escolaridade e a prática da automedicação, sendo que, quanto menor a escolaridade, maior a realização dessa prática (SANTOS *et al.*, 2013). Dessa forma entende-se que é um vasto campo a ser explorado, com vieses pautados em várias dimensões dos saberes, como um produto do território na dimensão vivida do seu cotidiano.

2.3 Produção social e o uso irracional de medicamentos no território vivido pelos usuários

Os medicamentos desempenham papel altamente relevante em questões relacionadas à saúde, a ponto do sujeito o considerar como um atributo de saúde, e nesse sentido capaz de mudar o rumo do processo saúde doença. Este comportamento pode ser considerado um problema, devido implicar em um consumo irracional, trazendo riscos diretos e indiretos, inerente a utilização de medicamentos (LEFÈVRE, 1991, p. 13).

O medicamento que desempenha uma função simbólica pressupõe que a doença pode ser considerada um fator orgânico, que através da mercadoria “remédio” pode ser enfrentado e ser curado, que é visto como o único modo cientificamente comprovado de se ter a restauração completa e desejada da saúde, isso em meio a uma sociedade altamente imatura e material. Os medicamentos funcionam como uma representação de saúde, que no meio a materialidade, se apresenta na forma de um produto existente num mercado de oferta e procura de bens e serviços de saúde, tomando o lugar de “símbolo de saúde” (LEFÈVRE, 1991).

De acordo com Paiva *et al.* (2016) na atualidade os indivíduos são constantemente incentivados a resolver alguns problemas sociais utilizando medicamentos. Destacam que o medicamento nesse cenário ocupa lugar privilegiado, sendo considerado um produto relevante e validado pela ciência. Portanto, considerado a solução para os problemas sociais de conduta e/ou comportamento. Dentre esses medicamentos Wannmacher (2007) citam os para insônia, tristeza, envelhecimento, sobrepeso, desatenção infantil, disfunção erétil, tabagismo, constipação, entre outros, e com a ajuda das propagandas farmacêuticas através dos diversos meios de comunicação, nesse âmbito é fortalecida a ideia de que utilizar medicamentos é sempre bom, quando isso pode trazer inúmeros transtornos e até mesmos problemas de saúde, ao invés de resolvê-los.

Diante dessas questões Lefèvre (1991, p.15) indica que o problema não está no “consumo do medicamento em si, mas no consumo inadequado, exagerado, leigo dos medicamentos” que condiz com a postura biomédica de analisar o indivíduo. A busca do medicamento no sentido de uma mercadoria simbólica conduz para o espaço social mais amplo das formações sociais capitalistas, onde pontifica a “Mercadoria e o símbolo” em relação de estreita interdependência. Para entender a questão do problema do consumo de medicamentos e o porquê se constitui um problema de saúde pública, como assim colocado, é necessário ultrapassar o nível descritivo de análise social, considerando a relação que é desenvolvida no território.

Nesse sentido os medicamentos em meio à sociedade e em sua formação social, segundo Lefèvre (1991, p.17) “não é uma, mas pelo menos três coisas: um agente quimioterápico, uma mercadoria, um símbolo”. Portanto, considera-se que o medicamento estabelece a cura, controla doenças e as previne. No entanto evidentemente essas três dimensões do medicamento descritas estão totalmente ligadas entre si, tanto que devem ser analisadas de forma integrada, e assim articular a ligação dessas dimensões em que se considera o medicamento.

No sentido de mercadoria, o medicamento aparece, nas formações sociais capitalistas, como uma das materializações ou símbolos de saúde. Considerando-o como um símbolo, em suas representações que em contato com algum corpo doente tem o poder de invadir os “determinantes sociais da doença”. O medicamento considerado enquanto sinal de saúde, até mesmo na medida em que o usuário leigo não tem ideia de como funciona no organismo, é a possibilidade mágica que a ciência, por intermédio da tecnologia, tornou acessível de se materializar, e assim tentar representar a cura (LEFÈVRE, 1991, p.23).

Lefèvre (1991), descreve e considera três pontos de vista no sentido de entender o medicamento e as relações que existem entre esses pontos:

[...] três pontos de vista a partir dos quais se entende o sentido do medicamento: o da sociedade (sentido de mercadoria), o do médico e o do indivíduo. As relações entre estes três pontos de vista são complexas, havendo conflitos, relações de hegemonia, de rebeldia, de aceitação. São estes conflitos que, permitem entender o medicamento e o seu sentido numa perspectiva histórica, o que por sua vez, possibilita avançar alguns passos na compreensão da saúde como “objeto histórico” (aspas do autor, p.27).

O medicamento está muito além de composto, “natural, histórico”, mas o seu significado condiz que é um produto secretado pelo sistema social e numa dada formação social, onde desempenham diversas funções criando os seus significados, estabelecendo relações, em meio ao sistema social. Estabelece o sentido de saúde. A saúde aparece como algo que o produto propicia e que faz parte dos seus atributos, sendo assim a saúde e o medicamento tem vários sentidos possíveis, dependendo do sujeito que o descreve (LEFÈVRE, 1991, p.35-49).

O medicamento enquanto mercadoria, pode ser considerado, de acordo com a reflexão “semiológica como um dos símbolos de saúde em uma sociedade capitalista”. Em suas representações simbólicas, o medicamento faz com que o sujeito, consciente ou inconscientemente, busque uma materialização imediata equivalente, algo que reestabeleça a sua saúde (LEFÈVRE, 1991, p.57).

Lefèvre (1991) considera, que a relação entre o sujeito e o medicamento é uma relação simbólica onde há uma crença na eficácia do medicamento.

A relação do sujeito com o medicamento no ponto de vista simbólico é uma relação que um sujeito individual ou social mantém com uma coisa, onde esta coisa está substituindo. A proposta de relação simbólica ser vista como envolvendo uma relação produtiva, possibilidade da existência de uma crença da parte do sujeito, no caso do medicamento, essa relação simbólica é bem complexa porque a crença na eficácia simbólica dele está indissolúvelmente associada a eficácia simbólica da ciência (p.77).

O poder simbólico do medicamento pode estar relacionado à cultura, crença de que ele é uma constante cena terapêutica, ou seja, que ele deve estar sempre presente quando se trata de enfrentar a enfermidade. Os sujeitos atribuem significado ao medicamento a partir de suas vivências em seu cotidiano, nesse sentido o medicamento faz parte de uma gama de símbolos estabelecidos pelos sujeitos no território vivido (LEFÈVRE, 1991, p.107).

Para Lefèvre (1991, p.123-133) “a hegemonia da mercadoria se exerce sobre o conjunto da sociedade e da cultura, até mesmo sobre aquilo que aparece exteriormente como reação a cultura dominante, e que enquanto considerado mercadoria simbólica, existe no contexto de uma sociedade de consumo”. Segundo Bezerra *et al.* (2014) o uso de medicamentos também diz respeito ao “domínio do sistema médico sobre a vida do sujeito”, que se utiliza da prescrição e do uso de medicamentos como única forma de tratamento possível para problemas e dificuldades vivenciados no cotidiano, no território, tendo, nesse caso, a singularidade do sujeito transformada em doenças ou transtornos com diagnóstico e terapêutica medicamentosa para se alcançar a cura, ultrapassando o âmbito de substância terapêutica, mas alcançando as territorialidades dos sujeitos e seus determinantes sociais que o vê como um símbolo ou mesmo sinônimo de cura.

2.4 Território e territorialidades: conceitos e entrelaçamentos

O conceito de território e territorialidade, apesar de serem conceitos centrais e amplamente utilizados na geografia, não se limitam apenas nesta área. Podem ser aplicados em diversas áreas e campos do conhecimento, por se tratarem e dizerem respeito à espacialidade humana (HAESBAERT, 2006, p.3). Assim pode-se dizer que esses conceitos podem ajudar na compreensão de situações relacionadas à saúde, diante disso discutir-se-á o conceito de território segundo as concepções de Haesbaert (2007) e Territorialidades a partir da visão de Haesbaert (2007) e contando com a colaboração de Claval (2005).

Reconhecer “território” e que existem diversas formas de como vivencia-lo e desenvolver relações, significa entender que há distintas formas de “conceber e de vivenciar a

territorialidade”, que depende muito da condição cultural e da classe de cada grupo social (HAESBAERT, 2002).

Nos processos de transformações da sociedade e do mundo contemporâneo, onde há destruição e reconstrução territorial, fica evidente o movimento que existe entre “territórios mais impregnados em sentido de funcionalidade, e aqueles onde a territorialidade, adquire um papel fundamental”. Essas territorialidades além de serem compreendidas como relações entre grupos, que se desenvolvem no território, incorporam dimensões culturais, políticas e econômicas (HAESBAERT, 2007).

As territorialidades não se referem apenas ao sentido simbólico/cultural, que ele chama de “algo abstrato”, mas que constitui características da dimensão imaterial que significa o controle do território como imaterialidade, ou como estratégia política/cultural do espaço vivido.

A territorialidade, não é apenas “algo abstrato”, num sentido que muitas vezes se reduz ao caráter de abstração analítica, epistemológica. Ela é também uma dimensão imaterial, no sentido ontológico de que, enquanto "imagem" ou símbolo de um território, existe e pode inserir-se eficazmente como uma estratégia político-cultural (aspas do autor, p.7).

Segundo Haesbaert (2007, p.26) não é necessário ter um território para que ocorra a territorialidade, “pode existir territorialidade sem que ocorra a construção efetiva do território”. Nessa perspectiva, a territorialidade também pode ser construída, de forma funcional ou simbolicamente, através da cultura, dos laços, da relação entre grupos, ou mesmo pela combinação de um conjunto de crenças e culturas diferentes, já que os processos de locomoção, comunicação estão mais acessíveis, facilitando a possibilidade de “acessar, ingressar, sair e transitar” entre diversos territórios. Territorialidade como uma das dimensões do território, a dimensão simbólica (ou a "identidade territorial"), conforme utilizado algumas vezes no âmbito da antropologia.

Mesmo diante de toda essa facilidade, considera-se que cada território traz consigo a sua identidade, assim como Haesbaert (2014, p.59), descreve que há uma distinção entre os territórios que “se dá de acordo com aqueles que o constroem, sejam eles indivíduos ou grupos sociais/culturais”.

Nessas descrições e concepções de território e territorialidades, pode-se considerar que as territorialidades desenvolvidas no território podem ajudar na compreensão de várias questões, já que as territorialidades dizem respeito às relações entre grupos no território como assim pode-se colocar (HAESBAERT, 2004).

Posto isso, concordado com todas as colocações do autor, parte-se da concepção de que:

A territorialidade, além de incorporar uma dimensão mais estritamente política, diz respeito também às relações econômicas e culturais, pois está “intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar” (HAESBAERT, 2007, p. 4) (aspas do autor).

Nessa perspectiva, o território em suas especificidades integra a territorialidade que incorpora as relações econômicas e culturais que os sujeitos estabelecem na organização do território e dão significado a ele. A territorialidade, não é apenas um componente social para criar e manter a ordem, ela é, além disso, uma questão “estratégica para as relações sociais do território por meio do qual os sujeitos vivenciam o mundo e atribuem significados a ele” (HAESBAERT, 2007).

Abordando o território vivido, que considera os símbolos, as territorialidades, que se destacam como relações entre grupos do território, que traz consigo as culturas que são passadas através dessas relações, e completando a ideia de Haesbaert (2007), ainda caminhando nessa perspectiva Claval e Haesbaert (2008), afirmam que:

Existem diversos processos culturais ou sócio-culturais. A ênfase vai em primeiro lugar para a comunicação, graças a quem a cultura é transferida de um indivíduo a outro, de uma geração a outra. Através da interiorização das práticas, dos conhecimentos e dos valores que ele recebe, o indivíduo torna-se uma pessoa, com uma identidade pessoal e social. Graças à cultura, o homem torna-se um ser social (p.26).

Nesse apanhado de ideias onde se demonstram as faces do território e territorialidades na perspectiva simbólica do território, considerando a dimensão vivida, Claval (2005), contribui com suas colocações onde também descreve o território e as relações que são construídas no mesmo, com enfoque na perspectiva simbólica refletindo a cultura, evidenciando que são passadas entre gerações, contribuindo com colocações da cultura como aspecto importante, onde as territorialidades estão evidenciada no território.

Na perspectiva simbólica de Claval (2005), o território pode ser reconhecido como um espaço vivido, que contribui, concorda e completa as colocações de Haesbaert (2007):

Falar em território em vez de espaço é evidenciar que os lugares nos quais estão inscritas as existências humanas foram construídas pelos homens, ao mesmo tempo pela sua ação técnica e pelo discurso que mantinham sobre ela. As relações que os grupos mantêm com o seu meio, não são somente as materiais, são também de ordem simbólica, o que os torna reflexivos. Os homens concebem seu ambiente como se houvesse um espelho que, refletindo suas imagens, os ajuda a tomar consciência daquilo que eles partilham (CLAVAL, 2005, p.127)

Complementando essa ideia Claval (2005), relaciona que o processo de transformação do espaço em território está vinculado com as dimensões simbólicas da cultura, como assim descreve:

A cultura é constituída de realidades e signos que foram inventados para descrevê-la, domina-la e verbaliza-la. Ao serem repetidos em público, certos gestos assumem novas significações. Transformam-se em rituais e criam para aqueles que o praticam ou que os assistem um sentimento de comunidade compartilhada. Na medida em que a lembrança das ações coletivas funde-se aos caprichos da topografia, as arquiteturas admiráveis ou aos monumentos criados para sustentar a memória de todos (p.14).

Seguindo na relação do território em âmbito simbólico Claval (2009, p.54), compreende que “as culturas não existem como realidades estáveis. Cada um recebe uma herança diferente de técnicas, atitudes, conhecimentos, porque não se vive nos mesmos lugares e no mesmo tempo que os outros”. Essas culturas se transformam a partir da introdução de novas tecnologias, através da globalização, novos conhecimentos, facilidade nos processos de locomoção e comunicação.

Corroborando com essa ideia, Claval (2007, p.44), ainda considera que a “cultura faz passar aos outros as representações coletivas revestindo-se na dimensão social e na construção de sentidos atribuídos pelo homem ao espaço”. Isto é, a cultura só existe por meio em que os sujeitos utilizam, atribuindo valor, transformando o meio em que fazem parte e a disseminando conhecimento.

A cultura é essencial e importante ao indivíduo, pois é através dela que esse é inserido na materialidade de sua existência, sendo assim permite a inserção em grupos sociais, dando significado a existência daqueles que formam a sociedade da qual se sentem membros (CLAVAL, 2007, p.45).

Como evidencia Claval (2002): “Estudar a cultura é abordar a vida de relação a partir de um ângulo original: o da invenção e transmissão de representações. Isso explica o lugar ocupado necessariamente pela análise de condições em que se estabelecem as comunicações.” (p.160).

A cultura se confirma no espaço, mas não está imparcial a ele, no entanto resulta da ação humana que transforma a realidade, lugares que trazem lembranças do que já se passou. O território aparece como um ponto de vista essencial, oferecendo condições fáceis de comunicação entre grupos, estabelecendo laços, dando sentido e estabelecendo valores para aqueles que fazem parte desse território, além de estabelecer fortes referências simbólicas. “Ele

constitui uma categoria fundamental de toda estrutura espacial vivida” (CLAVAL, 1973, p.127).

Ao entrelaçamentos dos conceitos considera-se que o território é de grande importância para entender e oferece condições de comunicação entre grupos, estabelecendo valores com referências simbólicas, considera-o de muita relevância para a discussão proposta no estudo em relação ao uso irracional de medicamentos e as influências que a territorialidades exercem sobre esse uso, buscando a perspectiva desse usuário que detém esse medicamento como símbolo de saúde, assim como é colocado pela literatura, corroborando com Haesbaert (2007) e Claval (2005), complementa-se com perspectiva de Haesbaert (2004), de que territorialidade e o território devem ser trabalhados na multiplicidade de suas manifestações, considerando os diversos sujeitos envolvidos nos processos territoriais, assim como na sua historicidade, entrando na pesquisa propriamente dita. Deste modo, a discussão gira em torno da apropriação do território, a relação do sujeito com o medicamento e como percebe-se, principalmente, pela apropriação carregada do vivido, observando que essas territorialidades vêm-se desenvolvendo através da história.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender a influência das territorialidades no uso irracional de medicamentos em indivíduos residentes no território de Itabirinha/Minas Gerais.

3.2 Específicos

1. Caracterizar a população estudada em relação a dados sócio demográficos e de saúde;
2. Conhecer a percepção do grupo pesquisado a respeito do uso de medicamentos segundo a perspectiva antropológica do usuário.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem e modelo do estudo

Para realização do estudo foi utilizada a abordagem essencialmente qualitativa considerando que houve uma descrição da população estudada com a coleta de dados sócio demográficos e indicadores de saúde. A abordagem qualitativa contempla a análise do comportamento humano no ponto de vista do sujeito, além de conhecer o fenômeno, avaliando suas causas e consequências para o meio social. Tal abordagem tem sido utilizada quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideia, evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados que se encontram associados a determinados fenômenos (BONI; QUARESMA, 2005).

Considerando que em cenários polêmicos há questões não resolvidas em que o debate torna-se constante e muitas vezes inconclusivo, a pesquisa qualitativa pode aprofundar o conhecimento da realidade e apontar caminhos para modificá-la (MINAYO, 2014).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal com caráter exploratório. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação em um determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

De acordo com Gil (2008, p. 27), a função primordial da pesquisa exploratória é “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias”. Nesse aspecto, a pesquisa contribui para descobrir fenômenos ou a explicar aqueles que não eram conhecidos, a despeito de subtendido. Assim, a exploração apresenta-se como um importante diferencial no campo científico.

4.2 Universo de estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Itabirinha, localizado no interior do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país, inserido na mesorregião do Vale do Rio Doce e microrregião de Mantena. Segundo dados apontados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada em 2020 é de 11. 576 pessoas, apresentado uma densidade demográfica de 51,16 hab/km² em 2010 (BRASIL, 2010; IBGE, 2019).

A escolarização da população de 6 a 14 anos corresponde a 96,2 % em 2010 (DATASUS, 2010), O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) corresponde 0,653 em 2010. Quanto a mortalidade infantil no município são 13,89 mortos de mil nascidos vivos (IBGE, 2020).

Quanto ao território e ambiente, o município possui área da unidade territorial de 209,034 km², esgotamento sanitário adequado em 68,3 % nos domicílios. Apresenta 87,1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 16% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

Itabirinha - MG é um município pequeno sendo que a cidade se destaca pelo alto crescimento econômico. O baixo potencial de consumo e o pequeno número de novas oportunidades claras de negócios são fatores de atenção. Considerado um centro local de baixa influência nos municípios vizinhos, o município de Itabirinha é do entorno da região de Mantena, Minas Gerais. Dentro de sua área de influência, a cidade atrai maior parte dos visitantes pelo comércio de móveis.

Itabirinha é o 2º município mais populoso da pequena região de Mantena. O PIB da cidade é de cerca de R\$ 124,1 mil, sendo que 44,2% do valor adicionado advém dos serviços, na sequência aparecem as participações da administração pública (40,5%), da indústria (40,5%) e da agropecuária (7,5%). Com esta estrutura, o PIB per capita de Itabirinha é de R\$ 10,8 mil, valor inferior à média do estado (R\$ 30,8 mil), da grande região de Governador Valadares (R\$ 16,9 mil) e da pequena região de Mantena (R\$ 12,7 mil) (IBGE, 2019).

Na cidade, o Sistema Único de Saúde (SUS), é organizado de acordo com base na Atenção Básica de Saúde como porta de entrada do usuário. Em relação aos serviços de saúde o município possui o Estratégia Saúde da Família (ESF), o Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Quanto aos serviços de atenção especializada conta com o Hospital São Lucas de Itabirinha, que oferece atendimento nas especialidades de clínica geral, cardiologia, ginecologia entre outros serviços (IBGE, 2010).

O município conta com três Estratégias de Saúde da Família (ESF), 01 (uma) se localiza em área rural, 01 (uma) no distrito do município e apenas (uma) está localizada dentro da cidade de Itabirinha, onde o atendimento abrange um maior número de pessoas, o qual será incluído no estudo, pelo fato de ser de fácil acesso e realizar o maior número de atendimentos. Possui apenas 01 (um) Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que abrange todo atendimento do município e 01 (um) Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde (NASF) que se

localiza em área urbana, no centro da cidade de Itabirinha, cuja modalidade desempenhada é a modalidade II, visto que está vinculado a três Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo que o número de famílias cadastradas na Atenção Básica de Saúde é de 3.206 famílias (DATASUS, 2010).

Quanto aos profissionais atuantes nas principais unidades, podem se destacar, enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, técnicos em farmácia, assistente social, clínico geral, pediatra, dentista. Os quais são os profissionais que fazem o atendimento aos usuários da atenção básica de saúde.

4.3 Amostra

Foi composta por indivíduos com 40 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), na sede do município de Itabirinha.

A seleção da amostra foi realizada por meio de amostra intencional. De acordo com Oliveira, Almeida e Barbosa (2012) nas amostras intencionais enquadram-se os diversos casos em que o pesquisador deliberadamente escolhe certos elementos para pertencer à amostra, por julgar tais elementos bem representativos da população. A intencionalidade torna uma pesquisa mais rica em termos qualitativos.

4.4 Critérios de inclusão/ exclusão

Foram incluídos na amostra indivíduos residentes no município de Itabirinha; de ambos os sexos, na faixa etária de 40 anos ou mais; fisicamente independentes, usuários do ESF, NASF e CRAS.

A faixa etária escolhida se justifica pelo fato da mesma, apresentar uma condição de utilização de medicamentos em amplo aspecto. Nessa faixa etária os indivíduos estão predispostos aos problemas de saúde e provavelmente, ao uso da automedicação ou por indicação leiga. É nessa faixa etária que a maioria dos indivíduos começam a apresentar multimorbidade no que também podem possuem maior risco para o declínio funcional, pior qualidade de vida, maior uso de serviços de saúde e aumento da mortalidade, no que pode culminar a polifarmácia, ou seja, uso de vários medicamentos, e/ou apresentam grande predisposição para fazer uso de medicamentos como forma de cuidado com a saúde (FRANCISCO *et al.*, 2021).

Segundo Bandeira *et al.* (2018) no decorrer do processo de envelhecimento, as doenças tornam-se prevalentes e o uso de múltiplos fármacos faz-se necessário.

O consumo de um número elevado de medicamentos, sem a devida prescrição e orientação, de acordo com Bertoldi *et al.* (2014) e Oliveira *et al.* (2013) está relacionado com a propagandas de medicamentos e uma cultura de farmácia caseira. Além de ocasionar reações adversas podem causar intoxicações graves.

Foram excluídos indivíduos sem condições de responder as questões inseridas na entrevista, bem como aqueles que se recusarem a participar.

4.5 Estudo piloto

Visando verificar o modo de abordagem das questões e tempo gasto com as perguntas do instrumento de coleta dos dados, foi realizado um estudo piloto, com uma amostra reduzida de pessoas, utilizando 5 pessoas para a realização desse piloto, já que a amostra foi relativamente pequena e feita de forma intencional, a fim de determinar a precisão das questões, tempo gasto e se o mesmo iria atender o objetivo que se desejava.

