

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM
SAÚDE

Isabella Cristina Lopes de Sousa

O USO DO MEDICAMENTO NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS: reflexões a partir do
diálogo com os agentes comunitários de saúde

Rio de Janeiro
2022

Isabella Cristina Lopes de Sousa

O USO DO MEDICAMENTO NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS: reflexões a partir do
diálogo com os agentes comunitários de saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito para
obtenção do Título de Mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Valéria
Guimarães Cardoso Morosini

Rio de Janeiro

2022

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S725u Sousa, Isabella Cristina Lopes de
 O uso do medicamento no território de
Manguinhos: reflexões a partir do diálogo com os
agentes comunitário de saúde / Isabella Cristina
Lopes de Sousa. - Rio de Janeiro, 2022.
 121 f.

 Orientadora: Márcia Valéria Guimarães Cardoso
Morosini

 Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2022.

 1. Uso de Medicamentos. 2. Agentes Comunitários
de Saúde. 3. Assistência Farmacêutica. 4. Atenção
Primária à Saúde. I. Morosini, Márcia Valéria
Guimarães Cardoso. II. Título.

CDD 615.6

Isabella Cristina Lopes de Sousa

O USO DO MEDICAMENTO NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS: reflexões a partir do
diálogo com os agentes comunitários de saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito para
obtenção do Título de Mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em 27/06/2022

BANCA EXAMINADORA

Profª Márcia Valéria Cardoso (Fiocruz/EPSJV)

Profª Angélica Ferreira Fonseca (Fiocruz/EPSJV)

Profª Tatiana Wargas de Faria Baptista (Fiocruz/IFF)

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, minha mãe, tios e tias pelo apoio e incentivo em todos os momentos de minha vida. A rede de apoio que juntos construíram permitiu a mim e aos meus irmãos um caminho pautado pela educação, diferente daquele imposto para nós na sociedade desigual em que vivemos. Aos meus irmãos, pela busca incansável por uma nova história na nossa família. Ao meu cunhado, pela paciência e ajuda tecnológica. Ao meu afilhado, Rodrigo, pela inocência e leveza. Ao meu sobrinho, Saulo, meu incentivo diário, meu combustível, motivo que me faz acreditar em dias melhores, e ter a certeza de que a nova história que eu e meus irmãos construímos será levada adiante.

À minha orientadora, Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini, por acreditar, incentivar e se dedicar a esta jornada. Sou grata pela solidariedade, carinho e sensibilidade em um momento profissional tão difícil para mim. A pandemia nos atravessou, me impediu de conviver pessoalmente com um ser humano tão gentil e amável, mas não me impediu de trocar inúmeras experiências ao longo de todos os encontros virtuais. Sou sua primeira aluna de orientação no programa do Mestrado – que sorte a minha, que bom que me aceitou, obrigada por todo aprendizado.

A Angélica Fonseca e Tatiana Vargas, pelas contribuições na banca de qualificação da pesquisa. Foi um momento muito especial e de intenso aprendizado.

Aos professores e professoras da EPSJV, pelos ensinamentos para a vida acadêmica e para a vida profissional. Suas aulas me resgatavam do caos diário, e me incentivavam a seguir na luta.

Aos moradores de Manguinhos, que todos os dias me ensinam algo, me fazendo refletir e resistir.

Muito obrigada à Coordenação de Ensino e Pesquisa do CSEGSF pelo acolhimento e gentileza de todos os pesquisadores. Especialmente, muito obrigada à Doutora Gisele Odwyer de Oliveira.

A todos servidores e terceirizados do CSEGSF, que se dedicam diariamente por uma assistência à saúde de qualidade e resistem em busca de um SUS viável. Em especial, a incansável médica Celina, sinônimo de resistência e luta. É um orgulho fazer parte desta equipe e aprender diariamente com cada um de vocês. Gostaria de deixar registrado meu imenso respeito e admiração por todos os setores do CSEGSF, que nessa pandemia de Covid-19

demonstraram, apesar dos obstáculos (que não foram poucos), todo o comprometimento com a população de Manguinhos. O CSEGSF é um lugar diferenciado na Fiocruz, porque sua equipe é potente. Merecemos respeito!