O projeto piloto permitiu avaliar a clareza e objetividade do roteiro de entrevista desenvolvido para este estudo, bem como a forma de aplicação deste instrumento e o tempo gasto para realização da entrevista. Marconi e Lakatos (2007) atribuem importância ao estudo piloto devido à possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Ressalta-se que o estudo piloto só foi iniciado após a obtenção da aprovação do comitê de ética em pesquisa(CEP) sob o parecer 5.162.177 em 14 de dezembro de 2021.

4.6 Aspectos éticos

Para realização deste estudo foram respeitadas as normas éticas estabelecidas pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – Ciências Humanas e Sociais. Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, e somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) sob o parecer 5.162.177 em 14 de dezembro de 2021 (ANEXO A).

Foi formulado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que todos participantes tivessem acesso as informações necessárias para com relação à pesquisa. Todos participantes no momento da coleta de informações assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B).

4.7 Coleta de dados e análise dos dados

Para a efetivação da coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com a Secretária Municipal de Saúde detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Na oportunidade, solicitou-se autorização (ANEXO C) para realização da pesquisa nas ESF, NASF e CRAS.

Após autorização, realizou-se uma reunião com as equipes das ESF's, NASF e CRAS para a apresentação do estudo, explicando os objetivos da pesquisa. Primeiramente, a pesquisadora reuniu-se com o responsável pelas Unidades, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Nessa reunião foi proposta uma agenda para a realização da coleta. As datas e horários foram definidos de acordo com a conveniência dos indivíduos usuários dos programas incluídos no estudo, os profissionais atuantes nos serviços de saúde não foram incluídos no estudo, porém foi necessário a ajuda dos mesmos para conduzir os usuários até o local destinado as entrevistas, levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde. Objetivando um adequado clima para realização das coletas, procurou-se um local que permitisse, sobretudo, reduzir a interferência de terceiros.

Na data estabelecida, a pesquisadora se reuniu com os indivíduos presentes para o atendimento nas Unidades, explicando os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais seriam submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Reforço que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esclareceu também sobre o direito de não aceitar, sem prejuízo para seu atendimento.

4.7.1 Dados qualitativos

A coleta de dados qualitativos foi realizada por meio de entrevista conduzida com base num roteiro semiestruturado (ANEXO D). Essas entrevistas tiveram como assunto principal as

experiências vivencias do indivíduo com o medicamento. Segundo Minayo (2007) a técnica de entrevista atende principalmente a finalidades exploratórias, sendo utilizada para o detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos relacionados. Ao realizar as entrevistas desejou-se obter o máximo de informação possível diante do tema escolhido, segundo a visão do entrevistado, com maior detalhamento do assunto.

No início da entrevista, a pesquisadora utilizou-se de um recurso denominado *rapport*, que significa o estabelecimento da aliança terapêutica ou aliança de trabalho e tem por objetivo abrir as portas para uma comunicação fluente e bem-sucedida. Pode ser considerada uma técnica poderosa das relações humanas e o principal ingrediente de todas as comunicações e mudanças. É a capacidade de criar vínculos de sociabilidade entre duas ou mais pessoas, gerando uma atmosfera de respeito e confiança (PINHEIRO, 2007).

Em todas as entrevistas foi mantido um caráter informal, a fim de que o indivíduo se sentisse à vontade para relatar suas impressões e suas experiências vividas e como isso influencia na busca do medicamento. O entrevistador fez as perguntas previstas e assumiu uma postura de instigador, explorando ao máximo a fala do entrevistado, buscando verificar o entendimento das questões.

Para registro das respostas dos indivíduos utilizou-se como recurso, o gravador do celular. Com o consentimento do participante, a entrevista foi gravada visando ter o registro de todo o material fornecido, apresentando uma fidelidade quanto à fala dos mesmos e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário.

Essas entrevistas foram transcritas pela pesquisadora. Os indivíduos foram encaminhados para uma sala que apresentava uma boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade dos participantes.

4.7.2 Dados sócio demográficos

A coleta de dados sócio demográficos, foi realizado para um levantamento descritivo da amostra utilizada para o estudo, que foi realizado utilizando um questionário (ANEXO E), visando quantificar a frequência da utilização de medicamentos sem prescrição/orientação e caracterização da amostra e da população estudada. Esse questionário é baseado no estudo de Flick *et al.* (2009). As variáveis incluídas são: idade, sexo, situação conjugal, renda mensal individual e familiar, escolaridade, número de consultas médicas realizadas na ESF (nos últimos

6 meses), número de doenças referidas (nos últimos 6 meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses).

4.7.3 Análise dos dados

Os dados qualitativos foram analisados a partir das informações obtidas pelas gravações realizadas e transcritas, imediatamente, pela pesquisadora. A apuração dos dados foi realizada segundo a técnica da “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2011), sendo que a análise foi feita de forma manual, ou seja, não foi utilizado nenhum software.

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. As informações obtidas foram agrupadas em categorias emergentes das falas e analisadas, dentro de cada tema proposto. A análise do material foi realizada buscando-se identificar recorrências e diferenças em relação a cada tópico da entrevista, depois discutido e interpretado.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2011). Tal processo seguiu os seguintes passos:

1. Os discursos coletados foram, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;
2. Pré-análise, na qual foi realizada uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;
3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias;
4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que foram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;
5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nessas entrevistas dizem respeito a percepção dos usuários de medicamentos que foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema, e para ajudar nessa interpretação foi considerado a percepção na visão

antropológica que é um suporte para compreender o diálogo empreendido pelos usuários de medicamentos. Assim, Gilberto Velho (1997) fala-nos da tradição da antropologia no estudo da cultura das sociedades de pequena escala e o desafio que se interpõe na análise da cultura, quando a antropologia, sobretudo a antropologia moderna, migra para os contextos urbanos das chamadas sociedades complexas. Tais sociedades, marcadas pela heterogeneidade, pela multiplicidade de experiências, costumes e práticas, desafiam o olhar e o fazer antropológico em razão da afirmação constante da individualização, da multiplicidade das experiências humanas e da necessidade de universalização dessas experiências em nome de uma realidade mais homogênea e necessária a esse contexto (GUSMÃO, 2008). Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos.

Esses discursos são pontos de partida para a análise, sejam eles verbais, figurativos, gestuais ou diretamente provocados, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007). A fim de não revelar a identidade dos sujeitos pesquisados, utilizou-se um critério impessoal para distingui-los. Foram apresentados pela expressão: “Entrevistado”; incluindo-se, em sequência, um algarismo numérico.

5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Para a realização da pesquisa, encontrou-se limitações para o desenvolvimento da mesma. Sendo que no período de realização da coleta dos dados, ainda se encontrava no período de pandemia, onde dificultou grande acesso as pessoas, justo que elas ainda estavam com medo de saírem e assim evitando frequentar as unidades de saúde.

Quanto as discussões para o assunto do uso de medicamentos, encontrou-se outra limitação que está na literatura escassa, que trata do medicamento em diversos âmbitos, porém quando busca o medicamento na perspectiva do usuário, ou mesmo em sua dimensão simbólica, tratando do medicamento e a cultura, encontra-se uma grande limitação, no que dificultou para uma discussão mais ampla.

Em relação às variáveis utilizadas, é importante considerar que são baseadas no auto relato, o que em algumas situações pode causar questionamentos devido o viés de memória e manipulação pelo entrevistado da informação fornecida. Por outro lado, tendo em vista as características sócio demográficas da população envolvida como idade e escolaridade acredita-se que esse risco não foi grande.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa provenientes das informações obtidas por meio de instrumentos qualitativos aplicados aos usuários da ESF, NASF e CRAS do Município de Itabirinha-MG. Buscou-se conhecer a influência das Territorialidades no uso de medicamentos desses indivíduos, bem como reconhecê-los como sujeitos de direitos que necessitam de práticas integrais de saúde que contribuam positivamente para prevenção dessa prática.

Os medicamentos exercem uma função essencial nos sistemas de saúde, porém seu uso inadequado e sem acompanhamento pode representar um risco para a saúde. O uso da automedicação possivelmente reflete as carências e os hábitos de uma população. Pode ser motivada pela insatisfação com a demora do atendimento nos serviços públicos de saúde, condição sócio cultural e financeira.

6.1 Caracterização sócio demográfica da amostra

A amostra estudada foi constituída de 13 indivíduos, com idade variando entre 42–92 anos (média de 67,3 anos e desvio padrão 11,5 anos), atendidos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Itabirinha-MG. Todas as características sócio demográficas que identificaram o panorama do contexto social dos participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1– Distribuição da frequência das variáveis sócio demográficas dos participantes da pesquisa. Itabirinha, Minas Gerais, 2021, (n=13).

Variável	n (%)
Idade (anos)	
47-56	08 (61,5)
57-66	04 (30,7)
87-96	01 (7,6)
Sexo	
Feminino	09 (69,2)
Masculino	04 (30,7)
Estado Civil	
Solteiro (a)	09 (69,2)
Viúvo (a)	01 (7,6)
Divorciado (a)	03 (23,0)
Nível Escolar	
Sem Instrução	04 (30,7)
Ens. Fund. Inc.	04 (30,7)
Ens. Fund. Comp.	02 (15,3)
Ens. Med. Inc.	01 (7,6)
Ens. Med. Comp.	02 (15,3)
Faixa salarial	
Até 1 Sal. Min.	08 (61,5)
2 a 4 Sal. Min.	02 (15,3)

*Valor do salário mínimo no ano de 2021- R\$ 1.100,00

Com relação à idade na caracterização da amostra pode-se observar que a maior parte da amostra estudada (61,5%) possui entre 47 e 56 anos. Este dado possivelmente está relacionado ao maior número de morbidades presentes nessa faixa etária e conseqüentemente, o uso múltiplo de medicamentos. Requerendo maior atenção, pois pode ser fator de risco para problemas de prescrição e adesão medicamentosa.

Segundo Simões *et al.* (2019), em um estudo realizado em Portugal, descreve que pacientes mais velhos, são mais frequentemente diagnosticados com maior número de patologias, multimorbidade e condições propensas a envolver maior uso de medicamentos.

Além dos fatores clínicos, e transformações que acontecem no corpo com o processo de envelhecimento, outros fatores podem estar associados ao uso de medicamentos por essa faixa etária, sendo um dos principais a ideia impregnada na sociedade de que a única

possibilidade de se ter saúde é consumir saúde. Isso implica consumir medicamentos, que na sociedade contemporânea se demonstra como um importante símbolo de saúde (SILVA, 2013).

Considerando-se a análise relativa ao sexo observou-se que, grande parte dos entrevistados eram mulheres. Esse resultado demonstrou que provavelmente as mulheres estão mais sujeitas à medicalização por histórica e culturalmente tenderem a se preocupar mais com sua saúde e da família. Bem como diferenças de atitude em relação ao controle e tratamento das doenças.

Segundo Martins *et al.* (2015), o sexo feminino tem se mostrado um preditor robusto e consistente de uso de medicamentos em diferentes estudos. As hipóteses para esse cenário é que as mulheres são mais propensas a procurar os serviços de saúde e a receberem um diagnóstico. Em consequência, o número de medicamentos utilizados por elas tende a ser maior, bem como a exposição a substâncias cujo risco supera o benefício.

Entre os fatores que podem explicar este fenômeno, estão as diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas, as diferenças de peso corpóreo e fatores hormonais, quando comparadas aos homens (SOUSA *et al.*, 2018). As mulheres também apresentam mais agravos à saúde, que, embora menos graves, levam-nas a utilizar mais os serviços de saúde, realizar mais consultas e exames, obtendo mais diagnósticos e prescrições médicas, e, conseqüentemente, consumir maior quantidade de medicamentos, prescritos ou não. Essas alterações podem estar associadas à menarca, ao uso de contraceptivos hormonais, à gravidez e a menopausa, que podem gerar dores de cabeça e musculares, apresentando assim maior possibilidade de procurar pela assistência médica e conseqüentemente fazer mais uso de medicamentos (SOUSA *et al.*, 2018).

Todos esses aspectos contribuem para que as mulheres tenham maiores chances de exposição a medicamentos e procurem com maior frequência o atendimento nas unidades de saúde.

A concepção hegemônica de saúde, assentada na centralidade do modelo médico assistencial e hospitalocêntrico, ou pelo modelo biomédico de saúde, ainda se faz presente. Essa visão tem levado à insuficiência crescente, fazendo com que o sistema de saúde se sujeite diante das complexas transformações nos territórios, provenientes de graves questões relacionadas com os progressivos processos de urbanização e de segregação sócio espacial (COUTO, 2008).

Nesse contexto, vem se fortalecendo o paradigma da promoção da saúde, orientado por ações amplas e coletivas e que requerem a intersetorialidade e a transversalidade como concretude das práticas visando a promoção de saúde. A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que se reproduzem os grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da

doença. A estratégia da territorialização em saúde, conceito esse que é capaz de ajudar a entender um pouco sobre a saúde e práticas territoriais, ao qual sobretudo no contexto das ações da Atenção Básica à Saúde, reduz bastante a potência analítica e a eloquência descritiva acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem num dado território (MONKEN, 2005).

O território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta várias delimitações, ou seja, tanto um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (GODIM *et al.*, 2008). Para Haesbaert (2004, p. 95) cada grupo social, classe ou instituição pode “territorializar-se” através de processos de caráter mais funcional ou mais simbólico. Na perspectiva de Haesbaert (2004, p. 97) “territorializar-se” significa: [...] criar mediações espaciais que nos proporcionem efetivo ‘poder’ sobre nossa reprodução enquanto grupos sociais (para alguns também enquanto indivíduos).

A predominância do sexo feminino na procura por assistência de saúde e conseqüentemente o uso de medicamentos com maior frequência evidencia a construção de um território feminino. Esse pode ser considerado numa perspectiva multiespacial, abrangendo as territorialidades que perpassam a existência das mulheres, entendidas como ações e interações cotidianas de homens e mulheres para viabilizar a produção e a reprodução social. De acordo com Cristiano *et al.* (2018) a territorialidade feminina pode ser considerada como um fenômeno em permanente mutação, que se constrói e reconstrói, a partir das ações humanas, nas quais estão presentes as relações afetivas, de trabalho, políticas, saúde. Territorialidades envolvendo as dimensões social, cultural (simbólica, de pertencimento).

Quanto ao estado civil a maioria dos indivíduos (69,2%) eram casados. Este fato pode evidenciar o resultado de mudanças nos padrões de arranjos conjugais e familiares, com a adesão de facilidades legais e administrativas, possibilitando novas uniões legais e a formalização para uniões estáveis.

Com relação ao nível de escolaridade observou-se que maioria dos participantes (61,4%) do estudo possuem baixa escolaridade, ou seja, menos de quatro anos de estudo. Esse fato, pode ser justificado pelas características do território estudado. Deve-se considerar que se trata de um município pequeno e interiorano, no qual as oportunidades de estudos, especialmente em décadas passadas, eram escassas. A escolaridade pode interferir na qualidade

de vida, pois os indivíduos com menores taxas de escolaridade apresentam maiores dificuldades em sanarem definitivamente certas doenças, por não poderem romper com as condições sociais e ambientais, que as geraram, ou porque sua situação de classe não lhes permite acesso a certas práticas curativas capazes de eliminá-las. O nível educacional pode interferir diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado.

Considera baixa escolaridade quando o indivíduo possui menos de cinco anos de estudo (BRASIL, 2005). De acordo com Galisteu *et al.* (2006) baixa escolaridade pode ser explicada pelos valores culturais e sociais da primeira metade do século passado. A escola era vista como lugar de elite ou mesmo inexistia a possibilidade de trabalhar e estudar, assim muitas pessoas mediante a necessidade de trabalhar deixavam o estudo para segundo plano.

Os indivíduos com baixo nível de escolaridade automedicam-se com maior frequência, pela falta de acesso ao sistema de saúde, bem como dificuldade de atendimento médico, encontrando na automedicação uma alternativa viável. Para Costa *et al.* (2017), a baixa escolaridade pode comprometer o grau de compreensão do esquema prescrito e a adesão ao tratamento.

No entanto, para Freitas *et al.* (2017) ao invés do que se pode conjecturar, indivíduos com menos informações não são os grandes usuários de automedicação. Relatam maior consumo de medicamentos entre os que apresentam nível mais avançado na graduação, certamente por possuírem maiores informações que os ajudam na escolha de medicamentos.

Detectou-se que os entrevistados (61,5%) recebiam um salário mínimo. Esse resultado possivelmente está relacionado a baixa escolaridade dessa população indicando uma limitação e o acesso ao mercado de trabalho, em um emprego que garanta maior renda e, conseqüentemente, melhores salários. Esse fato possivelmente limita o acesso a bens de serviços e de consumo, como alimentação e moradia adequada. Pode ainda ser um fator preditivo para o uso de medicamentos.

A educação possui efeito sobre os diferenciais de renda da população, ou seja, indivíduos com maior nível de escolaridade apresentam maior nível de remuneração e melhores oportunidades no mercado de trabalho (RIBEIRO, 2017). A escolaridade pode interferir na qualidade de vida e na saúde, pois indivíduos com menores taxas de escolaridade podem apresentar dificuldades em sanarem as doenças acometidas. Esse fato se relaciona a incapacidade de romper com as condições sociais e ambientais, que geraram a doença, ou por que sua situação de classe não lhes permite acesso a algum tipo de prática curativa capaz de eliminá-la. O nível educacional pode interferir diretamente no desenvolvimento da consciência

sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado (BRASIL, 2005).

Ao se utilizar qualquer base de dados que possuam informações relativas à renda e escolaridade, as análises quase sempre indicam que há uma correlação positiva entre essas duas variáveis. Portanto, possibilitando concluir que o nível de renda é, em grande medida, decorrente da escolaridade. No entanto, o grau de correlação não implica, necessariamente, relação de causalidade. Torna-se necessário compreender os mecanismos que operam no sentido de tornar os mais escolarizados os que também possuem, em média, as maiores rendas, já que se trata da relação entre dois fenômenos sociais (ERNICA; RODRIGUES, 2020).

A obtenção de renda pessoal pode ser mediada pela estrutura educacional (escolaridade) existente em cada contexto territorial, ou pelo modo como a estrutura social se inscreve no território. Os mecanismos explicativos da relação entre território e obtenção de renda podem estar associados aos modelos do efeito vizinhança (WILSON, 1987; ELLEN E TURNER, 1997; SMALL E NEWMAN, 2001), que colabora para reforçar o padrão de segmentação residencial das metrópoles brasileiras compreendido na dupla escala da divisão social do território (RIBEIRO, 2008; RIBEIRO E KOSLINSKI, 2009).

6.1.2 Caracterização dos indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde da amostra

Os indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. São desenvolvidos avaliação do desempenho do sistema de saúde de um país, pois contém informações sobre o estado de saúde da população. Devem servir para a vigilância das condições de saúde e também para o planejamento das ações programáticas em benefício da saúde da população. Podem variar, desde a contagem direta de casos de uma doença, até o cálculo de proporções ou índices mais aprimorados (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Os indicadores de saúde e utilização dos serviços pela população estudada estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2– Distribuição da frequência dos indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde pelos participantes da pesquisa. Itabirinha, Minas Gerais, 2021. (n=13).

Variáveis	Frequência (%)
Nº de consultas médicas	
Nenhuma	03 (23,0)
Uma a três	06 (46,1)
Quatro ou mais	04 (30,7)
Nº de Doenças diagnosticadas	
Nenhuma	04 (30,7)
Uma	03 (23,0)
Duas a Três	03 (23,0)
Quatro ou mais	03 (23,0)
Nº de Medicamentos usados diariamente	
Nenhum	02 (15,3)
Um a três	07 (53,8)
Quatro ou mais	04 (30,7)

Os dados relativos ao número de consultas médicas mostraram 46,1% dos participantes realizaram no mínimo de uma a três consulta nos últimos seis meses. A média indicada no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante/ano é de duas a três consultas (BRASIL, 2002). A realização de consulta médica nos últimos 12 meses na visão de Macinko e Mendonça (2018) é considerado um indicador de acessibilidade aos serviços de saúde, frequentemente utilizado em comparações internacionais entre sistemas de saúde.

Portanto, os dados obtidos nesse estudo estão aquém do número mínimo de consultas médicas sugeridas pelo Ministério da Saúde para a população geral. Esse fato pode estar relacionado a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, capacidade de independência pessoal e familiar, bem como a distância da Estratégia Saúde da Família (ESF) utilizada pelos participantes.

No entanto, a procura dos participantes por ações curativas encontradas nesse estudo possivelmente evidencia a constância do modelo assistencial com visão biomédica, contrapondo a uma perspectiva integral e ampla de saúde. Para Cutolo (2006), o centro da atenção no modelo biomédico é o doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, ou seja, é o processo fisiopatológico que ganha espaço.

De acordo com Santos e Bógus (2007) a promoção de saúde deve se relacionar a várias práticas e condutas que aperfeiçoem o nível de saúde da população por meio de ações que não se restringem a resolver problemas de doenças ou qualquer desordem orgânica, mas que dispõem a aumentar a saúde e o bem-estar geral.

Com relação ao número de doenças diagnosticadas nos últimos seis meses observou-se que 30,7% dos participantes relataram não possuir nenhuma doença diagnosticada. Apesar do número reduzido de diagnósticos de doenças entre os participantes que se identificou na presente pesquisa, entende-se que o processo de saúde/doença, por ser amplo e complexo, não deve se limitar à simples ausência de doenças. Sendo assim, é preciso investir em ações de promoção e prevenção no território estudado, que de fato promovam a saúde e o bem-estar. Igualmente é importante atentar-se às características específicas dos participantes devido ao ciclo de vida em que se encontram. Muitos problemas de saúde estão associados ao seu modo de viver, ou seja, aos hábitos e comportamentos que muitas vezes os colocam em situação de risco, sendo necessário considerar a integralidade de cada indivíduo.

Quanto à quantidade de medicamentos utilizados diariamente pelos participantes, ficou evidenciado que 57,8% utilizaram de um a três. Essa utilização de medicamentos pela população pode estar relacionada a maior ocorrência de doenças crônicas nesta faixa etária. Para Ribeiro; Acurcio; Wick (2009) além de alguns fatores clínicos que propiciam a medicalização e a farmacoterapia, outros fatores podem estar associados ao uso demasiado de medicamentos, dentre eles a ideia impregnada na sociedade da exclusiva possibilidade de para se ter saúde é necessário consumir saúde.

O consumo de medicamentos atinge níveis elevados tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. O uso irracional de medicamentos, pode acarretar riscos diretos e indiretos à população, tornando-se um problema de saúde pública. Várias causas contribuem para esses índices, que entre eles podem ser citados, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, inexistência de um sistema de farmacovigilância eficaz, hábito de consumo de medicamentos por ansiedade e sem motivos orgânicos aparentes. Essa utilização irracional pode ser influenciada por um processo social controlado pelo desejo de um melhor cuidado com a saúde, disponibilizada pelos produtos e padrões dos diferentes grupos populacionais (SILVA; GIUGLIANI, 2004).

A medicalização abrange as circunstâncias de como um problema individual ou coletivo é determinado a partir de conhecimentos e práticas, bem como, da frequência de uma intervenção médica para tratá-lo (CONRAD, 2005). É considerado um processo pelo qual as

condições sociais, comportamentais e corporais são abordadas ou consideradas com necessidade de tratamento medicamentoso (BELL; FIGERT, 2012).

Em se tratando do processo de medicalização, acesso ao sistema de saúde e cuidado com a saúde, destaca-se que a categoria espaço vem sendo utilizada com ênfase no campo da saúde, em função das múltiplas possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas no interior do território. Os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização sócio espacial, cultural, político e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares (GONDIM *et al.*, 2008).

O uso da categoria espaço na análise da situação de saúde não se limita exclusivamente apenas na localização de eventos de saúde. Suas potencialidades e limitações vão depender da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdo, onde o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais. Portanto, o território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS *et al.*, 2002). O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (GONDIM *et al.*, 2008).

O território é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais, processo que tem importantes reflexos sobre a saúde dos grupos sociais envolvidos. É importante compreender que o território como um lugar de interação entre diferentes grupos sociais, que, apesar de compartilharem o mesmo espaço, podem apresentar diferentes modos de vida, relações de trabalho e relações com o ambiente (BARCELLOS *et al.*, 2002). As pessoas interagem com o território e o modificam continuamente, o que o torna um espaço socialmente construído, com características singulares, que apresentam relação intrínseca com o estado de saúde da população que ali reside ou circulam, ficando condicionada a fatores socioeconômicos e culturais (GONDIM *et al.*, 2008).

Os resultados obtidos neste estudo a partir da caracterização do uso dos medicamentos estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3- Distribuição da frequência do uso de medicamentos, dos participantes da pesquisa. Itabirinha, Minas Gerais, 2021, (n=13).

Variáveis	Frequência (%)
Nos últimos 06 meses utilizou remédio sem receita	
Sim	05 (38,4)
Não	06 (46,1)
Não Sabe responder	02 (15,3)
Antes de tomar remédio por conta própria, procurou informações do remédio	
Sim	06 (46,1)
Não	07 (53,8)
A indicação do remédio	
Amigos, parentes	02 (15,3)
Propaganda de TV	01 (7,6)
Prof. não médicos	04 (30,7)
Obtinha presc. Ant.	06 (46,1)
Quais sintomas e problemas apresentava quando tomou remédio por conta própria	
Gripe	02 (15,3)
Dor de cabeça	05 (38,4)
Outros	06 (46,1)
Quais motivos o levaram a tomar o remédio por conta própria, antes de buscar atendimento médico	
Dor	01 (7,6)
Difícil acesso	01(7,6)
Falta de informação	01 (7,6)
Não gosta de consultar	05 (38,4)
Orientações antigas	02 (15,3)
Quando você utilizou o remédio por conta própria, quantos dias durou o tratamento	
De um a três dias	09 (69,2)
De quatro a sete dias	01 (7,6)
Mais de sete dias	03 (23,0)
Você já indicou ou indicaria remédio que você utilizou para alguém	
Sim	07 (53,8)
Não	06 (46,1)

Constatou-se que 38,4% dos participantes utilizaram medicamentos sem receita nos últimos seis meses. Esse dado indica que a automedicação é um hábito comum na população estudada, provavelmente se constitui em uma prática universal, presente nas mais diversas sociedades e culturas, independentemente do grau de desenvolvimento socioeconômico. A dificuldade de acesso e a baixa qualidade do atendimento nos serviços de saúde, bem como a pouca informação e instrução da população podem ser considerados fatores que estimule essa conduta.

Diversas são as causas que levam a automedicação e dentre elas Delgado e Vriesmann (2018) apontam vários fatores que levam a população a se automedicar, mas ressaltam a venda indiscriminada de medicamentos, a dificuldade de acesso aos sistemas de saúde, os custos de consultas médicas e/ou planos de saúde e a urgência em aliviar sintomas. Além da multiplicidade de produtos farmacêuticos no mercado e a sólida publicidade; dificuldade de acesso da população de baixa renda aos serviços de saúde, assim como a possibilidade de obter informações sobre medicamentos por meio dos meios de comunicação, particularmente, da internet. Outra razão para a automedicação é que permite manter os medicamentos necessários em casa para compartilhar com os familiares e que comprar seus próprios medicamentos é mais conveniente do que usar outros por prescrição médica (CHAUTRAKARN; KHUMRO; PHUTRAKOOL, 2021).

A automedicação é um fenômeno complexo que pode estar associado com vários fatores, entre eles a angústia pela cura da doença, a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e a ausência de informação a respeito dos riscos relacionados a essa prática, à facilidade de acesso ao medicamento e a ausência de controle por parte dos órgãos de fiscalização. Os principais fatores que colaboram para a permanência da automedicação, são a influência da propaganda, uso de prescrições antigas, orientação de funcionários de farmácias, amigos, vizinhos e familiares, armazenamento de medicamentos em casa, além da cultura do autocuidado com a saúde (HOFFMANN *et al.*, 2017).

São diversas as maneiras de praticar a automedicação: aquisição do medicamento sem receita, compartilhar remédios com outros membros da família ou do círculo social, utilizar sobras de prescrições, reutilizar antigas receitas, descumprir a prescrição profissional, prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem e o período de tempo indicados na receita (OLIVEIRA; PELÓGIA, 2011).

Parte dos entrevistados (53,8%) afirmaram não procurarem informações adicionais sobre os medicamentos utilizados sem prescrição. Este fato possivelmente está relacionado à insuficiência na disponibilidade e na equidade do acesso aos medicamentos essenciais; pouco

conhecimento sobre o uso de medicamentos; costumes adquiridos dentro da própria estrutura familiar; a existência de um excessivo número de farmácias; drogarias e propagandas que veiculam a imagem de medicamentos como uma mercadoria qualquer; e um sistema de saúde pública que não consegue atender a demanda social.

O acesso à infinidade de fontes de informação disponíveis tem papel fundamental na postura ativa do indivíduo que decide utilizar um fármaco. Os novos espaços virtuais de compartilhamento de informações modificam ou interferem na relação com médicos que deixam de ser detentores supremos do saber e passam a ser questionados por pacientes cada vez mais informados (CABRAL; TREVISOL, 2010).

A automedicação não se refere apenas ao consumo de medicamentos com base em sintomas agudos, mas também envolve a autoadministração repetitiva de medicamentos para doenças crônicas. As evidências sugerem que as pessoas que aderem à automedicação também aconselham seus familiares, parentes e amigos a fazerem o mesmo. A automedicação é uma grande preocupação da saúde, pois pode resultar em vários efeitos prejudiciais, como diagnóstico errôneo da doença, resistência antimicrobiana, interações medicamentosas prejudiciais ou até atraso no diagnóstico de uma doença grave (MOONAJILIN *et al.*, 2020)

A prática da automedicação está relacionada a questão cultural, quando se faz uso de medicamento a partir do conhecimento adquirido ao longo do tempo, e que é passado através de gerações. Relaciona-se também aos conhecimentos prévios sobre os medicamentos que pretende utilizar; e devido à influência de campanhas publicitárias com fins comerciais (IURAS *et al.*, 2016).

Com efeito, segundo Pons *et al.* (2017) a prática da automedicação se estende desde o uso de sobras de medicamentos prescritos e o compartilhamento de medicamentos com membros do próprio círculo familiar e social até a reutilização de prescrições antigas e a alteração da dosagem dos medicamentos prescritos.

Dentre os sintomas e problemas que apresentavam quando utilizaram medicamentos sem a orientação e prescrição de profissionais aptos, dor de cabeça (38,4%) foi o sintoma mais relatado. Essa conduta pode ser decorrente dos analgésicos serem isentos de prescrição médica e da facilidade em adquirir o fármaco. Apesar do consumo dessa classe farmacológica não necessitar de prescrição médica, as mesmas não dispensam cuidados, pois podem ocasionar problemas de saúde.

Os analgésicos são descritos como medicamentos que possuem venda livre e conhecidos como Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs), ou também Over The-Counter (OTC) que significa, “sobre o balcão”. Estes são apresentados como medicamentos de primeira opção da

população para a solução dos problemas de saúde. Contudo é necessário haver uma orientação do profissional farmacêutico acerca da posologia adequada, uma vez que o medicamento administrado de maneira incorreta poderá desencadear danos à saúde como intoxicações, hospitalizações e óbito (PINTO *et al.*, 2015).

Para Rodrigues *et al.* (2019) os fármacos mais prevalentes em estoques domiciliares são os analgésicos devido as queixas relativas à dor, tendo como motivação a rotina diária associada ao desgaste físico e psíquico evidenciado pelo estresse. São considerados medicamentos mais comercializados indiscriminadamente, facilitando a aquisição. Segundo Gama; Secoli (2017) por ser um fármaco com aplicabilidade em diferentes reações patológicas, o analgésico é utilizado com frequência na população em geral.

Pesquisa desenvolvida por Arrais *et al.* (2016) objetivando analisar a prevalência e os fatores associados à utilização de medicamentos por automedicação no Brasil identificou que os medicamentos mais consumidos na prática de automedicação foram aos analgésicos (dipirona). De acordo com Matos *et al.* (2018) todo medicamento quando usado de maneira irracional é capaz de causar danos e ocasionar intoxicação, interação medicamentosa, alívio dos sintomas mascarando o diagnóstico de uma doença, reação alérgica, dependência, resistência ao medicamento, ingestão de substâncias após sua data de validade e ineficácia no tratamento devido ao mau armazenamento.

Em relação ao motivo para a utilização do medicamento por conta própria antes de buscar atendimento médico os participantes relataram não gostar de consultar (38,4%).

Um estudo realizado na Tailândia demonstra que um dos motivos relatados pelos participantes da pesquisa está relacionado aos que os participantes acreditavam que não havia necessidade de ir ao hospital para tratamento em caso de doença menor (CHAUTRAKARN; KHUMRO; PHUTRAKOOL, 2021)

Considera-se que a automedicação é prevalente entre os brasileiros devido à precariedade da atenção básica. Para as pessoas que dependem da rede pública é mais vantajoso irem diretamente às farmácias ou drogarias e adquirirem os medicamentos do que esperarem por uma consulta médica (AQUINO, 2008). Estudos recentes, demonstram que entre os motivos comuns para a automedicação estão na conveniência de ir a uma farmácia em vez de consultar um médico e evitar a necessidade de ir a um hospital para tratamento (KASSIE, BIFFTU, MEKONNEN, 2018).

Segundo estudo realizado por Canindé *et al.* (2012) em Coité-BA observaram que os principais motivos para a automedicação estão relacionados a dificuldade de conseguir atendimento médico. E que a facilidade de acesso às farmácias, mediante a presença do

farmacêutico, são meios que servem para conscientizar os cidadãos sobre o uso racional de medicamentos, mediante o compromisso desse profissional com a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

Quanto a duração do tratamento por meio da automedicação observou-se que 69,2% dos participantes fizeram uso num período de um a três dias. Esse período de tempo possivelmente se relaciona ao sintoma relatado, dor de cabeça ser contido em poucos dias. Detectou-se que 53,8% dos participantes indicaram ou indicariam medicamentos para alguém. Este dado pode evidenciar a dificuldade em conseguir uma consulta médica, seja por meio de um sistema de saúde público ou privado. Bem como, demonstrar cuidado com o outro, consistindo na tentativa de tratar ou aliviar sintomas ou doenças retratadas, configurando na busca pelo bem-estar e saúde.

Para se ter um parâmetro de pesquisa internacionais relacionadas ao uso de medicamentos para contextualização e ficar por dentro do que pesquisas internacionais demonstram, porém não para termos de comparação ao da pesquisa propriamente dita. Uma pesquisa realizada no Canadá e Estados Unidos demonstra que a proporção de uso de medicamentos aumenta conforme o avanço da idade e também com relação ao sexo, pessoas dos sexos feminino utilizam mais medicamentos do que as do sexo masculino conforme relata Hales *et al.* (2019).

O alcance e a popularidade de um fármaco não se baseiam apenas na sua capacidade para conseguir um efeito, mas a sua interação com pressões culturais e sociais que definem uma condição como merecedoras de resolução farmacêutica (TOWGHI, 2014; FISHER; COTTINGHAM; KALBAUGH, 2015).

O medicamento como uma mercadoria singular não permite sempre a autonomia do consumidor no processo de escolha de qual medicamento usar, isso porque, para o consumo do medicamento é necessária a mediação do profissional médico, que possui o poder técnico e legal de definir qual o medicamento, o modo de usá-lo, a posologia e a frequência (COSTA *et al.*, 2016).

6.2 Dados qualitativos

Os dados qualitativos deste estudo surgiram a partir da percepção dos sujeitos sobre o uso de medicamento. O medicamento está fundamentado em um modelo dinâmico do comportamento, influenciado pelas crenças individuais e coletivas baseadas em experiências

vividas antes do aparecimento da doença e pelo processo que conduz ao comportamento na saúde.

Segundo Lefèvre (1991) é importante entender o medicamento, localizando-o em regiões mais críticas do tecido social, como uma mercadoria capaz de traduzir um processo de ressignificação da saúde; como um agente que alivia, cura e controla doenças; e como símbolo que permite que a saúde esteja nele representada.

A partir da Análise de Conteúdo buscou-se valorizar a totalidade das informações recolhidas nas entrevistas, considerando a pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados. Importante ressaltar que não foram realizadas alterações ortográficas ou gramaticais nos discursos expressos pelos participantes. Essa análise permitiu conhecer a percepção dos entrevistados sobre as temáticas abordadas: a) Significado do remédio; b) Interpretação da utilização do remédio no dia a dia; c) Conhecimento dos riscos causados pelo uso de remédios sem receita; d) Acesso aos remédios.

A partir da categorização, ou seja, passagem dos dados brutos a dados organizados, reuniu-se as informações por meio de uma esquematização e assim correlacionou-se classes de acontecimentos para ordená-los. Buscou-se valorizar todas as informações das entrevistas, considerando a pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados. Ressalta-se que não foram realizadas alterações ortográficas ou gramaticais nos discursos dos participantes. A partir da análise dos relatos surgiram categorias distintas para cada temática conforme Quadro 1:

Quadro 1: Descrição das Temáticas e Categorias identificadas a partir da Análise de Conteúdo dos relatos dos participantes.

TEMÁTICA		CATEGORIA
1	Significado do medicamento	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a doença • Tirar a dor
2	Interpretação da utilização do medicamento no dia a dia	<ul style="list-style-type: none"> • Coisa boa • Aliviar a dor
3	Conhecimento dos riscos causados pelo uso de medicamento sem receita	<ul style="list-style-type: none"> • Possui conhecimento
4	Acesso aos medicamento	<ul style="list-style-type: none"> • Comprar na farmácia

6.2.1 Temática 1: significado do remédio

Essa temática aborda sobre os vários significados e sentidos atribuídos aos medicamentos, ou seja, envolve um conjunto de simbolismos que ultrapassa o seu valor farmacológico e influencia diretamente suas formas de utilização. Os medicamentos significam muito mais do que apenas produtos tecnológicos ou substâncias para uso em saúde com o intuito de aliviar as doenças, uma vez que aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais, em constante interação e evolução, afetam o uso desses produtos (NASCIMENTO, 2018).

A denominação medicamento pode compreender um grande conjunto de produtos com o objetivo de tratar (e, se possível, curar) estados considerados patológicos pela biomedicina. A construção de um entendimento sobre o significado do tratamento medicamentoso pode permitir a compreensão abrangente, contextualizada, motivacional e empática da realidade vivenciada pelo indivíduo adoecido.

De acordo com Paula *et al.* (2011) o medicamento pode assumir diversos significados na sociedade contemporânea. É capaz de apresentar-se ora como agente quimioterápico, como mercadoria e em outras como símbolo de cura. Todas essas funções são consideradas indissociáveis, principalmente quando se leva em consideração o processo de medicalização vivenciado por essa sociedade.

Os medicamentos têm alcançado na história das Políticas Públicas de Saúde o status de símbolo de saúde, simulando a materialização do desejado “completo estado de bem-estar”, e consumidos como mercadoria (LEFÈVRE, 1991). No entanto, além de ser um instrumento técnico de intervenção médica sobre processos fisiopatológicos, o medicamento é considerado um fato social, um objeto plural, que luta por ser moderno e científico (PERINI; ACURCIO, 2001).

6.2.1.1 Categoria 1: melhorar a doença

Essa categoria apresenta uma relação unipolar para o significado do medicamento para os entrevistados, ou seja, desenvolvem com os medicamentos um desejo de melhorar as doenças, considerando estes produtos como substâncias farmacológicas e simbolicamente potentes.

Para Leite e Vasconcellos (2010) a utilização de medicamentos prescritos nos serviços a atenção primária indica aceitação da própria doença. O indivíduo está preparado para encarar

sua condição de saúde, aceitando o diagnóstico, e também, o tratamento, materializado no medicamento.

Algumas falas provavelmente evidenciam o desejo em alcançar um estado ideal de saúde por meio do uso de medicamentos.

“Porque sem o remédio a pessoa não tem como melhorar né, pra isso já vem o remédio pra cada coisa que a gente sente...O remédio é pra tratar da saúde” (Entrevistado 13).

“Eu vejo que é uma solução para combater alguma coisa né sarar e melhorar, eu acho isso” (Entrevistado 12).

Percebeu-se que, as expectativas dos entrevistados podem ser resultado do processo de medicalização dos problemas de saúde e da busca, cada vez mais acentuada, por resultados rápidos, que possibilitam a reelaborar suas demandas diárias. Com o uso de medicamento, o entrevistado possivelmente acredita estar colocando sob controle as doenças que o atinge (ou que podem um dia atingir), e, chama de saúde ao tentar esse controle sobre essa doença ou sobre o que sente.

As experiências subjetivas que os sujeitos tem com o uso do medicamento tem o poder de influenciar suas decisões em relação ao seu tratamento e, conseqüentemente, os seus resultados em saúde (NASCIMENTO, 2018)

Segundo Nogueira (2001) o medicamento pode simbolizar a própria saúde: individual, somatizada, ao alcance do poder de consumo. Portanto, saúde e medicamento não representam âmbitos independentes. Quanto mais valores se agregam à saúde (todos os fatores que a vida engloba), maior a necessidade gerada de bens e condições de saúde.

Na perspectiva de Silva (2005) a cura da doença decorre do uso da medicação como uma forma de retificar as patologias do homem reduzido ao corpo doente. Dessa maneira, a farmacologia transformou a terapêutica em um dever de prescrever. O ato de prescrever pode influenciar os modos de mapear e controlar as reações adversas, pois se reconhece a força da prescrição, da automedicação na vida das pessoas e sua imprevisibilidade.

É possível observar que os sujeitos da pesquisa atribuem significado ao medicamento como uma forma de melhorar, ou seja, curar o mal que possui, e ao médico exercer o poder da prescrição do medicamento. Provavelmente, acreditam nesse poder exercido pelo médico e irá melhorar o quadro da doença e a saúde será recuperada, julgam que o médico detém todo o conhecimento em relação aos medicamentos, e se ele está prescrevendo vai trazer melhora. Diante disso pode-se perceber que esses sujeitos, como meios operacionais criam condições

para produção de significados, comunicação e relações com as condições de vida e saúde. Essa relação pode ser entendida como as territorialidades. Na perspectiva de Silva (2014, p.173), “são as territorialidades, em suas próprias relações, que dinamizam as funções sociais; as normas do grupo; o movimento das ações individuais e coletivas, bem como as respostas ao mundo”.

Ou seja as territorialidades são as relações entre os grupos no território que se movimentam e passam para outros grupos a maneira como eles vivem no território, assim observa que a atribuição de significado do medicamento no território é um símbolo de saúde e que são passados por entre grupos, que incorporam o sentido do medicamento como um agente químico e ao mesmo tempo simbólico, que tem o poder de trazer melhora para a condição em que se apresenta, através desse movimento percebe-se que essas práticas de cuidados com a saúde são passadas através do individual para o coletivo (LEFRÈVE, 1991)

Diante disso Haesbaert (2004, p.344) descreve que [...] toda relação social implica uma interação territorial, um entrecruzamento de diferentes territórios”. No entanto, pode ser considerado territorialidades, a manifestação por meio de contado social dos grupos no território.

Pode-se observar em outra fala a forma que o entrevistado se manifesta quando no seu entendimento o medicamento não resolve a condição de adoecimento.

“A gente toma, aí a gente ver melhora e se não ver melhora a gente troca né”
(Entrevistado 1).

Esse entendimento provavelmente indica que o indivíduo se considera detentor do processo saúde/doença, demonstrando que se um medicamento não resolver o agravo diagnosticado, realiza a troca. Cada um possui o seu próprio entendimento das situações de saúde/doença e reagem de diferentes formas frente a busca para reestabelecimento do seu bem-estar, buscando nos medicamentos essa forma de melhorar.

De acordo com Leite e Vasconcellos (2010) a mercantilização da saúde vem ocorrendo a partir de um processo histórico que a transforma “numa necessidade jamais satisfeita” e, portanto, demanda cada vez mais o consumo de bens de saúde, especialmente o consumo de medicamentos, um dos símbolos mais evidentes de saúde. O processo de medicalização vivenciado pela sociedade superestima os poderes dos medicamentos, tanto para a saúde quanto para a doença. Este fato está vinculado ao modelo econômico-social e, portanto, distanciado dos critérios médico-sanitários científicos, ou do uso racional.

Possivelmente, o conhecimento desses sujeitos em relação ao medicamento é pautado no modelo biomédico do processo saúde/doença. Segundo Barros (2002) o modelo biomédico possui uma visão reducionista do processo saúde/doença pois não considera os aspectos sociais, históricos e ambientais, considerando assim apenas o corpo doente.

O sujeito não considera nenhum outro aspecto do território ao qual faz parte. Sua visão está com as lentes focadas apenas nos sintomas da doença naquele momento, almeja buscar um meio para amenizar ou mesmo de desaparecer com aquele sintoma de uma forma rápida. Este fato remete as colocações de Bonnemaïson (2002, p.107), para tentar explicar essa condição, demonstrando que as territorialidades tem um papel fundamental nas questões do território, pois as mesmas se expressam nas relações do indivíduo com seu meio de referência, ou seja o meio em que ele vive e faz parte, como “[...] um comportamento vivido, [...] [e] engloba, [...], a relação com o território [...] Ela inclui aquilo que fixa o homem aos lugares que são seus [...].”

Esse modo como o sujeito atribui significado ao medicamento faz parte das territorialidades vivenciadas por esse grupo no território. Portanto, as territorialidades se expressam nas atividades diárias, nas práticas sociais, nas relações materiais e simbólicas, no pertencimento ao território (BONNEMAISON, 2002). Dessa forma, é necessário entender que o território, as territorialidades são processos indissociáveis. E que a visão do sujeitos e profissionais da área devem estar pautadas nas questões territoriais para entender e compreender o processo saúde/doença.

Outro aspecto observado nas falas dos entrevistados é a apreensão da função exercida pelos medicamentos em seu imaginário, ou seja, o medicamento é considerado como algo concreto, que encerra o poder de reestabelecer e de proporcionar saúde.

“Ahhh a gente sem um remédio infelizmente a gente não vive né, principalmente quando a gente panha uma certa idade sem os medicamentos não tem jeito tem que tomar mesmo né, então assim, é fundamental nas nossas vidas e depois de uma certa idade é fundamental” (Entrevistado 11).