Aos trabalhadores terceirizados da ESF que atuam no CSEGSF, pela dedicação e comprometimento com o território de Manguinhos, apesar das relações de trabalho precarizadas às quais estão expostos. É um grande prazer aprender diariamente com profissionais tão competentes, que fazem a diferença na comunidade. Um agradecimento especial à Luciana, gerente da ESF, por toda disponibilidade em atender às demandas da pesquisa. Estendo meu agradecimento ao enfermeiro Júlio, por todas as dicas, escuta e disponibilidade em relação à vida profissional e acadêmica.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, cuja história de luta pelo reconhecimento e valorização do trabalho na Atenção Básica tanto admiro. Em especial, às Agentes Comunitárias de Saúde que participaram das entrevistas, com disponibilidade, comprometimento e atenção para responder às perguntas. Em um momento tão difícil, foram afetuosas, solidárias e dedicaram tempo à minha pesquisa, algo tão precioso e tão caro para nós sempre, ainda mais nesse período pandêmico.

Aos amigos da turma de Mestrado 2020, pelas trocas em sala de aula. Em especial, André, Arthur, Clara, Veronica Alexandrino e Verônica Wermelinger, ou o “G6”, apelido que desconhecia até pouco tempo. Estamos juntos desde o início, compartilhamos risadas e desespero, mas não abandonamos uns aos outros, mesmo com a distância. Na minha intensa jornada, vocês foram fundamentais para a minha permanência no mestrado. Amizade para a vida. Obrigada pela solidariedade. À Crislene, que se juntou a mim ao longo deste processo, e tanto colaborou para o meu crescimento, obrigada pelo carinho, acolhida, e trocas fantásticas.

Aos amigos Marcela, Fábio e Maria Eduarda, pela parceria na vida, pelo cuidado e atenção, além de estarem ao meu lado em todos os momentos. Ao meu afilhado, Murilo, pela alegria e distração necessária para a sobrevivência de sua dinda, nossa equipe de sinistros vai longe. À Beatriz, que, enquanto residente, me apresentou o caminho da Educação Politécnica, e foi tão importante nessa trajetória – obrigada por todas as conversas, risadas e amizade. À Janaína Rangel, que sempre me socorreu nas dificuldades durante a trajetória do mestrado; inteligente, solidária, paciente e crítica, colaborou imensamente na construção da minha pesquisa e me incentivou nos momentos de fragilidade. Obrigada por toda sua dedicação e

afeto. Vou providenciar um diploma “pocket” para você – e pode deixar, já aprendi: “respira, usa vírgula”.

Ao Serviço de Farmácia do CSEGSF, no qual atuo como Farmacêutica. Muito obrigada por tudo, vocês são fundamentais na minha trajetória. A luta diária é complicada, o desgaste físico e emocional nos destrói, mas acreditamos, escolhemos e lutamos pelo SUS. A pandemia nos mostrou que juntas somos mais fortes, somos potência e, que mais do que isso, conseguimos sobreviver, porque temos senso de coletividade e nutrimos imenso respeito e amizade umas pelas outras, mesmo sendo tão diferentes. Foram dias difíceis, passamos por muitos testes, mas não desistimos nunca de nada. Não desisti porque tinha vocês de suporte, me incentivando e, mais que isso, segurando o rojão de um Serviço de Farmácia na pandemia. Ritinha, obrigada por me incentivar e me deixar livre para exercer a minha profissão da maneira como acredito, obrigada por lutar por mim e me permitir viver esse momento inesquecível no Poli, mesmo nos piores dias. Paulinha, muito dessa trajetória tem sua mão, você me despertou o interesse pela vida acadêmica, estava comigo na inscrição, me ajudou no projeto e me incentivou diariamente a não desistir. Obrigada, parceira, na alegria, na tristeza, no balcão e na festa. Hattana, obrigada pelas trocas e parceria de sempre, pelo incentivo, pela solidariedade e divisão de tarefas, pelo foco e comprometimento em não deixar “dar ruim” e respingar em mim. Quézia, sem palavras para você, poeta contemporânea. Obrigada pelo incentivo, pelo carinho, pela inspiração, pelas risadas e pela parceria de anos. Patrícia, obrigada pelo incentivo, escuta e tranquilidade transmitida em cada conversa. Janaína, obrigada pela parceria de sempre e por todos os ensinamentos.

*Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.*

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

*Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa
natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada, de arbitrariedade
consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural.
Nada deve parecer impossível de mudar.*

*(Bertolt Brecht – Nada é Impossível de
Mudar)*

RESUMO

Esta dissertação buscou analisar a situação do Uso Racional de Medicamentos no território de Manguinhos a partir da percepção dos Agentes Comunitários de Saúde, enfocando os problemas encontrados em sua atuação no território, na relação com o Serviço de Farmácia e na atuação do Farmacêutico no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Tem em seu horizonte compreender as possibilidades e os desafios do trabalho educativo conjunto entre o Farmacêutico da Atenção Primária à Saúde e o Agente Comunitário de Saúde, e assim, potencializar o Uso Racional de Medicamentos na comunidade. A pesquisa foi de caráter qualitativo, a partir de um levantamento bibliográfico, seguindo com um trabalho de campo, realizando entrevistas com 10 Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria que atuam no município de Manguinhos no Rio de Janeiro. A interpretação dos dados foi realizada após a transcrição das entrevistas e a construção de um quadro de análise, partindo das percepções dos trabalhadores sobre o uso de medicamentos, o que permitiu destacar os temas: Lógica de atuação do Agente Comunitário de Saúde no território; Percepção sobre o uso de medicamentos no território de Manguinhos; Percepção da Assistência Farmacêutica pelo Agente Comunitário de Saúde; Percepção do trabalho multidisciplinar relacionado ao Uso Racional de Medicamentos na unidade. Os resultados apontaram a sobrecarga de trabalho dentro da unidade de saúde, repercutindo nas atividades relacionadas ao medicamento, o impacto da pandemia de Covid-19 nas atividades assistenciais da Atenção Básica, práticas inadequadas de uso de medicamentos no território e a necessidade de maior integração do Serviço de Farmácia nas ações educativas da unidade. Em suma, salienta-se a relevância deste tema para o campo da saúde pública, contribuindo para futuros debates e pesquisas sobre o Uso Racional de Medicamentos, assunto ainda pouco discutido nesse âmbito, além de almejar construir estratégias para superar o senso comum do medicamento como bem de consumo.

Palavras-chave: Uso de Medicamento. Agente Comunitário de Saúde. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde.

RESUME

This dissertation sought to analyze the situation of the Rational Use of Medicines in the territory of Manguinhos from the perception of Community Health Agents, focusing on the problems encountered in their performance in the territory, in the relationship with the Pharmacy Service and in the performance of the Pharmacist in the context of Family Health Strategy. Its horizon is to understand the possibilities and challenges of the joint educational work between the Primary Health Care Pharmacist and the Community Health Agent, and thus, enhance the Rational Use of Medicines in the community. The research was qualitative, based on a bibliographic survey, followed by fieldwork, conducting interviews with 10 Community Health Agents from the Centro de Saúde Escola Germano Sinal Faria who work in the municipality of Manguinhos in Rio de Janeiro. The interpretation of the data was carried out after the transcription of the interviews and the construction of an analysis framework, based on the workers' perceptions about the use of medicines, which allowed to highlight the themes: Logic of action of the Community Health Agent in the territory; Perception on the use of medicines in the territory of Manguinhos; Perception of Pharmaceutical Assistance by the Community Health Agent; Perception of the multidisciplinary work related to the Rational Use of Medicines in the unit. The results showed the work overload within the health unit, impacting on activities related to the medication, the impact of the Covid-19 pandemic on the assistance activities of Primary Care, inadequate practices of medication use in the territory and the need for greater integration of the Pharmacy Service in the unit's educational activities. In short, the relevance of this topic to the field of public health is highlighted, contributing to future debates and research on the Rational Use of Medicines, a subject still little discussed in this scope, in addition to aiming to build strategies to overcome the common sense of medicine as a consumer good.