Esse fato possivelmente demonstra que há uma busca para o reconhecimento do medicamento como instrumento de intervenção necessária em situações patológicas. O medicamento além de trazer os benefícios experiências no corpo físico, Adams *et al.* (2015) alertam que a sensação de controle e previsibilidade com o consumo desses compostos também são aspectos positivos relacionados à experiência de usar medicamentos.

Portanto, o medicamento possui um lugar significativo na vida diária da população estudada, seu uso cronicamente indica o encontro diário do indivíduo com sua doença. Este

entendimento provavelmente está relacionado ao modelo biomédico, que propõe uma visão mecânica do corpo humano.

No modelo biomédico, o corpo é considerado um somatório de partes, indicando que a interpretação da doença é fundamentada na correlação de causa-efeito, sem, no entanto, considerar os demais fatores correlacionados a esse processo. Esse modelo de abordagem reducionista da saúde e da doença na vida dos indivíduos pode ocasionar a "medicalização". O processo de medicalização da nossa sociedade, na atualidade, acontece em várias direções, indicando que todo e qualquer tipo de mal-estar pode ser tratado com medicamentos (BARROS, 2004).

De acordo com Heidrich (2009) os vínculos territoriais desempenham importante função nesse entendimento, é considerado um processo construtivo, definido no espaço e resultam das ações ou das práticas sociais, relações criadas material e simbolicamente pela ação dos sujeitos sobre o tempo e o espaço.

A criação de laços imateriais com o território, sua significação, pode, e também explica o fato de como é atribuído o sentido de mercadoria de consumo ou mesmo um símbolo de saúde ao medicamento, assim como demonstra Haesbaert (2004), servir de guia de ação, tornando-se um “instrumento de poder na medida em que orienta as estratégias de indivíduos e grupos no sentido da luta pelo controle de seu espaço de vida e por atribuir novos significados na vida e cotidiano dos sujeitos”.

Todavia, apesar desse sentido concreto incorporado ao medicamento em alguns relatos dos entrevistados, o mesmo adquire sentido simbólico em relação ao seu uso, tradições e cultura. Esse simbolismo pode ser observado no uso de chás, que é introduzido como forma de cuidado com a saúde. Pode-se observar que o processo saúde/doença não está separado do medicamento que pode assumir diversas dimensões, tanto concreto como simbólico.

“Eu tenho tomado mais é remédio do mato assim mesmo pra... É sim, e agora eu tomo esses remédios de farmácia, agora depois que fiquei sentindo da perna, mas eu tomo pouco remédio também, assim eu tomo remédio da roça” (Entrevistado 5).

Este relato indica que os entrevistados reproduziram concepções e comportamentos baseados em suas territorialidades passadas e presentes. Provavelmente, o entendimento de saúde enquanto uso de medicamentos e cuidado médico nessa lógica biomédica, é compatível aos dos territórios vividos. Tais concepções podem influenciar a forma como cada um cuida da própria saúde. Se a saúde, por exemplo, é entendida como ausência de doença, as ações do indivíduo permanecerão nessa perspectiva e no uso de medicamentos, ou chás.

Portanto, ao observar o uso de chás pelos entrevistados pode-se entender que estão utilizando da cultura como meio de cuidado com a saúde, ou seja, fazem uso da natureza para fins terapêuticos. Essa prática é considerada tão antiga quanto a própria civilização humana e, por muito tempo, produtos extraídos de plantas e animais foram fundamentais para a área da saúde. A terapia com medicamentos de espécies vegetais é relatada em sistemas de medicina milenares em todo o mundo. Na história brasileira (BRASIL, 2012) há registros e relatos de que os primeiros médicos portugueses que vieram para o Brasil, diante da escassez de remédios que enfrentavam na colônia europeia, foram obrigados a perceber a importância dos remédios de origem vegetal utilizados pelos povos indígenas, e incorporaram essa prática no seu modo de cuidado com a saúde.

A compreensão da cultura como ferramenta de intervenção e o que os sujeitos trazem como entendimento de cuidado com a saúde. Assim tradições culturais são importantes na compreensão da relação dos sujeitos com o território ao qual fazem parte pelo exercício da intervenção cultural (BARROS, 2004).

A cultura, portanto, se inscreve no território, deixando marcas pela história. Culturalmente, estas estratégias constituem o fundamento para o tipo de conhecimento que carrega consigo, que não é auto suficientemente particular, mas que surge de dentro dos grupos ao qual faz parte, e que são passados para outros (HALL, 2003). No que diz respeito a isso, Claval (1995, p. 146) considera que “assumir-se como parte de um grupo com dados valores culturais e praticá-los”.

O espaço ocupado pelos grupos é o território da sua existência cultural, o lugar da historicidade de comunidades, onde as práticas e produção de viveres atestam o domínio do grupo sobre o local, com seu modo de viverem as práticas de saúde diante daquilo que eles têm como conhecimento de cuidado e como fazem para ter a melhora da saúde (HAESBAERT, 2004).

A procura por métodos de tratamento com o uso de chás, antes da procura ao sistema oficial de saúde observada na fala, demonstra o quanto o contexto socioeconômico, além dos fatores culturais influenciam na maneira como essas pessoas reagem no enfrentamento da doença e suas condutas na busca de cura. Há uma série de fatores que influem e interferem na procura pelo sistema oficial de saúde, dentre eles, estão a disponibilidade real da assistência, a possibilidade do paciente pagar pelo atendimento, o fracasso ou o sucesso dos tratamentos nos setores informal e popular, a maneira como o indivíduo percebe o problema e o modo como as outras pessoas também percebem o problema.

Constata-se, a partir da apreensão dos dados, a forte influência desenvolvida pela cultura dos sujeitos entrevistados, na concepção estabelecida por eles a respeito do uso de medicamentos, do processo saúde/doença, prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, a compreensão do fenômeno saúde/doença, está associada aos significados culturais de cada ser humano, que pode ser modificada ou adaptada conforme o meio em que está inserido.

Ainda, pode-se afirmar, que realizar o levantamento das necessidades de uma determinada comunidade, na perspectiva ambiental, econômica, política, social e cultural, compreende uma importante tarefa na construção de um Sistema Público de Saúde que objetiva atender, de maneira integral, as reais demandas da população.

Observados esses fatores ainda nota-se que em alguns casos, de acordo com o contexto em que está inserido, o medicamento passa a ter sentido ambíguo, não representa a obtenção da saúde, mas é visto como algo ruim para o organismo. Sabe-se que todo medicamento pode ser benéfico ou maléfico para a saúde, dependendo da dose a ser usada e da forma de administração, e isso pode ser observado em relatos de alguns entrevistados, que dizem serem contra os medicamentos, mesmo que muitos disseram da importância do mesmo na vida das pessoas, teve um entrevistado relatando ser contra o uso de remédio e especificou ser contra os medicamentos controlados.

“Pra te falar a verdade eu sou bem contra o remédio, principalmente o remédio controlado né, porque eu acho que o remédio controlado que quem tem que controlar é a gente mesmo” (Entrevistado 6).

Observa-se, que os sujeitos desenvolvem uma relação ambivalente quanto aos medicamentos, ao mesmo tempo que os mesmos são considerados bons e que reestabelece a saúde, demonstram também serem contra ao uso do medicamento, que seria uma fala positiva, devido ao uso prolongado de medicamentos dessa classe que são os psicofármacos causam dependência e tolerância, o que trazem grandes consequências aos sujeitos (CAVALCANTE; CABRAL, 2017). Demonstram dessa maneira, uma mistura de desejo e antipatia, fé e suspeita, revelando que estes produtos como substâncias farmacológica e simbolicamente potentes. Assumindo para os sujeitos um caráter de bens de consumo, que simbolizam potentes substâncias capazes de mudar o processo saúde/doença, ou seja restaurar o corpo doente e devolver o bem-estar, livre de dores ou incômodos, ou ao mesmo tempo como algo ruim que não se pode usar porque aquela substância química vai assumir o controle do corpo, sendo que como relatado “é a gente mesmo que controla”, demonstrando a apreensão de se tornar dependente do medicamento.

Segundo Leite e Vasconcellos (2010), enquanto a área biomédica evolui em tecnologia e especialização, é evidente que a saúde, a doença e o tratamento continuam sendo elementos influenciados diretamente por crenças, percepções, religiosidade, hábitos tradicionais e relações de poder. Portanto, tomar o medicamento como objeto de análise e de intervenção isoladamente do contexto cultural e social em que é consumido e interpretado gera conceitos e práticas dissonantes das necessidades da saúde pública e ansiedades da população.

Nesse sentido os medicamentos incorporam ou mesmo são atribuídos a eles uma subjetividade, ou seja, as inúmeras manifestações vivenciadas por ele no território, as experiências vividas com o medicamento é o que propicia o modo como os mesmos significam para esses sujeitos. E quando fala-se nessas questões podemos nos atentar para as concepções de Bonnemaison (2002, p.110), pois demonstra que essa subjetividade ou mesmo o espaço vivido seria um “espaço-movimento, formado pela soma de lugares e trajetos que são usuais a um grupo ou indivíduo”. Corroborando com essa colocação, Haesbaert (2001, p.40) demonstra que a dimensão vivida corresponderia à perspectiva que “[...] prioriza a dimensão simbólica e mais subjetiva, em que território é visto, sobretudo, como produto da apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido”. Que são consideradas pelos sujeitos ao fazerem uso dos medicamentos nessa dimensão, que prioriza o medicamento como símbolo.

Baseado nas falas dos entrevistados o uso de medicamentos e as informações por eles relatados também leva a reflexão, a respeito da automedicação. Provavelmente os entrevistados estão se referindo a uma realidade vivenciada por eles, em suas casas e territórios. Segundo Arrais *et al.* (2016) a automedicação é uma prática recorrente no Brasil e atentam para os riscos, principalmente referentes às intoxicações.

Outra questão que pode ter influenciado o entendimento dos entrevistados, são as expectativas dos mesmos quanto ao uso de medicamentos para a solução dos problemas e agravos de saúde. Sabe-se que o uso de medicamentos é cada vez mais reforçado na sociedade contemporânea.

O controle dos corpos e a cultura da medicamentação em uma sociedade que reforça a praticidade e a produtividade podem levar as pessoas a resolver os problemas de saúde, inclusive os de origem social e/ou subjetiva, por meio de tratamentos farmacológicos (BARROS; JOANY, 2002; LEFÈVRE, 1991). Estes são percebidos como soluções rápidas e eficientes no tratamento dos agravos de saúde. No entanto, muitas vezes as pessoas não têm consciência dos riscos, da possibilidade de dependência, física ou psíquica. Além disso, a indústria farmacêutica investe maciçamente em marketing, que acaba contribuindo para a manutenção dessa lógica (BRASIL, 2019; BARROS, 2000).

Os medicamentos são vistos como um mal necessário e dessa forma o conflito e a ambiguidade parecem ser a essência da experiência com o uso de medicamentos (ADAMS *et al.*, 2015; MCSHARRY *et al.*, 2016). Os medicamentos estão inseridos no contexto da melhoria da saúde e do bem-estar. Entretanto, a experiência incorporada com o uso desses compostos é complexa.

Em 2015 o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade relatava sobre a medicalização da vida dos sujeitos, sendo que a mesma envolve diversos tipos de racionalidade e que também desconsidera a complexidade e está pautada em uma visão reducionistas do modelo biomédico (FÓRUM, 2015).

No entanto envolve a racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, psíquico, ou em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Ou seja, as questões sociais, complexas, marcadas pela cultura e pela história, são simplificadas à ótica médica e às causas orgânicas (BERMUDEZ, 1995).

6.2.1.2 Categoria 2: tirar a dor

Nesta categoria, o significado do medicamento está relacionado a solucionar um problema específico, um sintoma, no caso específico a dor, o medicamento tira, trata e acaba com a dor. Em certos casos há uma ilusão de que sem a medicação não seria possível continuar a vida.

“Olha os remédios que eu uso abaixo, primeiro a Deus né, é mais assim pra tirar a dor, porque as minhas dor são constantes por causa mesmo do problema mesmo do nervo asiático, hérnia de disco, não tem mais cartilagem no joelho e o problema de coluna é muito séria” (Entrevistado 9).

Observa-se então que o medicamento assume o papel de um objeto plural repleto de complexos significados, assim sendo importante que critérios sejam estabelecidos para o seu bom uso, porém, muitos de seus simbolismos também podem contribuir para a sua finalidade, que seria na concepção dos sujeitos prevenir, curar, aliviar sofrimentos, os medicamentos assumem um valor simbólico aos sujeitos, que os colocam como algo que tem o poder de curar e que abaixo da força e poder divido de Deus, que é colocado em primeiro lugar pelos entrevistados, a segunda forma de se ter cura é apenas o medicamento e que se não fossem os mesmos a vida seria repleta de dores, mas que com a presença do medicamentos essas dores não são capazes de causar sofrimentos por longo prazo.

No imaginário popular, os valores clínicos divulgados através da mídia e das práticas medicalizadas dos serviços de saúde ganham sentido, incorporando crenças e valores culturais aos medicamentos, assim, os mesmos passam a fazer parte do cotidiano das pessoas, atribuindo novo significado nas experiências vividas, individualmente ou pelo grupo social, no enfrentamento das doenças e construção de condições de vida (LEITE E VASCONCELLOS, 2010).

Para alguns sujeitos, tomar medicamentos é encarado como um dever moral ou algo bom que deve ser realizado, influenciando na construção de suas identidades e nas relações sociais (ADAMS *et al.*, 2015).

O pressuposto dessa mudança decorre da crença de que a sociedade moderna seria uma sociedade mais territorial marcada por identidades plurais e formas de apropriação social do espaço (territorialidades) mais flexíveis (HAESBAERT, 2004).

Baseado nessas colocações, HAESBAERT (2014, p.59) destaca que a distinção dos territórios se dá de “acordo com aqueles que o constroem, sejam eles indivíduos, grupos sociais/culturais”.

Que pode ser visto na relação com o medicamento, a simbologia que ele exerce sobre o sujeito, e como eles atribuem e os dotam de significados dentro das práticas territoriais de cuidado com a saúde.

Entender o medicamento como algo positivo, com a ilusão de aliviar ou minimizar os problemas cotidianos de forma rápida, pode nos remeter as perspectivas de Horwitz e Wakerfield, (2007) sobre como somos levados a tentar solucionar os problemas da vida. Segundo os autores, a sociedade de consumo preconiza a relação custo-benefício, onde tratamentos farmacológicos são mais rápidos e baratos, minimizando o sofrimento.

Verificou-se que a função curativa do medicamento ainda parece assumir relevância, em detrimento das funções profiláticas que foram menos consideradas, e isso pode comprovar certo predomínio de concepções pautadas apenas em dimensão biológica da saúde e da doença. Observou-se que o medicamento assumiu um papel simbólico, que abaixo de Deus, eles são a única solução para tirar a dor que há muito tempo era sentida.

Sob essa perspectiva, de acordo com Renovato (2008) o medicamento tem sido o principal recurso terapêutico, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, com o avanço da industrialização dos fármacos e a descoberta de meios que comprovassem a eficácia e segurança dos medicamentos. Na contemporaneidade, o uso de medicamento é um fenômeno vinculado não somente às questões de saúde, mas também aos aspectos econômicos, sociais e

políticos. Por isso o medicamento, muitas vezes, pode assumir simultaneamente a forma de mercadoria e de objeto terapêutico.

Apoiado nisso os medicamentos não são somente compostos químicos, mas entidades culturais. Eles são produtos da cultura e também produtores de cultura, afetando as representações da vida e da sociedade (PERSSON, 2004). Nesse contexto, a abordagem sobre o uso de medicamentos precisa considerar suas dimensões culturais e sociais, seu caráter antropológico, visto que os medicamentos são dotados de várias dimensões, impregnadas de sentidos e significados em contextos e situações singulares (WHYTE, 2002).

Nesse conceito a linguagem funciona através da representação, ou seja, os significados têm efeitos reais e regulam práticas sociais. O reconhecimento desses significados contribui com a constituição de identidades e nos indaga a observar o discurso construído pelo entrevistado. Desse modo, o caráter produtivo da linguagem encontra-se articulado com a noção de representação, sendo a linguagem empregada para produzir significados.

A representação envolve práticas de significação através das quais esses significados possibilitam compreender as experiências da vida, sendo específicas em espaços e tempos históricos singulares. As práticas de representação ligam o significado e a linguagem à cultura. Representar é usar a linguagem para dizer algo significativo ou representar o mundo de forma significativa ao outro. A representação é parte imprescindível do processo pelo qual o significado é produzido e partilhado entre os componentes de um grupo. Ou seja, as representações são decorrentes, não apenas de como algo é utilizado, mas também do que é dito, percebido e integrado nas práticas do cotidiano (HALL, 1997). Mas no plano cultural e simbólico, principalmente devido aos significados que a compõem e que marcam as trajetórias dos entrevistados nesse contexto.

Na perspectiva cultural-simbólica, o território se torna resultado das relações que são estabelecidas frente ao uso de medicamentos, as territorialidades influenciando no modo como o sujeito busca esse medicamento, como ele ingere e como esse medicamento faz o efeito no corpo doente, reestabelecendo o bem-estar livre de qualquer incômodo.

“Ahhh no meu pensamento o remédio ele tira a dor né, ele tranquiliza a pessoa, no meu caso é assim né, se eu estou sentindo dor eu não consigo cuidar do meu serviço né, que no caso é o meu joelho né, eu não consigo então eu tenho que tomar né” (Entrevistado 9).

O entrevistado atribui ao medicamento a forma de uma substância mágica que tira a dor que o atrapalha a cuidar do seu serviço. Atribui ao medicamento como sendo capaz de tranquilizá-lo e desempenhar as suas tarefas normalmente, o sujeito pensa assumir o poder do

seu processo saúde/doença, e que através do medicamento ele alcança esse poder, que no exato momento que inicia a dor, é administrado o medicamento e a situação é controlada, sem que aquela dor relatada possa impedir que o mesmo cuide do seu serviço.

Deste modo, na presente fala observamos a desenvoltura da territorialidade que nesse caso pode ser compreendida como abstração teórica para território ou ter um sentido efetivo, “tanto material (controle físico), quanto imaterial (controle simbólico, imaginado) e, também, na concepção de espaço vivido” (HAESBAERT, 2014). O sujeito dá a concepção ao medicamento como forma de controle, sendo ele o centro do seu processo e que ele sabe exatamente como controlar o sintoma.

No entanto, fundamentado nessa colocação as territorialidades observadas podem ser entendidas como uma concepção mais ampla, sendo tanto propriedade dos territórios quanto condição para efetivação, sendo vista em duas perspectivas: no âmbito da imaterialidade e o domínio do vivido e não institucionalizado; e territorialidade como uma das dimensões de território (HAESBAERT, 2014).

Desse modo no que diz respeito aos medicamentos, observa-se uma hipervalorização das funções que os mesmos podem vir a desempenhar, além da geração de uma dependência pela qual se crê que, para todo e qualquer problema, independentemente de sua gravidade ou causa, haverá um remédio salvador, que vai tirar a dor e o desempenho das funções irá voltar ao normal. Essa verdadeira "cultura da pílula", identifica bons níveis de saúde, com alto grau de consumo (BARROS, 1997).

Sobretudo, no que diz respeito ao padrão de saúde adequado o referencial mecanicista, reforçando explicações que reduzem o processo saúde/doença à sua dimensão estritamente biológica, propagada, inclusive pela mídia ou pela internet, tanto as "soluções" que já vieram à luz como as que estão prestes a fazê-lo (BARROS, 1995).

6.2.3 Temática 2: interpretação da utilização do remédio no dia a dia

Essa temática reflete como os entrevistados descrevem e interpretam a utilização dos medicamentos em seu dia a dia. Esclarecem que os medicamentos ajudam a gerar bem-estar e proporcionar a realizar as atividades de vida diária. O uso de medicamentos no dia a dia, portanto, se dá em um contexto onde o indivíduo possui alguma referência, seja ela direta, através da sua própria experiência, ou indireta, por meio de pessoas próximas. Esse contexto permite que o usuário faça uma avaliação leiga, ou seja, do senso comum em relação aos benefícios decorrentes do uso do medicamento.

A familiaridade com um medicamento pode ser entendida como uma rotinização das práticas, que permite reduzir o grau de imprevisibilidade e incerteza dos seus resultados, gerando confiança prática e funcionando como proteção frente a eventuais riscos. Além disso, através das relações de sociabilidade, relatos de experiências bem ou malsucedidas sobre o uso dos medicamentos, vão sendo difundidas e passam a formar um sistema de referências acessível para ser validado na experiência empírica direta, como algo que tem o poder de resolver o problema sentido (LOPES, 2003). Portanto, o medicamento torna-se a possibilidade de resolver o problema ou mesmo a dor de uma forma rápida e de fácil acesso. A decisão de tomar o medicamento se torna a opção mais viável para o retorno do exercício das tarefas diárias.

6.2.3.1 Categoria 1: coisa boa

Nessa categoria, os entrevistados relacionaram os medicamentos a uma coisa boa. Esse entendimento se associa a uma tendência à racionalização de que a ingestão do medicamento é algo bom. Pode estar relacionado ao modelo biomédico como solução para a doença, reproduzindo o paradigma mecanicista e tecnicista, a partir das experiências vividas.

O viés pautado na interpretação da utilização dos medicamentos no cotidiano dos sujeitos caracterizado por eles como uma coisa boa, expressão que designa que ocorreu algo bom, algo positivo, é uma referência leiga baseada nas experiências por eles vivenciadas, na melhora de sintomas corriqueiros, no desaparecimento de algo que incomodava naquele momento, guiado pelos seus conhecimentos e ideais próprios, possivelmente pode ser considerado um aspecto cultural atrelado ao exercício de autocuidado diante de sua percepção (LEFÈVRE, 1991). Em algumas falas pode-se perceber que o medicamento para os entrevistados se tornaram necessidades diárias.

“Ahhh ele é bom, ele melhora uai, porque se você está sentindo toma e melhorou é porque ele foi bom né, é foi bom” (Entrevistado 1).

“Eu acho que o remédio a gente, é necessário o remédio na vida das pessoas, na minha principalmente, porque a gente dona de casa ter criança ter que cuidar e então tem que ter o remédio pra tomar” (Entrevistado 6).

Fica evidente que os entrevistados consideram os medicamentos necessários, que sem o uso não seria possível cuidar dos afazeres domésticos. Possivelmente, o medicamento é interpretado como uma mercadoria necessária, ou seja assume um papel de grande destaque em sua vida. Demonstra também que o uso de medicamentos é provavelmente e reconhecidamente,

uma das atividades do autocuidado, além de representar o recurso terapêutico mais utilizado na resolução da maioria dos problemas e situações em saúde.

A recorrência aos medicamentos como solução médica para os problemas de saúde, associada ao aumento de situações traduzíveis em queixas e, portanto, sujeitas à terapia farmacológica, consolida, nas últimas décadas, o fenômeno conhecido como farmacologização. Esse fenômeno é conceituado pela antropologia como o processo de medicamentação da sociedade.