Keywords: Medication Use. Community Health Agent. Pharmaceutical Care. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- ACE** – Agente de Combate a Endemias
- ADAPS** – Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária
- AF** – Assistência Farmacêutica
- ANAS** – Associação Nacional de Agentes de Saúde
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- BM** – Banco Mundial
- CASAPS** – Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde
- CF** – Constituição Federal
- CFF** – Conselho Federal de Farmácia
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CONACS** – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
- CSEGSF** – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
- EPS** – Educação Permanente em Saúde
- EPSJV** – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
- ENEMEC** – Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- ES** – Educação em Saúde
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- ETSUS** – Escolas Técnicas do SUS
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IF** – Intervenções Farmacêuticas
- LOS** – Leis Orgânicas de Saúde
- MOPS** - Movimento Popular de Saúde
- MS** – Ministério da Saúde
- NOB** – Norma Operacional Básica
- OMS** – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde
OS – Organizações Sociais
PACS – Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RJ – Rio de Janeiro
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SeFar – Serviço Farmacêutico
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SF – Serviço de Farmácia
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS-RJ – Secretaria Municipal do Rio de Janeiro
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
URM – Uso Racional de Medicamentos
VD – Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	23
2.1 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SUS	23
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	26
2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	32
3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40
3.1 ORIGEM, REGULAMENTAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	40
3.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO EDUCADOR	43
3.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	48
4 CONTEXTO ATUAL E PANDEMIA DE COVID-19	54
4.1 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E FARMACÊUTICOS NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA	54
4.2 A REESTRUTURAÇÃO DO CSEGSF PARA A SOBREVIVÊNCIA NO CONTEXTO PANDÊMICO	62
5 USO DO MEDICAMENTO NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS: ACS E FARMACÊUTICOS POTENCIALIZANDO O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	65
5.1 OPÇÕES METODOLÓGICAS	65
5.1.1 Caracterização dos entrevistados	67
5.2 O PROCESSO DA ENTREVISTA	70
5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	70
5.3.1 Lógica de atuação do ACS no território	72
5.3.2 Percepção sobre o uso de medicamentos no território de Manguinhos	79
5.3.3 Percepção da AF pelo ACS	92
5.3.4 Percepção do trabalho multidisciplinar relacionado ao URM na unidade	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
APÊNDICE I	116

ANEXO I	118
----------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

A construção deste trabalho para o Programa de Mestrado da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação Profissional em Saúde, teve início a partir das minhas percepções e inquietações sobre o uso de medicamentos e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro (RJ), onde atuo como Farmacêutica em uma unidade de Atenção Básica (AB) do território, o Centro de Saúde Escola Germano Sival Faria (CSEGSF), departamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Tenho 35 anos – destes, 25 anos vividos na comunidade de Manguinhos, onde fui nascida e criada. Sou a filha mais velha de Pedro, um trabalhador preto e retirante nordestino da Paraíba, que se casou com Ivete, carioca, dona de casa e moradora da comunidade desde que nasceu. Juntos, criaram a mim, minha irmã Nathália e nosso irmão caçula, Pedro. Em meio a tantas histórias tristes da comunidade, conseguimos sobreviver, pois sempre tivemos uma rede de apoio unida. Nossa família sempre acreditou que a educação era a saída, e, assim, somando o pouco que cada um tinha, ajudaram meu pai em seu propósito.

Crescemos ouvindo que educação é o maior bem que um pai pode oferecer ao seu filho. Hoje entendo, pois o conhecimento transforma e nos faz refletir, produz empatia e nos torna humanos diante da crueldade. Os moradores de Manguinhos são alvos constantes de julgamentos morais de grande parte da sociedade capitalista, vistos apenas como animais ou coisas que vivem em territórios de perigo, miséria e violência. A visão do asfalto estabelece esse senso comum discriminatório, mas não retrata que esse quadro é resultado de seus ideais progressistas, e refletem a exclusão e privação dos direitos sociais que a classe hegemônica promove e impõe. Não foi diferente com a minha família. Trabalharam a vida toda, sempre explorados, engoliram a opressão, mas reagiram; mesmo nas adversidades, reagiram através de nós. Nas palavras de Pedro, meu pai: “vocês vão ser gente”.

Sempre fomos bolsistas em colégios burgueses; a vida não era fácil, e vivenciamos na pele a educação opressora. Não é o tipo de educação que hoje acreditamos e defendemos, mas foi a que nossa família “escolheu” dentro do contexto que somos direcionados a acreditar como ideal. Conseguimos superar essa educação bancária e ir além: hoje, a Isabella Farmacêutica, a Nathália Psicóloga e o Pedro estudante de Ciências

Sociais continuam na resistência, mas conscientes criticamente, graças à educação que todos batalharam, e muito, para nos proporcionar. As lutas coletivas nos unem. A violência é cíclica, mas a educação também é. Saulo, meu sobrinho, “vai mais longe” que os filhos do meu pai. Estar aqui, cursando esse Mestrado, vivenciando esse projeto, podendo pensar em educação no território de Manguinhos, onde minha família ainda mora, não representa apenas um anseio acadêmico e profissional, é a representação da minha história e das minhas lutas.

Como trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), entendi, ao longo dos meus dez anos de experiência, que o medicamento é um instrumento de tecnologia em saúde primordial na perspectiva de transformações no campo da saúde coletiva. Entretanto, em consequência de um cenário complexo e adverso na construção da saúde coletiva, atravessada pelos interesses do capital, o medicamento como instrumento terapêutico adquire uma característica de bem de consumo. Percebi que as minhas inquietações estavam limitadas somente ao meu pensamento e, por isso, era preciso ter consciência dessas limitações, superá-las e agir na tentativa de modificar essa realidade no território de Manguinhos. A educação não é imune às ações do capital; pelo contrário, é perpassada pelas relações sociais capitalistas, mas também é campo de disputa de sentidos transformadores, emancipatórios.

Posto isto, discutir o Uso Racional de Medicamentos (URM) no território significa compreender que a medicalização é o ponto inicial na análise da prática médica como prática social. Assim, entendendo na minha vivência profissional a importância que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem para a comunidade, pelo que potencializa de participação social, escolhi este profissional como parceiro para percorrer esse caminho e construir uma outra maneira de diálogo em torno do medicamento no território de Manguinhos. Perceber a eles e a mim como educadores significa enfatizar o trabalho como princípio educativo e, sob este enfoque, atuarmos juntos em prol da transformação da realidade, e não apenas como reprodutores do consenso e da hegemonia burguesa.

O URM depende da gestão de informações sobre esses, mas deve-se partir de uma lógica que intensifique o diálogo sobre o seu uso, percebendo os reais motivos que envolvem o uso incorreto e refletindo criticamente sobre o contexto nos quais estão inseridos. A proximidade e o vínculo dos usuários com os ACS facilitam a troca de informações e o relato de dúvidas, mas para que isso se potencialize se faz necessário uma Educação em Saúde multidisciplinar. Meu trabalho não tem a intenção de apresentar o meu saber técnico aos ACS; não pretendo exigir deles o árduo e complexo papel de

serem responsáveis pela orientação do uso de medicamentos no território, pois, na prática, este processo depende de um conjunto de elementos políticos, técnicos e sociais. Pretendo construir uma parceria efetiva entre os Farmacêuticos e os ACS, estabelecendo uma conexão com o território, subsidiando e priorizando ações educativas com uma visão dialética da saúde.