O autocuidado na perspectiva de Orem (2005) consiste na prática de cuidados, de modo deliberado, pelo indivíduo, em especial aquele com alguma necessidade para manter a própria saúde e o bem-estar. Para Rong *et al.* (2017) as práticas de autocuidado podem ser influenciadas por fatores biológicos, o modelo do sistema de saúde, bem como por fatores socioculturais principalmente em relação às mudanças no estilo de vida.

Na concepção de Lefèvre (1991), o medicamento é uma mercadoria que propicia saúde e bem-estar, enquanto analisada como valor ou desejo, se adapta à lógica do mercado. A exploração do valor simbólico do medicamento representa um dos instrumentos para indução e fortalecimento de hábitos voltados ao aumento de seu consumo e aceitação pela sociedade, passando a ser símbolo da possibilidade de acesso imediato à saúde.

O valor simbólico dos medicamentos remete a concepção de territorialidade e, conseqüentemente, ao território simbólico. As territorialidades podem ser permeadas pela cultura, que se disseminam por entre grupo, e que provavelmente, estão relacionadas ao território vivido. Portanto, corroborando com essa perspectiva, Haesbaert (2004) relata que o território “define-se antes de tudo com referência às relações sociais (...) e ao contexto histórico em que está inserido”, “os elementos-chave responsáveis (e os sujeitos envolvidos) por essas relações diferindo consideravelmente ao longo do tempo”.

Explicitando essa vertendo do território, sinalizando-o como dotado de significados e valores simbólicos aos sujeitos que o compõe, as relações sociais e históricas aos quais estão inseridos (HAESBAERT, 2004), destaca-se a seguinte fala a qual percebe-se esse valor simbólico que o entrevistado atribui ao medicamento.

“Representa muito né, porque sem eles eu não faria nada, nem levantaria nem da cama porque eu já levanto já tomando o de pressão alta e outros lá, então assim pra mim se não fosse eles eu nem sei o que seria não, porque de uns anos pra cá o remédio é tudo na minha vida” (Entrevistado 11).

Pode-se perceber que o medicamento assume uma posição central na vida do entrevistado e que sem o poder mágico do comprimido ou pílula, o mesmo não faria nada, não conseguiria desenvolver nenhuma de suas funções ou até mesmo se levantar. O medicamento torna-se uma mercadoria dotada de simbolismos, representada como um símbolo de saúde, e que, talvez, sem o seu uso possivelmente não haveria vida.

As concepções sobre saúde/doença, assim como a de cura, sofrimento, mal-estar e a utilização de medicamento, possuem características próprias de acordo com o contexto cultural que as produz, quando ele as produz. Estas concepções estão ligadas a uma dimensão do território mais abrangente, conectadas com toda uma teia de esquemas sociais e valores simbólicos, não podendo ser isoladas da cultura da qual fazem parte, mostrando e demonstrando o medicamento como um símbolo central do processo de uma coisa boa, coisa que alivia os sintomas que o sujeito sentia e que o impedia de realizar suas tarefas e assim o centro do processo saúde/doença (LEFÈVRE, 1991).

Baseado nesses conceitos, segundo Haesbaert (2004, p. 20), “não há como definir o indivíduo, o grupo, a comunidade, a sociedade sem ao mesmo inseri-los num determinado contexto territorial”. Ou seja, os sujeitos produzem o seu próprio território, assim como atribui significado a ele.

Um dos entrevistados demonstrou fazer uso de práticas terapêuticas alternativas em particular o uso de plantas medicinais como os chás.

“Eu não sou uma pessoa de tomar remédio, eu sou uma pessoa mais de chá, eu estou vindo no médico porque estou vendo que os meus chás não está resolvendo muita coisa” (Entrevistado 7).

A substituição de medicamentos por plantas medicinais possivelmente retrata um desconhecimento do indivíduo em relação a sua patologia, bem como dificuldade de acesso e acompanhamento na atenção básica. No entanto, também pode sugerir uma apropriação da cultura de uso de chás e demonstrar que práticas não convencionais de saúde, continuam sendo adotadas pela população. Estas práticas culturais desenvolvidas podem ser compreendidas como elementos geracionais, portanto, considerados elementos vivos e orgânicos de suas famílias.

De acordo com Siqueira *et al.* (2006) os chás são possuidores de maior aceitação entre os sujeitos e a sua utilização, assim como outras práticas associadas ao saber popular baseiam-se em experiências adquiridas ao longo da vida. Essas informações são repassadas entre as gerações, e grupos, ou seja, estão ligadas a tradições e costumes culturais.

Este relato evidencia que os sujeitos antes de procurarem o atendimento oficial em unidades de saúde, ou atendimento especializado como forma de cuidado com a saúde, inicialmente, utilizam dos seus próprios conhecimentos e saberes, territorialidades passadas e presentes para resolverem o problema apresentado. Utilizam dos seus próprios recursos, nesse caso, recorrendo aos chás. Sentem-se possuir o saber necessário e se consideram capazes de controlar o processo saúde/doença. No entanto, quando esse controle estabelecido por ele falha, considera ser necessário à procura do saber médico. Nesse momento, se submete ao tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional.

A cultura do medicamento como símbolo é reconhecida desde os primórdios da sociedade. Através do tempo e com o fenômeno da industrialização, o uso de compostos naturais foi substituído por compostos industrializados e produzidos em larga escala, demonstrando que esse fenômeno é um traço cultural impregnada nas sociedades que reproduzem essa prática (BARBOSA *et al.*, 2004).

Portanto, percebe-se uma intrínseca relação que os saberes e técnicas tradicionais possuem com a noção de cultura. Na visão de Claval (2007) a cultura é carregada de uma dimensão simbólica, sendo constituída de signos que são criados para descrevê-la, dominá-la e verbalizá-la. Quando certos rituais são compartilhados por uma comunidade, temos a transformação do espaço em território.

Assim sendo, observa-se que o território pode ser considerado um lugar de ritos, expressando valores e confrontando crenças, através da cultura. Na perspectiva de Haesbaert (1997) território deve ser analisado a partir e não apenas de um domínio ou controle politicamente estruturado, mas de uma apropriação que incorpora uma dimensão simbólica. Para Soares (2000) todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa.

No entanto, outro entrevistado considera a utilização diária do medicamento como uma obrigação e demonstra sentimento de negação.

“Ahhh! se eu pudesse não tomava né, porque remédio nem sempre é bom, mas também se a gente não sentisse nada também não precisava tomar né, porque eu acho que remédio não é bom agride o estomago mas por outro lado tranquiliza a gente e tira as dor que está sentindo” (Entrevistado 9).

Essa fala demonstra que o uso regular do medicamento pode remeter a uma situação de obrigação por apresentar um quadro de doença ou algum problema de saúde. Para Lefèvre, (1987) o remédio é, portanto, uma obrigação e na obrigação está contida a pílula amarga.

Relatam também que os medicamentos ocasionam diversos efeitos/eventos colaterais. De acordo com Scripcaru; Mateus; Nunes (2017) evento adverso a medicamento pode ser considerado um grave problema de saúde pública. Além de serem responsáveis pelo aumento da morbimortalidade, também ocasionam gastos desnecessários aos sistemas de saúde. E, portanto, causam impacto negativo no âmbito clínico, humanístico e econômico.

Baseado no âmbito do uso regular de medicamentos como uma obrigação de ingeri-los para obter os efeitos terapêuticos, o medicamento no contexto territorial pode ser associado a uma mercadoria que está exercendo sobre o usuário uma relação de poder. De acordo com Souza (2000, p. 78) o território pode ser compreendido como um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder.

Portanto, o medicamento pode possuir um sentido simbólico, ou seja, desempenhar uma função de cura imediata. Dessa maneira assumir o status de saúde, como a única forma de reestabeler e alcançar novamente o estado completo de bem-estar, e conseqüentemente, poder exercer suas tarefas diárias. Na perspectiva de Haesbaert (1997), o território envolve várias vertentes. O território é muito mais, que um espaço geográfico e carrega consigo uma intensidade da dimensão simbólica, que descreve a subjetividade. Envolve sempre, ao mesmo tempo mas em diferentes graus de correspondência uma dimensão simbólica, cultural, através de uma identidade territorial atribuída pelos grupos sociais. Demonstra que o território possui apropriação simbólica identitária, determinadas por ações de certos grupos sociais sobre o espaço de vida. Ou seja, o modo como os mesmos atribuem significado e o modo de se relacionarem no território do qual fazem parte.

A partir desses conceitos e colocações, o uso de medicamentos para o entrevistado provavelmente se associa a qualidade de vida no dia a dia, discurso esse, que encontra amparo nos aspectos das territorialidades, hábitos e práticas dos indivíduos. Possivelmente, pode-se considerar que há a formação de uma espécie de cultura de qualidade de vida baseado no uso de medicamentos, especialmente nas sociedades contemporâneas que vivem diretamente o processo de industrialização. Segundo Leite e Vasconcellos (2010), existe um campo cultural que vai muito além do uso de certo tipo de comprimido, ou mesmo certo medicamento. Os usuários respondem com uma valorização da sua história individual, e é apenas em relação a esta que a doença e o medicamento recebem sentido.

Os entrevistados trazem implícito em suas falas um significado ambíguo para o medicamento, ou seja, ao mesmo tempo que expressa os benefícios, também relata os malefícios. Portanto, contido no conceito “coisa boa”, identificam-se expectativas consoantes às territorialidades passadas e presentes. A territorialidade para Haesbaert (2004) é essencial

para a vivência dos grupos no território, dando significado e representatividade as vivências e experiências com o medicamento.

De acordo com Lefèvre (1991), o conceito do medicamento para os sujeitos não corresponde necessariamente ao estabelecido pelas ciências como apenas um composto químico, mas às subjetividades e vivências, históricas, culturais e atuais, dos sujeitos como um símbolo de saúde.

6.2.3.2 Categoria 2: alivia a dor

Essa categoria expressa a percepção dos entrevistados sobre a função do medicamento, ou seja, ser capaz de aliviar a dor. Segundo Pedrosa *et al.* (2011) a dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional complexa e subjetiva. Envolve um mecanismo complexo, determinado por muitos fatores, incluindo idade, sexo, cultura, influências ambientais e múltiplas variáveis psicológicas e sociais.

A experiência dolorosa é genuinamente humana, pode ser vivenciada de forma singular e subjetiva por aquele que sente a dor, e suscita emoções e significados próprios. A busca para o alívio da experiência dolorosa nessa população estudada é realizada por meio da ingestão de medicamentos.

“Uai significa que é alívio né, me alivia da dor aí eu consigo dormir direito, eu consigo dormir” (Entrevistado 10).

Observa-se nessa fala que possivelmente há a compreensão do processo de mudança e obtenção de melhora a partir do uso do medicamento para alcançar um estado livre da dor, uma vida boa e conseguir dormir. Reconhecem que a dor traz consigo inúmeras limitações, impossibilitando-os de desempenhar suas atividades diárias. Esse entendimento demonstra o predomínio do modelo biomédico e de suas práticas voltadas exclusivamente à cura biológica de seus males. O modelo biomédico mostra-se introjetado na população que procura por causas biológicas e curas imediatas para seus sofrimentos. Possivelmente, com a redução do sofrimento a um conjunto de sintomas passíveis de serem medicados, o sujeito perde sua subjetividade.

Para Lima e Trad (2007) a dor pode envolver dimensões biológicas, socioculturais e psicossociais que influem na experiência e na expressão do fenômeno doloroso, além de mobilizar uma multiplicidade de recursos humanos e tecnológicos para o seu cuidado. De

acordo com Vila e Mussi (2001) oferecer informações pode ser uma estratégia para reduzir a dor. Os pacientes precisam ser informados acerca dos procedimentos, de seu impacto sobre a assistência, bem como dos efeitos das medicações. Isso poderá ajudar a reduzir a dor e aliviar a ansiedade.

O medicamento condiciona a natureza a fazer algo a serviço da vida humana. Com o medicamento não deixamos a natureza acontecer, ele impõe seus próprios padrões ao homem e ao mundo. Estabelece ao homem hábitos, crenças e perspectivas, considerado também um equipamento para a vida. Proporciona ao homem estabelecer uma linguagem e uma cultura específica (METZL E HERZIG, 2007). Modifica o estado biológico, ocupa lugar determinado em nossa cultura, interfere em nossas relações interpessoais, modela nossos comportamentos e constitui diversos cenários no mundo (SILVA, 2015).

O fármaco institui ao homem novos comportamentos ao qual se constitui na perspectiva territorial, como territorialidades. Raffestin (1993) considera que a territorialidade é mais do que uma simples relação homem-território. Considera que para além da demarcação de parcelas individuais existe a relação social entre os homens.

A utilização de medicamentos cria a ilusão de que é possível consumir saúde. Dessa maneira, para Lefèvre (1991) os sintomas e as doenças tornam-se encobertos, o que permite o acesso à "saúde", ou melhor, ao bem-estar momentâneo, tomado como uma mercadoria.

Pode-se observar que a medicação era utilizada como meio de encaixar o indivíduo em um estado de "normalidade" a fim de suportar as diversas dores ao qual se submetia.

“Ajuda bastante mesmo, ajuda na dor que a gente tiver sentindo e o paracetamol ajuda bastante” (Entrevistado 4).

Essa fala demonstra que o medicamento se apresenta como solução para que o indivíduo se mantenha confortável nas situações dolorosas do dia-a-dia. Em um mundo de mudanças rápidas, prioriza-se as satisfações e curas imediatas. A experiência de dor, desassossego e inquietude pode proporcionar uma crença excessiva no poder de cura dos medicamentos, restauração e alívios das dores sentidas. Segundo Calvacante e Cabral (2017) o sujeito se apresenta possivelmente não apenas como um corpo que sente e vive a dor. A experiência de dor implica na busca de uma solução para o problema, assim seus sentidos subjetivos o leva a buscar constantemente o bem-estar, livre da dor, um alívio através do uso de medicamentos.

A condição de bem-estar conquistada através do medicamento se constitui como uma sensação enganosa, pois necessita-se de todo um trabalho, que está para além da terapia

exclusivamente medicamentosa, para a restauração do si mesmo (ROSE, 2013). Lefèvre (1987, p.65) considera que, em todos os medicamentos apresentados como produtos, trazem a ideia da possibilidade de "saúde imediata", inclusive e, sobretudo, no medicamento. Se sente alguma dor ou desconforto, oferece-se ao sujeito, através do medicamento, a fantasia do bem-estar imediato, acessível, fácil e concreto.

A doença sempre foi um problema na sociedade, por suas próprias consequências ou pela eminência da morte, por falta de conhecimento técnico ou científico ou pelo medo causado, real ou imaginário. Contudo busca-se no medicamento a forma de tratar a doença e ficar livre do mal que causa desconforto, vivenciando e demonstrando uma cultura que os medicamentos resolvem qualquer problema de saúde, e que ao tomar aquele comprimido, pílula, a saúde se reestabelecerá e o desconforto será afastado do mesmo (MONTEIRO, 2012).

A partir desses conceitos pode-se inferir que o significado ao medicamento está conectado a cultura e também manifestado no sentir o mundo. Para Claval (2001, p.81) “(...) A cultura faz assim passar de uns aos outros as representações coletivas. O que vemos no mundo e na sociedade é o que aprendemos a ver (...)”. “A cultura é o conjunto de representações sobre as quais repousa a transmissão, de uma geração a outra ou entre parceiros da mesma idade, das sensibilidades, ideias e normas”.

O medicamento apresenta-se como solução para incômodo no estilo de vida, uma ideia de saúde como ausência de incômodos cotidianos, atribuindo representações ao medicamento como solução para boas relações e vivências sociais. Dando possibilidade ao medicamento de se transformar em uma presença útil, solução e incremento para os diversos estilos de vida da sociedade de consumo, apresentando-se como imagem de diversas atitudes, estilos de vida, hábitos do cotidiano e aplicabilidades do produto relacionadas a eles (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

A eficácia do processo de simbolização se encontra, em grande medida, em sua adequação a crenças, valores e anseios vivenciados no imaginário coletivo. E se traduz em sua capacidade de intervir na subjetividade coletiva, dando lugar a procedimentos e modos de vida quase sempre sustentados no consumo de medicamentos como mercadorias. O medicamento nesse contexto além de um produto da cultura atual, adquire também a condição de produtor de crenças, valores, desejos e padrões coletivos de procedimentos (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

Ao traduzir concepções específicas de saúde, enfermidade e cura, em articulação a valores fortemente estabelecidos na cultura, o discurso veiculado contribui ainda para reforçar e ampliar tais concepções e valores. Ilustra isto a ênfase a soluções heteronômicas, instantâneas, de concepção biológica, associadas ao individualismo e ao consumismo (NASCIMENTO, 2005).

Cuidar e acolher um paciente com dor não significa apenas executar procedimentos técnicos para aliviar a dimensão física. Faz-se necessário demonstrar interesse, compaixão e afetividade, pois o envolvimento do profissional com o paciente contribui para a promoção de bem-estar, uma vez que implica em saber lidar com seus sentimentos diante dessas situações (DALMOLIN *et al.*, 2011). O alívio e controle da dor são responsabilidades da equipe de saúde. Minimizar a dor do paciente facilita sua recuperação, evita efeitos colaterais e promove tratamentos com baixos custos (SILVEIRA, 2013).

6.2.4 Temática 3: conhecimento dos riscos causados pelos remédios sem receita

Esta temática aborda conhecimento dos entrevistados sobre os riscos, reações adversas e efeitos colaterais causados pelo uso de medicamentos sem prescrição médica. Os medicamentos possuem tanto o potencial de trazer danos se administrado de forma irracional, quanto benefícios se usado de maneira correta em relação a via de administração e dosagem. De acordo com Lessa e Bochner (2008) o elevado uso de medicamentos sem orientação médica, na maioria das vezes está relacionado ao desconhecimento dos malefícios que podem acarretar. É considerado uma das causas de intoxicações humanas registradas no país

Para Schuelter-Trevisol *et al.* (2011) a prática da automedicação, mesmo sendo considerada por alguns especialistas como uma forma de autocuidado, pode ser potencialmente danosa à saúde tanto individual quanto coletiva, principalmente pelo fato de que nenhum medicamento é inócuo ao organismo.

Segundo Cavalcante, Minayo e Mangas (2013) ao adotar o medicamento como estratégia de cuidado é preciso reconhecer e estar atento para os limites e os efeitos adversos que ele pode produzir tanto no decorrer do tratamento como a longo prazo para que, assim, seus efeitos adversos não superem os seus efeitos terapêuticos, perdendo, desse modo, o sentido inicial para o qual foi prescrito.

6.2.4.1 Categoria: possui conhecimento

Essa categoria demonstra que os participantes dessa pesquisa possuem conhecimentos em relação aos riscos causados pelo uso de medicamentos sem prescrição médica. Ficou também evidenciado a forma de aquisição desse conhecimento. Alguns relataram terem conhecimento dos riscos por iniciativa própria, outros por meio de rodas de conversas, alguns pela orientação do médico, e vários através da leitura das bulas dos medicamentos.

O conhecimento das reações adversas causadas pelo uso da medicação pode influenciar nessa prática. O acúmulo de conhecimento, seja ele adquirido nas instituições educacionais ou em experiências de vida, gera uma maior confiança naqueles que se automedicam. A ideia de “ter conhecimento dos efeitos dos medicamentos” demonstra um sujeito coletivo que afirma possuir conhecimento sobre a ação da(s) medicação(ões) em uso, independente da forma de aquisição deste conhecimento - leitura da bula, internet, livros, televisão (MASSON *et al.*, 2012).

As bulas dos medicamentos são consideradas uma forma de acesso ao conhecimento e as informações sobre o fármaco e suas indicações. Porém, as bulas dos medicamentos ainda são incompletas, não apresentando de maneira clara alguns riscos do uso do medicamento ou mesmo todas as suas interações, além do fato de que a indústria farmacêutica demora em atualizar eventos adversos encontrados nos estudos baseados em evidências (SILVA *et al.*, 2013).

A leitura da bula na perspectiva de Rigotto *et al.* (2016) pode ser complexa e muitas vezes deixar o leitor ainda mais confuso devido às informações que o laboratório fabricante relata sobre as reações que o medicamento pode provocar. No entanto, mesmo com toda a dificuldade na interpretação é de suma importância aderir a essa prática, pois as informações ali contidas são primordiais para o uso adequado e seguro dos medicamentos após a receita ministrada e também após a venda nas farmácias. Todo o esclarecimento sobre o medicamento e posologia está disponível na bula de uma forma definida o que auxilia na diminuição dos riscos os quais os usuários estão expostos.

Observou-se nesse relato os riscos que os medicamentos podem acarretar:

“Ahhh! eu já vi assim gente falando que faz mal, e a gente acompanha na televisão que assim os antibióticos esses trem sem receita tudo a gente vê falando que faz mal né, inclusive eu evito muito essas coisas de tomar né porque se faz mal né e não faz bem então não toma né” (Entrevistado 1).

A prática da automedicação e o desconhecimento dos efeitos colaterais e adversos mostrou ser possivelmente um agravante. Essa prática pode gerar diversas iatrogenias, principalmente em indivíduos que fazem uso de medicações contínuas e paralelamente utilizam outros medicamentos sem orientação médica. Segundo Lyra *et al.* (2010) todo o medicamento contém efeitos adversos, nenhum estão livres de proporcionar reações indesejadas ou efeitos colaterais, tantos os prescritos, os de venda livres, ou até mesmos os fitoterápicos. Se usados de maneira irracional sem orientação, pode trazer sérios danos à saúde. Nenhum medicamento é zero de risco à saúde, todo possui contraindicação e deve ser esclarecida aos sujeitos.

Vive-se em uma época que os sujeitos são vulneráveis ao mal-estar, que podem ser provocadas pelo o estresse da rotina, insônia, causados pelo ritmo acelerado de vida que a sociedade contemporânea leva. Neste caso, observa-se uma maior busca da população pelos medicamentos que resolvam os problemas de saúde de forma rápida e também que seja de fácil acesso, ou seja medicamentos "milagrosos" que muitas vezes as publicidades e propagandas farmacêuticas idealizam e vendem este como um símbolo de cura, uma mercadoria mágica capaz de resolver qualquer problema de saúde (CAVALCANTE; CABRAL, 2017).

A publicidade tende a mostrar os benefícios que os medicamentos proporcionam, idealizando dessa maneira o fármaco como uma mercadoria mágica, sendo considerado como estratégia de primeira escolha na busca e alcance do bem-estar ideal. Doutrinando os sujeitos em buscar alternativas fáceis e rápidas a consumir medicamentos para resolverem os problemas de saúde (LYRA *et al.*, 2010).

A propaganda é um método que estimula o consumo de medicamentos, pois engloba o conjunto de técnicas utilizadas para divulgar conhecimentos e/ou promover adesão a princípios, ideias ou teorias, visando exercer influência sobre o público. Além disso, a publicidade farmacêutica com as propagandas de medicamentos define padrões de mercado, de consumo e de comportamento dos sujeitos, exercendo impacto concreto sobre as práticas terapêuticas (MASSERA; CAMARGO E SILVA, 2002).

Os meios de comunicação podem influenciar a conduta dos sujeitos quanto a utilização de medicamentos, configurado pela televisão, jornal, revista. Há diversos critérios para publicidade e propaganda de fármacos, e muitos deles técnicos e que acabam dificultando a compreensão da população. O valor simbólico do medicamento explorado socialmente pela indústria farmacêutica, por agências de publicidade e empresas de comunicação representa um dos mais influentes instrumentos para a indução e o fortalecimento de hábitos voltados para o aumento do consumo. Esse fenômeno advém de uma sociedade na qual a ideologia de consumo, associada à visão mecanicista e biomédica do processo saúde/doença e à lógica de mercado, ocasiona a uma hipervalorização do papel do medicamento e à intensificação da "medicalização" (LYRA *et al.*, 2010).

Essa exploração do medicamento como mercadoria induz uma ideia de poder que os medicamentos podem exercer sobre os sujeitos que o consomem através da publicidade. Segundo Raffestin (1993) o poder é algo relacional, multidimensional e imanente, vinculando-se ao espaço-tempo. Suas relações são intencionais e não subjetivas, portanto, objetivas. Em toda relação de poder, há simultaneamente energia e informação. Neste âmbito, a informação não é limitada, nem aditiva. Na maioria dos casos, ela se degrada com o tempo. A informação

é constituída por mensagens, as quais são transmitidas por sinais, que podem ser linguísticos ou não-linguísticos.

Diante disso, a concepção da relação de poder no território, ao qual Raffestin (1993) descreve, podem contribuir para entender que os meios de comunicação exercem sobre o sujeito uma relação de poder. Demonstra que o medicamento pode ser algo bom e portanto, influenciar na utilização. Bem como, evidenciar os malefícios que a forma incorreta pode acarretar.

Entre os entrevistados, há alguns indivíduos que utilizam o medicamento sem prescrição apesar de conhecer os possíveis danos colaterais que estes podem ocasionar:

“Que a gente toma né, até eu tomo as vezes, talvez eu estou sentindo uma coisa e tenho um remédio lá e falo esse é bom pra isso então eu vou tomar, os efeitos colaterais são muitos, muito altos né e pode causar outras enfermidades e outras infecções na pessoa, e pode causando até o óbito as vezes da pessoa né...Nas rodas mesmos de butequeiro né, a gente sempre comenta, porque tem muita gente que toma o omeprazol antes de beber” (Entrevistado 3).

Nesse relato pode-se observar que o entrevistado conhece os riscos, os efeitos colaterais e possivelmente, ouviu falar até mesmo da interação medicamentosa do fármaco quando administrado com bebidas alcoólicas. Possivelmente, conhece os riscos que a intoxicação pode provocar, e até mesmo acarretar o óbito. O conhecimento demonstrado é considerado popular, não científico. Os sujeitos detêm um conhecimento próprio e conduzem as ações a partir das concepções do que consideram bom e/ou ruim. Ao mesmo tempo definem-se capazes de decidirem se adotam ou não determinada prática, em prol e baseado no conhecimento que possuem a respeito do processo saúde/doença.

Ao relatar sobre o conhecimento popular pode-se considerados aspectos culturais que exercem grande influência na vida das pessoas, incluindo as atitudes voltadas as práticas de saúde. Diante disso a cultura na qual as populações convivem e assimilam a outros grupos no território ajuda a entender que não se pode compreender as reações das pessoas à doença, à morte e a cura e a outros comportamentos relacionados ao processo saúde/doença, sem compreender a cultura.

As pessoas têm uma forma propria de encarar o mundo que influencia a maneira pela qual buscam práticas de cura, modos de reestabelecerem o bem-estar, lançando mão de diversas alternativas, que vão desde a prática informal, até chegar ao setor profissional (HELMAN, 1994). É importante a compreensão do modo de vida e das visões de mundo adotadas pelos diferentes grupos, para compreender o modo e vivências dos mesmos no território. Trata-se de uma interpretação subjetiva do próprio sujeito e de todos os que o cercam, e/ou a interpretação

popular, incluindo a importância atribuída ao agravo dos riscos, bem como suas consequências (PFUETZENREITER, 2001).

Para entender a visão popular e o conhecimento dos entrevistados buscou-se conceitos que ajudam a entender como interfere e como interage o saber popular e o conhecimento científico. Moscovici, (2003) identifica o saber popular como o senso comum transformado continuamente pelas experiências do grupo de pessoas, tidas como iguais e livres, que comungam da visão permeada de significados e interpretações.

Diante dessa permeação de significados e interpretações, a cultura se coloca como um parâmetro onde se articulam os conflitos e as experiências, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido (MINAYO, 2006). A cultura então fornece elementos para que as práticas do cotidiano, inclusive as relativas à saúde, sejam compreendidas e aceitas (MOSCOVICI, 2003).

Segundo essas colocações Claval (2009), nos remete que conceitos culturais trazem consigo reflexões que demonstram que a cultura dos sujeitos diz muito a respeito sobre as práticas e os conhecimentos que são aplicados em questões de saúde no território. Assim sendo Claval, (2009, p. 54) destaca que:

As culturas não existem como realidades estáveis. Cada um recebe uma herança diferente de técnicas, atitudes, conhecimentos, porque não vive nos mesmos lugares e no mesmo tempo que os outros. Culturas mudam com a introdução de tecnologias novas de comunicação, com a difusão dos saberes escolares, com a facilidade menor ou maior de viagem.

Considera-se, assim, que o saber local pode conduzir a uma gestão territorial integrada e as ações e conhecimentos difundidos neles, que vão ao encontro das necessidades da população, e de acordo com esses saberes é o que dão sentido as práticas da vida cotidiana (Claval, 2009). Deste modo é importante analisar o território, com enfoques interligados com o mundo vivido dos indivíduos e das comunidades, seus lugares e suas territorialidades (HAESBAERT, 2004).

Os entrevistados demonstraram que além de possuírem conhecimento popular, buscam também por conhecimento técnico.

“Geralmente a gente pega a bula pra ler já é e já tem a indicação todinha, o que o remédio faz e o que ele não faz né, por exemplo se eu tomo um remédio sem saber pra que eu estou tomando remédio, pra que que serve, se ele vai causar outros tipos de problemas na minha vida, então eu acho que a gente tem que saber direitinho pra que que serve aquele remédio o que ele vai fazer, que efeito ele vai fazer com você entendeu?” (Entrevistado 6).

Nessa fala observa-se que, por meio da bula de medicamento, o participante da pesquisa está atento aos riscos que os medicamentos causam. Buscam informações sobre seus efeitos no

organismo, provavelmente, quando necessitam de orientações para usar corretamente um medicamento, a fim de cessar ou amenizar uma dor ou mal-estar. No entanto, muitas vezes, a compreensão das orientações e informações disponibilizadas nas bulas pode ser prejudicada pelo uso de uma linguagem técnica, do grande volume de informações e do tamanho reduzido das letras.

O hábito de ler a bula observado na fala do entrevistado pode ser considerado um conhecimento científico, que não está obstante aos processos culturais do território, a leitura da bula pode ser transmitida por processos culturais, através da linguagem, de conversas, e disseminado.

No Brasil, a bula representa o principal material informativo fornecido aos pacientes na aquisição de medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica (SILVA, 2000). Demonstrando ser um dos principais meios para proporcionar conhecimento científico aos sujeitos a respeito dos medicamentos que são utilizados no cotidiano.

Em relação ao saber científico, pode-se destacar as concepções de Bachelard (1996, p.14) que explica sobre a experiência que a ciência traz ao sujeito:

A experiência científica é portanto, uma experiência que contradiz a experiência comum. Aliás, a experiência imediata e usual sempre guarda uma espécie de caráter tautológico, desenvolve-se no reino das palavras e das definições; falta-lhe precisamente esta perspectiva de erros retificados que caracteriza, a nosso ver, o pensamento científico. A experiência comum não é de fato construída; no máximo, é feita de observações justapostas.

Alguns conhecimentos e práticas cotidianas são pertinentes, como o uso de vários procedimentos para o combate a diversos males. Porém, o uso desses conhecimentos deve ser estimulado pelos profissionais de saúde desde que tenham uma base segura (JUNGES *et al.*, 2011).

Nesse enfoque, os fatos culturais e o ambiente intervêm nos processos de transmissão de um indivíduo ao outro. Segundo Claval (2002, p.145), a dinâmica da cultura depende de crenças, convicções e comportamentos que são adquiridos. O estudo dos processos por meio dos quais a cultura é transmitida implica que nos interessemos, antes de tudo, pelas relações individuais.

Mesmo que os sujeitos buscam nas bulas conhecimento técnico a respeito dos medicamentos, observa ainda, que existem aqueles que sua confiança está na imagem do médico.

“Sim eu Já ouvi dizer assim muitas coisas que agride muito o fígado e o estomago também né e nem sempre a gente deve tomar remédio sem prescrição médica né porque pode que a gente pensa que está tomando remédio pra uma coisa e pode que é outra que está atrapalhando outra coisa né...Médico fala, a gente também escuta nas reportagens na televisão né de entrevista de médico falando né, que remédio antibiótico né, não deve comprar sem receita médica, a gente compra de teimoso né, talvez até por dificuldade de ir no médico né aí acaba comprando o remédio sem receita médica e o que não é certo né, porque não sabe se é bom pra aquele problema que a gente está sentindo, o certo é o médico né, passar o remédio pra gente, se não deu certo a gente volta de novo, que o médico sabe exatamente onde está o problema” (Entrevistado 9).

Esse relato demonstra que possivelmente o indivíduo possui confiança na prescrição médica. Observa-se que o entrevistado mesmo sabendo que não pode utilizar medicamentos sem prescrição devido aos riscos causados indica que existe uma dificuldade no acesso a consulta médica. E devido à dificuldade opta pelo meio mais rápido e também de fácil acesso, provavelmente ignorando todas as informações de que usar medicamentos sem prescrição pode ser prejudicial à saúde.

O índice de automedicação registrado no Brasil é alto, em torno de 40% das compras de medicamentos, em especial na população que compõe as classes de renda mais baixas, e com acesso reduzido a consultas médicas por meio de órgãos públicos. Acredita-se que o acesso a médicos por meio da cobertura de planos de saúde deixe os indivíduos menos susceptíveis a automedicação e/ou recomendações por parte de familiares e amigos (TOLEDO, 2014).

As dificuldades do acesso aos serviços de saúde, se relacionam, principalmente, à baixa oferta de serviços, que vão além do aspecto geográfico (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Além disso, devem ser considerados os aspectos organizacionais; econômicos; sociais; culturais; religiosos; epidemiológicos e de comunicação com as equipes de saúde (CRUZ *et al.*, 2020).

O acesso à saúde influencia, no aspecto da vida social, na dinâmica demográfica, com impactos sobre a mortalidade e a expectativa de vida. É um elemento essencial do sistema de saúde ligado à organização dos serviços, ou seja, tudo aquilo referente à entrada no serviço de saúde e todo o tratamento que se sucede (ARRUDA *et al.*, 2018).

Para Bezerra *et al.* (2014) o processo da medicamentação diz respeito ao domínio do sistema médico sobre a vida do sujeito, que se utiliza da prescrição e do uso de medicamentos como única forma de tratamento possível para problemas e dificuldades vivenciados no cotidiano, tendo, nesse caso, a singularidade do sujeito transformada em doenças ou transtornos com diagnóstico e terapêutica medicamentosa.

6.2.5 Temática 4: acesso aos remédios

Nessa temática estão descritas as formas de acesso aos medicamentos pelos entrevistados. Considera-se que o acesso ao medicamento integra uma multiplicidade de serviços e cuidados em saúde. O medicamento é considerado um bem social e essencial no funcionamento dos serviços de saúde, no entanto, seu acesso no mundo ainda é analisado como irregular.

O acesso a medicamentos é considerado pela Organização das Nações Unidas (OMS, 2012) como um dos indicadores que mensuram os avanços na concretização do direito à saúde. Evidenciam que um terço da população mundial ainda não tem acesso regular a esta tecnologia. As explicações deste fato podem estar na inexistência de sistemas de proteção social em saúde universais e a baixa capacidade aquisitiva de governos e populações desses países, além das altas taxas de desperdício na assistência farmacêutica.

O medicamento é um elemento importante para o sistema de saúde e deve proporcionar a garantia de sua disponibilidade, acessibilidade e uso racional. Além da manutenção de uma relação custo-eficácia e sustentabilidade. Os Estados possuem o dever de assegurar que os medicamentos existentes estejam disponíveis dentro de seu território. Além de possuírem a obrigação de tomar as medidas necessárias a fim de assegurar que os novos medicamentos dos quais mais se necessita sejam produzidos e, portanto, tornem-se disponíveis à população (HUNT; KHOSLA, 2008).

Nos sistemas de saúde, cujos princípios são baseados na universalidade e a igualdade de acesso aos serviços, espera-se que o acesso aos medicamentos seja igualitário e alcance toda a população. Os medicamentos não apenas devem estar disponíveis, mas também devem ser acessíveis aos sujeitos (OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA, 2019).

O acesso a medicamentos é uma temática importante e portanto, está incorporado às metas relacionadas com a saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2015).

6.2.5.1 Categoria 1: compra na farmácia

Essa categoria aborda as diversas formas de aquisição dos medicamentos pela população estudada. São várias as formas de obtenção, desde a compra na farmácia até buscar inicialmente na farmácia de Minas (descrita como farmacinha do governo).

“Ahhh! eu vou e compro na farmácia e no médico de vez em quando eu venho e faço consulta e eles passam pra mim remédio” (Entrevistado 5).

Essa fala demonstra que houve dispêndio monetário e que o entrevistado possuiu autonomia na tomada de decisão na compra do medicamento. Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2006) a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado. Conseqüentemente, a garantia do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos são fundamentais para assegurar a efetividade das intervenções em saúde com o uso destes produtos.

As formas de promover o acesso a medicamentos à população diferem entre os países. No Brasil, a assistência é baseada partir de um sistema universal de saúde, alicerçado na justiça social, cujos princípios norteadores são a universalidade e a igualdade de acesso aos serviços de saúde. Portanto, espera-se que o acesso a medicamentos seja igualitário e amplo (OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA, 2019).

O acesso aos medicamentos de forma universal e igualitária é um dever e obrigatoriedade do Estado. Observou-se em uma fala que muitas vezes esse acesso não se concretiza e os sujeitos não conseguem os medicamentos prescritos.

“O meu remédio de pressão eu pegava pelo governo, mas depois parou né o governo já não está fornecendo pra gente mais o remédio de pressão aí eu compro, o meu da minha parte eu compro, e os outar remédios a gente compra na farmácia pra dor dipirona paracetamol” (Entrevistado 9).

Pode-se constatar por meio da fala do entrevistado que alguns medicamentos eram disponibilizados pelo Governo, mas provavelmente, devido à ausência de dinheiro para a compra e a indisponibilidade do medicamento no serviço público de saúde, atualmente não ocorre a dispensação gratuita. Possivelmente, os medicamentos disponibilizados pelo governo influenciavam a vida desses indivíduos. Em relação a questões socioeconômicas, bem como, na manutenção do tratamento

O acesso aos medicamentos é um componente indispensável para que os sujeitos tenham uma cobertura universal e igualitária à saúde, com resolutividade e qualidade. A garantia de acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), que se caracteriza como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), e é parte integrante do processo de promoção, recuperação e prevenção de algumas das doenças mais prevalentes na população. Depende de uma complexa atuação de atores no território para garantir a população esse acesso, assim é fundamental a ação em conjunto dos atores públicos e privados, que desempenham diferentes funções no contexto econômico, político e social para seguirem em direção a soluções de problemas e facilitarem o acesso aos medicamentos por parte da população (ÁLVARES *et al.*, 2017).

Mesmo sendo caracterizado como direito dos sujeitos o acesso aos medicamentos e um dever do estado de garantir esse acesso, como forma de cuidado com a saúde, observa-se que há uma dificuldade de garantir o acesso universal aos medicamentos, demonstrando ser uma área que deve ter mais atenção e assim desenvolver estratégias para solucionar os problemas apresentados diante dessa acessibilidade, pois a mesma se configura como uma das fases de cuidado com a saúde, assim como a obtenção do sucesso do tratamento farmacológico (HUNT; KHOSLA, 2008).

O resultado de um tratamento farmacológico está ligado a relação combinada de diversos eventos, atores e condições, de forma complexa e nem sempre previsível. A obtenção de sucesso da farmacoterapia só é alcançado quando resultados como a prevenção de doenças, o controle, a cura, a normalização de parâmetros laboratoriais e alívio de sintomas são obtidos conforme esperado (AQUINO, 2008). Da mesma forma que o acesso à saúde, o acesso aos medicamentos essenciais de qualidade, racionalmente utilizados, constitui os objetivos centrais das políticas de medicamentos como forma de sucesso da farmacoterapia (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

A simples disponibilidade do serviço não configura acesso. O acesso se concretiza com a utilização do serviço. O acesso seria então um fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços à população, assim como a produção e consumo de tais serviços (LUIZA, 2003). Acesso a medicamentos remete aos conceitos da Assistência Farmacêutica, ou seja, trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial assim visando ao acesso e ao uso racional (BRASIL, 2004).

A implementação de um novo modelo da Assistência Farmacêutica pautados no atendimento de necessidades e prioridades é um dos resultados da Política Nacional de

Medicamentos do Brasil, aprovada pela Lei nº 3.916/98, que assegura o acesso gratuito à medicação necessária a pacientes atendidos no SUS, em todos os níveis de atenção. Conforme o art. 6º da Lei nº 8.080/90, o fornecimento de medicamentos atende ao princípio da integralidade da assistência, pois o medicamento não é concebido isoladamente, mas é um dos componentes do tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os instrumentos da política da saúde utilizam uma abordagem na perspectiva de regionalização, considerando a dimensão territorial, na acessibilidade aos cuidados de saúde, reforçando a importância da promoção e da influência que o território tem nas questões de saúde das populações (SANTINHA, 2016).

A elaboração e implementação de políticas públicas na ótica do território deve buscar uma visão estratégica para a otimização dos recursos e esforços públicos garantindo o atendimento, assim como o acesso aos medicamentos por um número maior de pessoas (GODIM *et al.*, 2008). Para Monken e Barcellos (2005), a inserção da categoria território na investigação dos determinantes do processo saúde/doença podem contribuir para esse debate, que está intimamente ligado com a questão da equidade e da universalidade no atendimento à saúde.

O entendimento da abordagem territorial nas questões de saúde contribui para o entendimento dos processos de acesso à saúde, medicamento e saúde/doença. Portanto, o território reflete as diversas dimensões do poder, bem como as relações que são estabelecidas no espaço vivido pelos sujeitos da coletividade reproduzindo-se na territorialidade, nas questões de saúde e acesso aos medicamentos de forma segura e igualitária (GODIM *et al.*, 2008).

Conhecendo o modo de vida dos sujeitos no território é possível identificar as doenças mais recorrentes, bem como o acesso e as repercussões nos serviços de saúde. Oportunizando o desenvolvimento de estratégias relacionadas aos serviços que alcance a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN, 2005; BARCELOS, 2005, p. 899).

Nesse sentido, o medicamento é um elemento importante nos sistemas de saúde e a garantia de sua disponibilidade, acessibilidade e uso racional, mantém-se como um desafio para a maioria dos países do mundo, principalmente diante do aumento crescente da demanda de consumo.

O fenômeno de aumento na demanda por medicamentos ocorre principalmente devido ao envelhecimento populacional, hábitos de vida inadequados, condições crônicas associadas, medicalização da sociedade e pressão do mercado farmacêutico, que ocasiona cada vez mais o consumo, demandando por maior quantidade de medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2019). A

disponibilidade de medicamentos essenciais no setor público, em diversos países do mundo, ainda é considerada baixa. Assim as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas as singularidades de cada população, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação dos problemas de saúde da coletividade, proporcionando maior acessibilidade aos medicamentos por parte da população nos diversos lugares (MONKEN; BARCELLOS, 2006).

A abordagem territorial pode exercer influência nas questões de saúde, bem como acarretar impacto na compreensão do processo saúde/doença e acesso aos medicamentos por meio do serviço público de saúde. Na visão de (HAESBAERT, 2004) o território pode ser considerado uma representação de múltiplas manifestações em determinada área, tanto sociais, naturais, políticas e culturais, este último, dentro um plano simbólico.

O acesso aos medicamentos segundo as múltiplas manifestações em que ele se configura no território, necessita ser de forma segura e igualitária, ainda que seja um desafio grande para os sistemas públicos de saúde. Muitos problemas persistem e comprometem a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e a racionalidade do uso, sendo importante compreender que garantir acesso significa pensar em todas as dimensões desse acesso, o que equivale a dizer que não basta haver somente disponibilidade. Os medicamentos precisam ser prescritos e utilizados de forma racional, precisam ser economicamente acessíveis e apresentar o padrão de qualidade adequado (GUERRA *et al.*, 2004).

Considerando que para haver acesso a medicamentos é necessário compreender que tem que haver disponibilidade do mesmo, de forma segura e igualitárias, também é essencial compreender que o território exerce influência nesse aspecto. Uma vez que o território é um conjunto de recursos terapêuticos, em sentido amplo e nem sempre bem delimitado, isto é, uma resultante de interações potenciais a serem exploradas e articuladas (FURTADO *et al.*, 2016).

Portanto considera-se o conceito de território de Haesbaert (2004, p. 95-6), que descreve que o território "desdobra-se ao longo de um continuum que vai da dominação político-econômica mais 'concreta' e 'funcional' à apropriação mais subjetiva e/ou 'cultural-simbólica'". Diante disso o território pode ser entendido como área de cobertura dos serviços de saúde, estruturador do funcionamento de redes de atenção aos indivíduos e portador de recursos no cuidado individual na qual se caracteriza a dimensão funcional. O território considerado na perspectiva dos usuários ou como resultante de múltiplas relações materiais e imateriais de poder que o acesso aos serviços e medicamentos exercem sobre os mesmos, tende a representar a apropriação mais subjetiva do território (FURTADO *et al.*, 2016).

Sob essa ótica, a qualidade da atenção prestada pelas Unidades de Saúde é considerada um imperativo técnico e social. A busca pela melhoria da equidade de acesso aos recursos, os altos custos da assistência, bem como os novos anseios da sociedade, têm direcionado os esforços das instituições, no sentido de buscar evidências de que os serviços de saúde estão sendo providos eficientemente e que mantêm e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente (MELO *et al.*, 2021).

Na ótica de acesso aos medicamentos de forma segura e o desenvolvimento de estratégias do sistemas públicos de saúde para garantir a disponibilidade de melhorias que configurem esse acesso por parte da população, considerando que o território tem grande contribuições para desenvolver intervenções para implementação deste, Dematteis (2008, p.34) afirma que o território não é somente a superfície das ações do sujeito, parte da produção de relações intersubjetivas que são o meio e a matriz de um futuro, visando à proteção do conjunto de condições necessárias à vida.

Portanto o reconhecimento do território, torna-se um instrumento básico para a adoção de políticas de organização das ações de saúde. Contudo, não se podem implementar políticas de saúde sem levar em consideração as especificidades do território (MONKEN; BARCELLOS, 2006).

O interesse pelo território nas questões relacionadas a saúde tem aumentado, isso porque todas as ações públicas visam melhorias nas condições de vida da sociedade, e alcançar um acesso à saúde de forma mais igualitária possível, e para alcançar medidas que proporcionem melhor acesso à saúde deve-se levar em consideração o modo de produção do vivido pelos sujeitos e de formação do território (CARDOSO; COSTA; SILVA, 2020).

As estratégias de planejamento e políticas públicas no campo oscilam, ora enfatizando a saúde como resultado de políticas sociais numa sociedade em transformação, ora como restrita à eficiência de tecnologias e serviços de saúde ou medidas pontuais de prevenção e promoção (MELO *et al.*, 2021).

Portanto o estabelecimento da base territorial em saúde, proporciona estudos sobre funcionamento dos serviços de saúde emaranhado no território, buscando, [...] “a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população” (MEDONÇA; ARAÚJO; FOGAÇA, 2014, p. 47).

O território socialmente configurado determina a situação sanitária da população que o habita, sendo a saúde dialeticamente ligada e determinada por esse espaço, possibilitando o surgimento de redes sociais de apoio e convivência. Por consequência, uma compreensão integral da saúde incluirá as condições espaciais para a reprodução social da vida ou para a

promoção da qualidade de vida, pois o espaço social oferece recursos e ferramentas. Assim, saúde é resiliência ou capacidade de reação dependendo essencialmente do ambiente coletivo que constitui o espaço geográfico. Sob tal enfoque, os serviços do sistema de saúde precisam funcionar em interação com o território. A efetividade do acesso e da resposta às necessidades dependerá de sua inserção no espaço das sociabilidades cotidianas dos usuários, que não se identifica simplesmente com a definição administrativa de território (JUNGES; BARBIANI, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou identificar as diversas dimensões atribuídas pelos participantes aos medicamentos. Por vezes se colocam no centro do seu processo saúde/doença e se consideram detentores de conhecimentos e práticas ao qual baseado em intervenções farmacológicas alcançam a completa restauração da saúde, demonstrando a naturalização do corpo, da doença e do tratamento, a qual norteia o discurso dos agentes da biomedicina.

Além de evidenciar como as territorialidades podem influenciar no modo de utilização do medicamento, que ora se caracterizaram por ações de promoção e cuidado no campo da saúde, como o acesso a consultas médicas e fármacos, ainda que em discordância com o tempo e expectativas de necessidade dos sujeitos. Ora representaram situações de risco e sofrimento para a saúde integral dos mesmos. Portanto, essas territorialidades podem em um dado momento revelarem-se assertivas e contribuir para a promoção, prevenção e atenção em saúde dos sujeitos, mas em outro, manifestarem-se incapazes de incorporar atitudes e habilidades para alcançar saúde, assim como negligenciarem o conhecimento e as práticas do uso racional de medicamentos.

Em relação a caracterização da amostra o perfil sócio demográfico dos entrevistados abordado no estudo observou-se que a população estudada apresentou média de idade de 57,5 anos. Possuem baixa escolaridade, estado civil casados, com renda mensal de um a dois salários mínimos por mês.

Os indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde demonstraram que a maioria dos sujeitos realizaram no mínimo uma consulta nos últimos seis meses; possuíam doenças diagnosticadas e utilizaram de um a três medicamentos diariamente no mesmo período. Esses dados indicam possivelmente a garantia do direito à saúde quanto ao acesso à rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), traduzindo na responsabilidade objetiva do Estado em oferecer esse serviço. No entanto, entende-se que o processo de saúde/doença, por ser amplo e complexo, necessita de investimentos em ações de promoção e prevenção no território estudado, que de fato promovam a saúde e o bem-estar.

Os participantes da pesquisa relataram que utilizaram medicamentos antes de procurarem por informações adicionais acerca do medicamento a ser utilizado, e que a indicação do medicamento sempre é feita por profissionais não médicos. Na relação aos sintomas apresentados pelos sujeitos quando recorreram a automedicação, destaca-se dores de cabeça e gripe. Os motivos da automedicação se relaciona ao fato de não gostarem de se

consultar. O período de utilização da automedicação dura de um a três dias, e não realizam indicação de medicamentos para outras pessoas.

As percepções dos sujeitos em relação aos medicamentos estão constituídas a um símbolo de saúde e de cura. O medicamento está no centro do processo saúde/doença dos sujeitos, e os mesmos o descrevem como a possibilidade do corpo doente alcançar novamente ao seu estado de perfeito funcionamento. Quanto a percepção da identificação do medicamento, os sujeitos o identificam como alívio de dores e recuperação do bem-estar, para desempenhar as tarefas diárias. Se mostram atentos aos riscos causados pelos medicamentos sem prescrição e orientação de um profissional, demonstrando ser detentor tanto de um saber popular de rodas de conversas, mas também de um saber científico, baseados nos conhecimentos médicos e das bulas dos medicamentos. Esses conhecimentos remetem a questões culturais, aos quais se demonstram através das territorialidades. O acesso aos medicamentos ocorre por meio de comprar o medicamento na farmácia, verificando ainda uma possível dificuldade no acesso aos medicamentos considerados essenciais e disponíveis como um direito do sujeito.

Estudar as questões de saúde relacionadas ao uso de medicamentos, baseado no território, considerando a dimensão vivida dos sujeitos, os aspectos culturais e o quanto os mesmos interferem no uso de medicamentos, fundamentado nas territorialidades são questões pertinentes e que abrem campo para diversas possibilidades de intervenção.

Identificar a percepção e o conhecimento dos sujeitos, sua visão sobre saúde, doença e o uso irracional de medicamentos, entre os usuários dos serviços de atenção primária à saúde, possibilitou inferir que há muito a ser feito pelos profissionais de saúde no que se refere ao território vivido, enquanto identificar essas questões e desenvolver estratégia para alcançar melhoria no processo do uso de medicamentos e assim promover o uso racional no território.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para programas e/ou projetos específicos, que busquem a melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida dos sujeitos no território bem como práticas para promover de forma abrangente o uso racional de medicamentos. A abordagem interdisciplinar e híbrida do território possibilitou descrições e análises sobre a saúde dos sujeitos, a percepção dos mesmos quanto ao processo saúde/doença, bem como a influência das territorialidades no uso irracional de medicamentos.

Enfim, conhecer a saúde dos sujeitos que fazem uso de medicamentos, especialmente através da sua própria percepção, permitiu entender que se trata do território com suas territorialidades marcadas por inconstâncias e instabilidades políticas, econômicas e culturais-simbólicas. Também admitiu supor que esse território pode se estabelecer enquanto lugar de

promoção da saúde. Portanto, é necessário vencer as barreiras históricas e atuais especialmente no âmbito da saúde.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, W. E, *et al.* “The problem here is that they want to solve everything with pills”: Medication use and identity among Mainland Puerto Ricans. **Sociol Health Illn.** 2015; 37:904–919.
- AKKARI, A. C. S. *et al.* Inovação tecnológica Na indústria farmacêutica: diferenças entre a Europa, os EUA e os países farmaemergentes. **Gest. Prod. [Online]**, 2016, vol.23, n.2. ISSN 0104-530X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2016000200365&lng=pt&tlng=pt.
- ÁLVARES, J. *et al.* Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Rev Saude Publica**, 2017;51 Supl 2:4s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>
- ÁLVARES, J. *et al.* Acesso a medicamentos por pacientes da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Publica**, São Paulo, v. 51. Supl. 2, 2017.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl 2, p. 733-36, 2008. Doi.org/10.1590/S1413-81232008000700023
- AQUINO, D. S. de; BARROS, J. A. C. de; SILVA, M. D. P. da. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2533-2538, Ag. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 ag. 2020.
- ARRAIS. P.S.D. *et al.* Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, 2016; 50 (supl. 2): 13s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518_87872016050006117.pdf
- ARRUDA, N. M. *et al.* Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>. Acesso: 28 abr. 2022.
- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: 1996. Contraponto.
- BANDEIRA, V. A. C. *et al.* Identificação do uso e fatores associados ao consumo de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 111-128, 2018.
- BARBOSA M.A, *et al.* Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **R Enferm UERJ**. 2004 Jan-Abr; 12(1): 38-43

BARCELLOS, C. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 2002. 11(3): 129-138.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo de saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, pág. 67-84, julho de 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de abril de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.

BARROS J. A. C. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: Unesco; 2004.

BARROS, J. A. C, JOANY, S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover uma boa prescrição? **Cien Saude Colet**, 2002; 7(4):891-898.

BARROS, J. A. C. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. **Cad Saude Publica**, 2000; 2(16):421-427.

BARROS, J. A. C. A atuação dos balconistas de farmácia: ajudando a promover o uso racional dos medicamentos? **Jornal Brasileiro de Medicina** 1997; 72(2):120-124.

BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1995.

BELL, S. E.; FIGERT, A. E. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. **Soc Sci Med.**, 2012; 75(5):775-783.

BERMUDEZ, J. Z. **Medicamento, estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 1995.

BERTOLDI, A. D., *et al.* Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. **Rev. Saúde Pública**, 41 São Paulo, v. 50, supl. 2, 5s, 2016.

BEZERRA, I.C. *et al.* “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. 2014, São Paulo. v. 18, n.48, p.61-74. DOI: 10.1590/1807-57622013.0650.

BONI, V.; QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis v. 2, n. 3, p. 68–80, jan./dez. 2005.

BONEMAISON, J. **Viagem em torno do território**. In: ROSENDHAL, Z.; CORRÊA, R. L. (org.). **Geografia Cultural** (3). Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002, p. 83-131.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social. PNAS/2004 – **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social** Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional De Medicamentos**. Brasília – 1998.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2012. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. Brasília, DF, 2019, 33 p. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/15/Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA--1-.pdf> >. Acesso em: abr.2022.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Resolução nº 338/ MS, de 06 de maio de 2004**, que em seu artigo 1º define a Assistência Farmacêutica no SUS. (9) BRASIL. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, e da outras providencias. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf Último acesso em 03 de abril de 2021.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível e http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Último acesso em 03 de abril de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 1. ed.- Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017. Acesso em: 04 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos** (1999). 6ª Reimpressão. 40p. Il - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 125 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2599-6.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (**CONASS documenta 3**). Brasília: CONASS, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS documenta 3. Para entender a gestão do Programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004.

_____. Lei Federal nº. 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990.

CABRAL, R. V.; TREVISOL, F.S. A influência da internet na relação médico-paciente na percepção do médico. **Rev. AMRIGS**, 2010; 54(4):416-420.

CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 60, n. 1, p. 124-131, 2008.

CANINDÉ, A. *et al.* Avaliação da automedicação na cidade de Conceição do Coité-BA. **Faculdade Nobre De Feira De Santana**, v. 32, n. 3, p. 1-31, 2012.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente**. 25ª Edição. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

CARDOSO, A. F.; COSTA, V. A. M.; SILVA, C. A. da. A importância do território em ações de vigilância em saúde. **Revista Cerrados**, [S. l.], v. 18, n. 02, p. 50–68, 2020. DOI:

10.46551/rc24482692202009. Disponível em:

<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/cerrados/article/view/1037>. Acesso em: 6 jul. 2022.

CARVALHO, T. P. de. *et al.* Conhecimento dos pacientes sobre a prescrição medicamentosa no serviço de emergência. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 2, p. 329-335, Apr. 2018. Available from. Access on 19 Aug. 2020.

CAVALCANTE, D. M.; CABRAL, B. E. B. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal.v. 22, n. 3, p. 293-304, set. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000300006&lng=pt&nrm=iso.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.2985-2994, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023>

CHAUTRAKARN, S.; KHUMROS, W.; PHUTRAKOOL, P. Self-Medication With Over-the-counter Medicines Among the Working Age Population in Metropolitan Areas of Thailand. **Frente. Pharmacol.**, 11 de agosto de 2021 <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.726643>

CLAVAL, P. **A Geografia Cultural**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001.

_____. **A geografia cultural**. Florianópolis: EDUFSC, 2007.

_____. **A geografia cultural**. Tradução de Luiz Fugazzola Pimenta e Margareth de Castro Afeche Pimenta. 3 edição. Ed. da UFSC, Florianópolis, 2007.

_____. **Campo e perspectivas da geografia cultural**. In: CORRÊA, Roberto Lobato; ROSENDAHL, Zeny. (Orgs.). *Geografia cultural: um século (3)*, Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2002.

_____. **É geografia, é Paul Claval**. IN: ALMEIDA, M. G.; ARRAIS, T. P. A. (Org.) 1. ed. Goiânia: UFG, 2013. 176p.

_____. *Geografia Econômica e Economia*. **GeoTextos**, vol. 1, n. 1, Paris, 2005. 11-27.

_____. **Le Brésil: idées reçues**. Éditions Le Cavalier Bleu, Paris, 2009.

_____. **Principe de géographie sociale**. Paris: Litec, 1973.

_____. **Histoire de la Géographie**. Paris, PUF, 1995.

CLAVAL, P. HAESBAERT, R. **Uma ou algumas abordagens culturais na geografia humanista**. IN SERPA A_ Espaços Culturais- Salvador: EDUFBA, 2008. 426 p.: il.: ISBN 978-85-232- 1189-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

- CONRAD P. The shifting engines of medicalization. *Pub Med Central. J Health SocBehav*, 1(6):3-14, 2005. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15869117> >; Acesso em: abr. 2022.
- COSTA, C. M. F. N. *et al.* Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 2:18s.
- COSTA, K. S. *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016.
- COUTO, A. C. de O. **A cidade dividida: da inclusão precária à territorialização perversa**. 2008. Disponível em: [www.webartigos.com/articles/4155/1/ A-Cidade-Dividida-Da-Inclusao-Precaria-a-Territorializacao-Perversa/pagina1.html/ print/4155](http://www.webartigos.com/articles/4155/1/A-Cidade-Dividida-Da-Inclusao-Precaria-a-Territorializacao-Perversa/pagina1.html/print/4155).
- CRISTIANO, R. *et al.* Territorialidades: dimensões de gênero, desenvolvimento e empoderamento das mulheres.- Salvador: **EDUFBA**, 2018. 310 p. (Bahianas, 21).
- CRUZ, P. K. R *et al.* Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 2020;23(6):e190113. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/Pss8W5BngK8L6xXYVm3RqP/?format=pdf&lang=pt>.
- CUTOLO, L. **Modelo Biomédico: reforma sanitária e a educação pediátrica**. Vol. 35, 2006.
- DALMOLIN, B.B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 2011; 15(2): 389-94.
- DAL PIZZOL, T. da S., *et al.* Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 104-114, Jan. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso 04 Ag. 2020.
- DANTAS, N. S. *et al.* **Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do Direito à Saúde**; 2005. Disponível em: [http:// <http://www.mpf.mp.br/accessibility-info>](http://www.mpf.mp.br/accessibility-info).
- DATASUS. Ministério da Saúde. DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**, 2010. <http://www.datasus.gov.br/>
- DELGADO, A. F. dos S.; VRIESMANN, L. C. O Perfil Da Automedicação Na Sociedade Brasileira. **Revista Saúde e Desenvolvimento**| vol.12, n.11, 2018
- DEMATTEIS G. Sistema Local Territorial: um instrumento para representar, ler e transformar o território. In: ALVES, A. F.;CORRIJO,B. R.;CANDIONOTTO,Z. P.(Org.). **Desenvolvimento territorial e agroecologia**. São Paulo: Expressão popular, 2008. p. 33-44.
- ELLEN, I. G.; TURNER, M. A. (1997), “Does Neighborhood Matter? Assessing Recent Evidence”. **Housing Policy Debate**, vol. 8, nº 4, 1997. pp. 833-866. em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

ERNICA, M. E RODRIGUES, E. C. Desigualdades educacionais em metrópoles: território, nível socioeconômico, raça e gênero. **Educação & Sociedade** [online]. 2020, v. 41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES.228514>. Epub 17 Ago 2020. ISSN 1678-4626. <https://doi.org/10.1590/ES.228514>.)

FERNANDES, W.S., CEMBRANELLI, J.C. Automedicação e o uso irracional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas. **Revista Univap** –São José dos Campos-SP-Brasil, v. 21, n. 37, jul.2015. ISSN 2237-1753 <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap>.

FISHER, J.A.; COTTINGHAM, M.D.; KALBAUGH, C.A. Peering into the pharmaceutical “pipeline”: Investigational drugs, clinical trials, and industry priorities. **Soc Sci Med**. 2015; 131:322-330.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joice Elias Costa. 3. ed., Porto Alegre: Artmed. 2009.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE – FSMES. (2011). **Dossiê sobre medicalização da educação e da sociedade**. Retirado de http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Dossie_V3.pdf

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Multimorbidade e uso de serviços de saúde em idosos muito idosos no Brasil. **SciELO Preprints** – 2021. disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210014.supl.2>

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. Série Pesquisa. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2007.

FREITAS, V. P *et al.* Automedicação em Universitários do curso de Graduação da área de Saúde em uma Instituição de Ensino Superior Privada em Vitória da Conquista. **Id on Line. Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. 2017.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 32, n. 9 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>. Acesso 5 maio 2022.

GALISTEU, K. J. *et al.* Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arq. Ciên. Saúde**, v. 13, v. 4, p. 209-214, 2006.

GAMA, A. S. M.; SECOLI, S.R. Automedicação em estudantes de enfermagem do Estado do Amazonas – Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2017; 38(1): e65111.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* **O território da saúde**: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C, *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GONÇALVES, M. F. *et al.* Prescrição médica e o uso irracional de medicamentos: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bioética Cremego**, v. 1, n. 01, p. 55-60, 2020.

GUERRA JR, A. A. *et al.* "Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil." **Revista Panamericana de Salud Pública** 15 (2004): 168-175.)

GUSMÃO, N. M. M. Antropologia, Estudos Culturais e Educação: Desafios da Modernidade. **Pro-Posições**, v.19, n.3 (57) set.\dez. 2008.

HAESBAERT, R. **Des – territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no nordeste. Niterói: EDUFF, 1997.**

_____. **O mito da desterritorialização** 1958. In: Do “fim dos territórios” à Multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. **Territórios Alternativos**. São Paulo: Contexto, 2002.

_____. **Viver no limite: território e multi/ transterritorialidade em tempos de in-segurança e contenção**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

_____. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

_____. **O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. **O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios a multi-territorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007b.

_____. **O mito da desterritorialização: dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: SANTOS, M. *et al.*, **Território, territórios: ensaios sobre ordenamento territorial**. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. p. 43- 70.

_____. Território e Multiterritorialidade: um debate. **Revista GEOgraphia**, Niterói, Universidade Federal Fluminense, v. 9, n. 17, p. 29-46, abr. 2007.

_____. **Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de insegurança e contenção**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

HALES, C. M, *et al.* **Prescription drug use among adults aged 40–79 in the United States and Canada**. NCHS Data Brief, no 347. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2019.

HALL, S. **Representation: cultural representations and signifying practices**. London: Sage; 1997.

HALL, S. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2003.

HEIDRICH, A. L. Conflitos territoriais na estratégia de preservação da natureza. In: SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos. São Paulo: **Expressão Popular**, 2009. p. 271-290.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: 1994. Artes Médicas.

HOFFMANN, A. M. M. *et al.* Automedicação entre acadêmicos de Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 2017; Suppl (9): 842-848.

HORWITZ A.V, WAKERFIELD J. **A Tristeza Perdida**. São Paulo: Summus; 2007.

HUNT, P. e KHOSLA, R. Acesso a medicamentos como um direito humano. Sur. **Revista Internacional de Direitos Humanos** [online]. 2008, v. 5, n. 8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006>. Epub 07 Jul 2010. ISSN 1983-3342. <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>;

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Itabirinha: População estimada 2020**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itabirinha/panorama>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada: Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência julho de 2019**.

IURAS, A. *et al.* Prevalência da automedicação entre estudantes da Universidade do Estado do Amazonas (Brasil), **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. 2016; 57 (Suppl): 104-111.

JUNGES, J. R., *et al.* "Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?." **Ciência & Saúde Coletiva** 16.11 (2011): 4327-4335

JUNGES, J. R. E BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Revista Bioética**, 2013, v. 21, n. 2, pp. 207-217. Disponível em: <. Epub 17 Out 2013. ISSN 1983-8034.>

KASSIE, A.D, BIFFTU, B.B E MEKONNEN, H.S. Prática de automedicação e fatores associados entre membros adultos da família no distrito de Meket, nordeste da Etiópia, 2017. **BMC Pharmacol. Toxicol.** 19 (1), 15. 2018 doi:10.1186/s40360-018-0205-6

LEFÈVRE F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez; 1991.

LEFÈVRE, F. A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. **Rev. Saude Publica**, v.21, n.1, p.64-7, 1987.

LEITE, S. N. VASCONCELLOS, M. da P.C. Os diversos sentidos presentes no medicamento: elementos para uma reflexão em torno de sua utilização. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Vol. 39, no. 3, 2010, p.18-23.

LESSA, M. de A.; BOCHNER, R. Análise das internações hospitalares de crianças menores de um ano relacionadas a in toxicação e efeitos adversos de medicamentos no Brasil. **Revista Bras. Epidemiol**, v.11, n.4, p.660–674, 2008.

LIMA M.A.G, TRAD L.A.B. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cad. Saúde Pública**, 2007; 23(11):2672-2680.

LOPES N.M. automedicação: práticas e racionalidades sociais [Dissertação de Doutorado em Sociologia]. **Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa**: Lisboa, 2003.

LUIZA, V. L. **Acesso a medicamentos essenciais no Estado do Rio de Janeiro** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

LYRA JR. D.P *et al.* Influência da propaganda Na utilização de medicamentos em um grupo De idosos atendidos em uma unidade básica de saúde em Aracaju (SE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3)3497-3505, 2010.

MACEDO, E. I; LOPES, L. C; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial **Revista de Saúde Pública**. Sorocaba 2011;45(4):706-13.

MACINKO, J. E MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 9 Abril 2022] , pp. 18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.)

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARIN, N, *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas, OMS; 2003.

MARTINS, G. A. *et al.* Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2015, v. 31, n. 11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128214>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128214>.)

MASSERA, A.P.D, CAMARGO J.A.S, SILVA L.R.F.J. O controle do comportamento privado para fins públicos: a monitoração de propaganda de medicamentos no Brasil [monografia]. Brasília: **Faculdade de Ciências da Saúde**, Universidade de Brasília; 2002.

MASSON, W. *et al.* Automedicação entre acadêmicos do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo. **Rev Bras Pesq Saúde**. 2012;14(4):82-89.

MATOS, J. F. *et al.* Prevalência, perfil e fatores associados à automedicação em adolescentes e servidores de uma escola pública profissionalizante. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 26, n. 1 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800010351>.

MELO, D. O. de; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 475-485, Dec. 2006. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000400002&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322006000400002>.

MELO, D. DA S. *et al.* O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2021, v. 26, n. 10. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10722021>>. Epub 25 Out 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10722021>.

MENDONÇA, F.; ARAÚJO, W. M.; FOGAÇA, T. K. A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios. **Revista Investig. Geogr. Chile**, [S./l.], v. 48, p. 41-52, 2014. Disponível em: www.investigacionesgeograficas.uchile.cl/index.php/IG/article/download/.../38269

METZL J.M, HERZIG R.M. Medicalisation in the 21st century: Introduction. **The Lancet** 2007; 369(9562):697698.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2001). **Política Nacional de Medicamentos do Brasil**. Brasília, DF: **Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde**. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização [internet]. 2ª edição. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em:< <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005).

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005;21(3):898-906. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
» <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>.

MONKEN, M, *et al.* Demandas de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST: elementos para a formulação de proposta didáticopedagógica voltada para a promoção à saúde da população do campo. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2006.

MONTEIRO, B. P. Consumo excessivo de medicamentos, um problema de saúde pública. **Ret-sus**, 2012. Disponível em:
http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/55/Retsus_55_EmRede02.pdf.

MOONAJILIN, M.S. et al. Prevalência e impulsionadores de práticas de automedicação entre residentes de Savar em Bangladesh: Um estudo transversal. **Política de Gestão de Riscos Healthc**. 2020;13: 743–752. pmid:32753987)

MOREIRA, M. B., *et al.* Potenciais interações medicamentosas intravenosas em terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03233, 2017. Disponível em . Acesso em 27 de agosto de 2020. Epub em 20 de julho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016034803233>.

MOSCOVICI S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: **Editora Vozes**; 2003.

MURI-GAMA, A. S, FIGUERAS, A. SECOLI, S. R. Antimicrobianos de venda livre e inadequadamente prescritos na Bacia Amazônica brasileira: Precisamos promover um uso mais racional, mesmo em locais remotos. **PLoS One**. 2018; 13 (8): e0201579. Publicado em 3 de agosto de 2018. Doi: 10.1371 / journal.pone.0201579.

MCSHARRY, J, et al. Perceptions and experiences of taking oral medications for the treatment of Type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. **Diabet Med**. 2016; 33(10):1330–8. doi: 10.1111/dme.13152

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. *et al.* Avanços e perspectivas da RENAME após novos marcos legais: o desafio de contribuir para um SUS único e integral. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 3354-3371, out. 2015.

NASCIMENTO, M. C. DO. Medicamentos, comunicação e cultura. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2005, v. 10, n. suppl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500020>. Epub 15 Mar 2006. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500020>.

NASCIMENTO, Y. de A. **O uso cotidiano de medicamentos em pacientes com Hepatite C crônica**: uma análise na perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty. 2018. Tese de doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-BB9KPF>

NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: **Hucitec**, 2001. p.63-72.

OFORI-ASENSO, R., AGYEMAN, A.A. Uso irracional de medicamentos - um resumo dos conceitos-chave. **Farmácia** (Basel). 2016; 4 (4): 35. Publicado em 28 de outubro de 2016.

OLIVEIRA, L. C. F. de; NASCIMENTO, M. A. A. do; LIMA, I. M. S. O. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. **Saúde em Debate [online]**. 2019. v. 43, n. spe5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S523>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S523>.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Colet [Internet]**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401165&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.

OLIVEIRA, A. L. M. de; PELÓGIA, N. C. C. Cefaleia como principal causa de automedicação entre os profissionais da saúde não prescritores. **Rev Dor**. São Paulo, 2011;12(2):99-103.

OLIVEIRA, K. D.; ALMEIDA, K. L.; BARBOSA, T. L. **Amostragens probabilística e não probabilística: técnicas e aplicações na determinação de amostras**. 2012, 97 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Ciências Florestais, Universidade Federal do Espírito Santo, 2012.

OLIVEIRA, R.I.B., GOMES, A.T, SILVA, D. A. Prática da automedicação por clientes de uma farmácia comunitária do município de Muriaé – MG. **Acta Biomedica Brasiliensia**. 2013. Disponível em: <http://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/69/42>.

OREM D.E. **Nursing: concepts of practice**. St. Louis: Mosby; 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O papel do farmacêutico no autocuidado e automedicação**. O Hange: Organização Mundial da Saúde, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Selection and rational use of medicines**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/index.html. Acesso em: 05 abr. 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Cobertura sanitaria universal: ¿que es la cobertura sanitaria universal?**. Ginebra: OMS; 2012. Disponível em: http://www.who.int/universal_health_coverage/es/

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Saúde nas Américas, Edição de 2012. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington (DC): **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2010 (Publicação científica e técnica, nº 636).

PAIVA, L. M. *et al.* Recortes Históricos da Medicalização e a Implementação do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade em Jataí. **Itinerarius Reflectionis**. v.12, n.2, p.01-19, 2016.

PAULA, P. A. B. de *et al.* O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2011, v. 16, n. 5, pp. 2623-2633. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500032>. Epub 02 Jun 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500032>.

PEDROSA D. F. *et al.* Evaluation of the quality of life of clientes with chronic ischemic pain. **Rev Latinoam Enferm**. 2011; 19(1):67-72.

PEREIRA, M. V. *et al.* Grau de conhecimento dos pacientes sobre o tratamento: estratégia para uso racional de medicamentos. **J Health NPEPS[Internet]**. 2016(1):31-39. Available from: <http://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1557>.

PERINI, E.; ACURCIO, F.A. Farmacoepidemiologia. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

PERSSON A. Incorporating pharmakon: HIV, medicine, and body shape change. **Body Soc**. 2004;10(4):45-67

PFUETZENREITER, M. R. A Ruptura entre o conhecimento popular e o científico em saúde. **Rev. Ensaio** | Belo Horizonte | v.03 | n.02 | p.107-121 | jul-dez | 2001.

PILTCHER, O. B., *et al.* Como evitar o uso inadequado de antibióticos nas infecções de vias aéreas superiores? Posição de um painel de especialistas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 84, n. 3, p. 265-279, 2018. ISSN 1808-8694.

PINHEIRO, M. E. A primeira entrevista em psicoterapia. **Revista IGT na Rede**, v. 4, nº 7, 2007, p.136-157. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs/>.

PINTO, L. H. *et al.* O uso racional de medicamentos no Brasil dentro da Assistência Farmacêutica e suas implicações no presente. **Revista Eletrônica de Farmácia, [S. l.]**, v. 12, n. 1, p. 27–43, 2015. DOI: 10.5216/ref.v12i1.33304. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/33304>. Acesso em: 30 mar. 2021.

PINTO, N. Q. O. *et al.* Atuação do profissional farmacêutico frente ao uso indiscriminado de Paracetamol como medicamento de venda livre. Colider – MT. FACIDER. **Revista Científica**. V. 7, P. 1 – 20, 2015.

PIRES, A. de O. M., *et al.* Elaboração e validação de Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2921, 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100365&lng=en&nrm=iso. Access on 19 Aug. 2020.

PONS, E.da S.*et al.* Fatores predisponentes à prática da automedicação no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM). **PLOs ONE**. 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189098>

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. França MC, tradutor. São Paulo: Ática; 1993.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. **Ripsa**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2008.

RENOVATO R. D. O uso de medicamentos no Brasil: uma revisão crítica. **Rev Bras Farm**. 2008;89(1):64-9.)

RIBEIRO, L. C. de Q. “Proximidade Territorial e Distância Social: Reflexões sobre o Efeito do Lugar a partir de um Enclave Urbano”. **Revista VeraCidade**, vol. 3, nº 3, 2008 pp. 1-21.

RIBEIRO, L. C. de Q.; KOSLINSKI, M. C., “A Cidade contra a Escola? O Caso do Município do Rio de Janeiro”, in **Anais do XIV Congresso Brasileiro de Sociologia**. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Sociologia, 28-31 de julho 2009.

RIBEIRO, M. G. Desigualdades de renda: a escolaridade em questão. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 38, nº. 138, p.169-188, 2017.

RIBEIRO, A. Q.; ACURCIO, F. A.; WICK, J. Y. Pharmacoepidemiology of the elderly in Brazil: state of the art. **Consult Pharm**, v. 24, p. 30-44, 2009

RIGOTTO, G. de C. *et al.* A Bula De Medicamentos: A Importância Da Leitura Das Bulas. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. 7(1): 16-26, jan.-jun., 2016.

ROCHA, A.L.R. Uso Racional de Medicamentos. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz**; 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/11634/1/25.pdf>.

RODRIGUES, W. P. *et al.* La automedicación entre los profesionales de la salud en Fátima/Bahia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 2019; 11(12): e534

RONG, X. *et al.* Cultural factors influencing dietary and fluid restriction behaviour: perceptions of older Chinese patients with heart failure. **J Clin Nurs**. 2017;26(5-6):717-26.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

SÁ, M. B.; BARROS, J. A. C.. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Editora Mc Graw–Hill, 2006

SANTINHA, G. Políticas da saúde e território: um debate em torno da realidade portuguesa à luz da visão de decisores políticos e instrumentos programáticos. **Saúde e Sociedade** [online]. 2016, v. 25, n. 2. pp. 336-348. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150818>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150818>.

- SANTOS, K. F. dos; BÓGUS, C. M. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** v. 17, n. 3. p. 123-133. 2007.
- SANTOS, T. R. A. *et al.* Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p. 94-103, 2013.
- SCHUELTER-TREVISOL, F. *et al.* Automedicação em universitários **Rev Bras Clin Med.** 2011;9(6):414-7.
- SCRIPCARU, G.; MATEUS, C.; NUNES, C. Adverse drug events – analysis of a decade. A Portuguese case-study, from 2004 to 2013 using hospital database. **PLoS One** 2017.
- SILVA, A.S. *et al.* Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. **Rev. Panam Salud Publica.** 2017;41:132. Doi: 10.26633/RPSP.2017.132.
- SILVA, J. A. C. *et al.* Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. **Rev Bras Clin Med.** 2013;11(1):27-30
- SILVA, R. C. G. *et al.* Automedicação em acadêmicos de medicina. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, p. 5-11, 2012.
- SILVA, C. H, E GIUGLIANI, E.R.J. Consumo de medicamentos em adolescentes. **Jornal de Pediatria.** 2004. 80(4): 326-332.
- SILVA, C., DOMINGOS C. DA. Por uma filosofia do medicamento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 9 [Acessado 2 Abril 2022] , pp. 2813-2824. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.19512014> <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.19512014>.
- SILVA, G. M. S. *et al.* Análise da automedicação no município de Vassouras – RJ. **Infarma**, v. 17, n. 5/6, p. 6-12, 2005.
- SILVA, T. da *et al.* Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2000, v. 34, n. 2, pp. 184-189. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200013>.
- SILVA, Y. de A.; FONTOURA, R. Principais Consequências da Automedicação em Idosos. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**; janeiro-junho (1): 75-82, 2014.
- SILVEIRA, N.B. **Procedimentos Terapêuticos de Enfermagem no contexto da dor: a percepção de paciente.** 2013. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, 2013.
- SIMÕES, P.A. *et al.* Prevalência de Medicamentos Potencialmente Inapropriados na População Idosa na Atenção Primária em Portugal: Um Estudo Transversal Nacional. **Preferência e adesão do paciente**, 13, 1569-1576. 2019. <https://doi.org/10.2147/PPA.S219346>).

SIQUEIRA, K. M *et al.* Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2006, v. 15, n. 1 [Acessado 16 Março 2022] , pp. 68-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100008>. Epub 03 Abr 2008. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100008>.

SMALL, M. L.; NEWMAN, K. “Urban Poverty after the Truly Disadvantaged: The Rediscovery of the Family, the Neighborhood, and Culture”. **Annual Review of Sociology**, 2001. vol. 27, pp. 23-45.

SOARES S.M. Práticas terapêuticas não alopáticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos [tese]. São Paulo: **Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP**; 2000.

SOUSA, L. A. O. de *et al.* Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 4 [Acessado 21 Junho 2022], e00040017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040017>.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro IE, Gomes PCC, Corrêa RL, organizadores. **Geografia: conceitos e temas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000. p. 77-116.

SOUZA, J. F. R.; MARINHO, C. L.C.; GUILAM, M. C. R. Consumo de medicamentos e internet: análise crítica de uma comunidade virtual. **Rev. Assoc. Med. Bras**. 2008; 54(3): 225-3.

TOLEDO, F. J. Perfil, hábitos e atitudes de consumidores de medicamentos e produtos comercializados em farmácias. São Paulo: **FEBRAFARMA**; 2014.

TOWGHI, F. Normalizing Off-Label Experiments and the Pharmaceuticalization of Homebirths in Pakistan. **Ethnos**. 2014; 79(1):108-137.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. 2004;20 Supl 2:190-8.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para uma Antropologia da sociedade contemporânea. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

VILA, V.S.C.; MUSSI, F.C. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP** 2001; 35(3):300-7.

WANNMACHER, L. **A ética do medicamento**: múltiplos cenários. Uso racional de medicamentos: temas relacionados. Brasília, v.4, n.8, p.1-6, 2007.

WHYTE S.R, *et al.* **Social lives of medicines**. Cambridge: University Press; 2002.

WILSON, W. J. **The Truly Disadvantaged**: The Inner City, the Underclass, and Public Policy Chicago/London, The University of Chicago Press.1987.

ANEXO A-PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DE TERRITORIALIDADE NO USO IRRACIONAL DE MEDICAMENTOS NO TERRITÓRIO DE ITABIRINHA, MG

Pesquisador: CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53635421.3.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.162.177

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce (Univale). Constitui-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagens quantitativa e qualitativa. O estudo será desenvolvido no município de Itabirinha, localizado no interior do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país, inserido na mesorregião do Vale do Rio Doce e microrregião de Mantena. A amostra qualitativa será constituída por 12 indivíduos, de ambos os sexos, na faixa etária de 40 anos ou mais; fisicamente independentes, usuários do Estratégia de Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Centro de Referência Assistência Social. A seleção da amostra será realizada por meio de amostra intencional, sendo que a coleta de dados quantitativos será realizada utilizando um questionário, visando quantificar a frequência da utilização de medicamentos sem prescrição/orientação e a caracterização da amostra, a coleta desses dados

será realizada através da aplicação de um inventário sociodemográfico. Para análise dos dados quantitativos será utilizado um software, enquanto os dados qualitativos serão obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas. Desta forma os resultados dos dados qualitativos serão analisados a partir das informações obtidas pelas gravações realizadas e transcritas pelos pesquisadores e para a apuração dos dados será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. A análise dos dados quantitativos será realizada para os dados Sócio demográfico e indicadores de saúde, utilizando o software Sphinx Léxica versão 5.1.0.4.”

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000, BLOCO-B4, Salas 01 e 06 Universitário
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
Bairro: CEP: 35.020-220 Telefone: (33)3279-5575 E-mail: cep@univale.br

Continuação do Parecer: 5.162.177

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo geral: Compreender a influência das territorialidades no uso irracional de medicamentos em indivíduos residentes no território de Itabirinha/Minas Gerais.

Tem como objetivos específicos: 1. Caracterizar a população estudada em relação a dados sócio demográficos e de saúde; 2. Conhecer a percepção do grupo pesquisado a respeito do uso de medicamentos segundo a perspectiva antropológica do usuário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta a avaliação dos riscos e benefícios atendendo aos protocolos éticos da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta em sua estrutura uma organização adequada, com introdução, revisão bibliográfica, objetivos, metodologia, cronograma, instalações e equipamentos existentes, recurso financeiro e referências. A relevância do tema é justificada de forma adequada e está coerente com o currículo da pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos de acordo com os protocolos éticos

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de

Inadequações: nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética acompanha o Parecer do Relator e considera o Projeto APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1864013.pdf	23/11/2021 14:39:12		Aceito
Outros	termoautorizado.pdf	23/11/2021 14:25:26	CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA	Aceito
Outros	AutorizacaoCEP2.pdf	23/11/2021 14:23:47	CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA	Aceito

Página 02 de

Continuação do Parecer: 5.162.177

Outros	AutorizacaoCEP1.pdf	23/11/2021 14:23:19	CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	23/11/2021 14:20:53	CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA	Aceito

Justificativa de Ausência				
Orçamento	Orcamento.pdf	23/11/2021 14:20:24	CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA	Aceito
Parecer Anterior	PARECERANTERIOR.pdf	23/11/2021 14:19:51	CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	23/11/2021 14:19:35	CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAdeROSTO.pdf	23/11/2021 14:18:56	CLAUDIA COSTA DA SILVA PAULA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 14 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Ivana Cristina Ferreira Santos**(Coordenador(a))**

**ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
TCLE**

	<p>UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO</p>
---	---

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

<p>Título: INFLUÊNCIA DAS TERRITORIALIDADES NO USO DE MEDICAMENTOS NO TERRITÓRIO DE ITABIRINHA - MG</p>
<p>Natureza do Projeto: Pesquisa</p>
<p>Pesquisador Responsável: Claudia Costa da Silva Paula</p>
<p>Contato com pesquisador responsável: Avenida Prefeito Joel Heringer Nº 960 Bairro: Vila Nova Cidade: Itabirinha-MG Contato: (33) 988459153</p>
<p>Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575</p>

2– Informações ao participante ou responsável:

1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: INFLUÊNCIA DAS TERRITORIALIDADES NO USO DE MEDICAMENTOS NO TERRITÓRIO DE ITABIRINHA – MG, na área de saúde.

2) A pesquisa terá como objetivo compreender a influência das territorialidades no uso irracional de medicamentos em indivíduos residentes no território de Itabirinha/Minas Gerais.

3) você irá dar algumas informações sobre você e o uso de medicamento diariamente. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:

3.1) Serão feitas algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel suas respostas e no gravador/celular. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento.

3.2) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de trinta minutos.

4) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou abandoná-la em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

5) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

6) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: Durante a entrevista você pode ter medo ou insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

7) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa: A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, além da contribuição efetiva para promoção do uso racional de medicamentos, amenizando o desperdício dos bem como a prevenção de reações adversas causadas pelo uso concomitante de medicamentos, sem a devida orientação.

8) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

9) Fui informado e estou ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação na pesquisa/estudo, no entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, serei ressarcido. O ressarcimento poderá ser em dinheiro, ou mediante depósito em conta-corrente, cheque, etc).

10) Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de minha participação na pesquisa/estudo, poderei ser compensado/indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

11) A qualquer momento, se for de seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo, assim como, quando o estudo for finalizado, o Sr. (a) será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidas no estudo, se assim desejar.

12) É assegurado que todos os dados serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados obtidos serão apresentados em eventos acadêmicos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Espera-se que esta pesquisa contribua com a ampliação de conhecimentos para a área da saúde. Desde já agradeço sua participação.

Este termo foi elaborado em duas vias originais devidamente assinadas e com todas as páginas rubricadas pelo pesquisador e participante, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante. Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Claudia Costa da Silva Paula Telefone: (33) 988459153 ou para o Comitê de Ética da UNIVALE, Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

Eu, _____, declaro que li os esclarecimentos acima e compreendi todos os itens deste termo, concordando em participar como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Governador Valadares, ____ de _____ de 2021.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, ____ de _____ de 2021.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Itabirinha, Setembro de 2021

Para: Secretária Municipal de Saúde de Itabirinha/MG

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E ACESSO AOS DADOS DOCUMENTAIS.

Prezado Senhor,

Solicita-se autorização para realização de pesquisa na Estratégia de Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Centro de Referência de Assistência Social de Itabirinha – MG, referente ao projeto de pesquisa a ser desenvolvido pela farmacêutica Cláudia Costa da Silva Paula e pela prof^a Dr^a Suely Maria Rodrigues da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Essa pesquisa possui como título: “INFLUÊNCIA DAS TERRITORIALIDADES NO USO DE MEDICAMENTOS NO TERRITÓRIO DE ITABIRINHA – MG”.

O estudo será desenvolvido, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce. O objetivo geral compreender a influência das territorialidades no uso irracional de medicamentos em indivíduos residentes no território de Itabirinha/Minas Gerais, utilizando como amostra os usuários Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), localizada na zona urbana do município de Itabirinha-MG. Será objeto deste estudo os indivíduos com 40 anos ou mais, de ambos os sexos, fisicamente independentes usuários da Estratégia de Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Centro de Referência de Assistência Social desse município. A pesquisa manterá os dados em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Os resultados serão divulgados aos participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 08 meses. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação de pacientes/usuários do serviço ou outros dados que comprometam o

anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa está sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior interação entre os profissionais de saúde e para o desenvolvimento de programas mais específicos, buscando a promoção de saúde, uso racional de medicamentos e alternativas para a melhoria da qualidade de vida daqueles, que são assistidos pelo Sistema Único de Saúde.

O presente projeto poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos para os participantes: Durante a entrevista o mesmo poderá apresentar medo ou insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação. Os procedimentos realizados possivelmente não interferirão na rotina de funcionamento das atividades da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados serão divulgados provavelmente por meio de dissertação de mestrado e publicação de artigo científico em revista especializada.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradeço e me coloco à disposição para esclarecimentos necessários.

No aguardo de definições da V. Sa me despeço.

Atenciosamente,

Cláudia Costa da Silva Paula

Pesquisadora Responsável

ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Instruções importantes

1. Esta pesquisa se destina a fins científicos.
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos nas entrevistas por todos os participantes serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

- 1- Conte para nós, como você vê e o que significa medicamento/remédio em sua concepção
 - 2- Em sua opinião o que os medicamentos representam em sua vida, em seu dia-a-dia
 - 3- O que você conhece ou sabe sobre os riscos causados pelo uso de medicamentos sem receita?
 - 4- Como você tem acesso aos medicamentos, quando precisa utilizá-los? Explique.
-

ANEXO E – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE**I– Dados sócio demográficos**

Idade:
Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Nível escolar (IBGE) <input type="checkbox"/> Sem instrução e menos de 1 ano de estudo <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto ou equivalente <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo ou equivalente <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto ou equivalente <input type="checkbox"/> Ensino médio completo ou equivalente <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Não informado
Faixa salarial: <input type="checkbox"/> Até 01 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 2 a 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 4 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 4 a 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> Acima de 20 salários mínimos
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Separado(a)

II - Indicadores de saúde e utilização de serviços

1. Nº de consultas médicas no SUS local nos últimos 06 meses:

1 Nenhuma 2 1 – 3 3 4 ou mais

2. Nº de medicamentos\remédios usados habitualmente nos últimos 06 meses:

1 Nenhum 2 1 – 3 3 4 ou mais

3. Nº de doenças diagnosticadas pelo médico do SUS:

1 Nenhuma 2 1 3 2 3 3 4 4 ou mais

4. Nos últimos 06 meses utilizou ou comprou medicamentos\remédio sem receita/sem prescrição

1 Sim 2 Não 3 Não sabe responder

Se sim:

Nome do medicamento\remédio utilizado _____

5. Antes de tomar remédio por conta própria, procurou informações, ou esclarecimentos adicionais do medicamento\remédio?

1 Sim 2 Não 3 Não sabe responder

6. A indicação do medicamento\remédio foi realizada por:

- () indicação de amigos, parentes ou vizinhos
- () propagandas de TV
- () pesquisas na internet
- () profissionais de saúde não médicos (enfermeiros, farmacêuticos, etc.)
- () obtinha uma prescrição anterior

7. Quais sintomas e problemas de saúde apresentava quando recorreu a tomar remédio por conta própria sem ir ao médico?

1 Gripe 2 Dor de cabeça 3 Alergia 4 Outros

8. Quais os motivos que o levaram a tomar o remédio por conta própria, antes de buscar atendimento médico?

9. Quando você utilizou medicamentos/remédios por conta própria, quantos dias durou o tratamento?

- 1 De um a três dias 2 De quatro a sete dias 3 Mais de sete dias
4 Não sabe responder

10. Você já indicou ou indicaria medicamento/remédio que você utilizou para alguém:

- 1 Sim 2 Não 3 Não sabe responder