Conforme dados do Teias Escola Manguinhos (2020), com uma população em torno de 40.000 habitantes, o território de Manguinhos, localizado na zona norte do RJ, exemplifica as desigualdades sociais das favelas cariocas. Seus moradores compõem um conjunto heterogêneo de trabalhadores que integram a cidade de forma subalterna e amargam diariamente preconceitos, estigmas, violência, falta de saneamento básico e desrespeito permanente aos seus direitos. As vulnerabilidades vivenciadas por esta comunidade são determinantes para o risco constante de adoecimento por agravos que o asfalto sofre com menor impacto. O avanço das políticas de austeridade de caráter neoliberal acentua as fragilidades vividas por estes moradores; elas são cruciais para a manutenção e fortalecimento das desigualdades sociais já existentes e incidem diretamente no processo saúde-doença. Nesse contexto, o medicamento torna-se a pílula mágica para a solução de todos os problemas que cercam a comunidade.

Esta dissertação reflete sobre a situação do URM no território de Manguinhos, a partir da percepção dos ACS, em sua atuação no território, na relação com o Serviço de Farmácia e com o Farmacêutico, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal estratégia de organização da AB¹ no âmbito do SUS. Tem como premissa a possibilidade de aprimoramento da AF no território por meio do trabalho multidisciplinar e toma como ponto de partida a articulação entre o trabalho do Farmacêutico e do ACS.

A saúde e o acesso ao medicamento são aqui compreendidos como direitos, que se constituíram e se desenvolveram marcados tanto pelo Movimento da Reforma Sanitária – que projetou os princípios do SUS –, como também pela hegemonia do ideário neoliberal no campo político e econômico.

¹ Neste projeto utilizamos as expressões Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde de modo diferenciado. A primeira refere-se ao campo teórico-metodológico ou à nomenclatura internacional. A segunda designa o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no contexto do SUS, em especial as políticas que organizam este âmbito de atenção no Brasil, considerando a adoção do termo Atenção Básica como forma de resistência à focalização e à seletividade que se difundiram globalmente, no contexto de hegemonia neoliberal.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ocorreu em meio ao processo de redemocratização do país, processo marcado por lutas sociais e políticas. Representa um marco para a saúde pública, um movimento contra-hegemônico capitaneado por grupos cujas articulações não se restringiam a superar os problemas sanitários, mas aspiravam também transformar as relações sociais e políticas em defesa da saúde coletiva no Brasil (PAIM, 2009a). Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, foram discutidas e sistematizadas várias propostas para a RSB, alicerçando um conjunto de ideias, das quais algumas se reproduziram na Constituição Federal (CF) de 1988. O reconhecimento constitucional da saúde como direito universal viabilizou a formulação das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) de 1990, com o propósito de regular as ações e os serviços de saúde no território nacional, estabelecendo, entre outras coisas, o SUS (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

Em geral, o SUS é tratado como expressão da democracia. Surge de uma luta popular, integrada a um movimento intelectual, que unificou interesses sociais no campo da saúde. É inegável a conquista da classe trabalhadora, mas ela aconteceu no interior de uma sociedade capitalista, portanto, não podemos excluir desse debate a luta de classes. Quando a classe trabalhadora se organiza para a luta, consegue conter ou equilibrar o ímpeto da classe dominante – que, simultaneamente, se organiza para recuperar o terreno que concedeu. Nessa perspectiva, o SUS é o retrato de uma conciliação de classes administrada pelo Estado, ou seja, que permitiu a conquista da classe trabalhadora, mas, em contrapartida, abriu a porta para o avanço do capital (DANTAS, 2020).

As normatizações jurídicas capilarizadas pela contrarreforma do Estado no setor da saúde não blindaram o SUS contra a iniciativa privada. Esta, articulada por meio dos mais variados mecanismos de controle político e econômico, visualizou na saúde a saída estratégica da crise estrutural do capital. O Banco Mundial (BM) exemplifica a ação de organismos internacionais no Brasil em favor do capital. Fundamentado em sua agenda hegemônica de cunho liberal privatista, fomenta propostas de uma saúde focalizada, com financiamento público, criação de mercados privados e abertura do setor ao capital estrangeiro – em outros termos, a saúde sob o direcionamento do mercado. O alinhamento das políticas de saúde e de educação brasileiras às diretrizes dessa instituição contribuiu para a precarização dos serviços ofertados à população (LIMA, 2014).

A contrarreforma do Estado contribuiu para a conversão ou reconversão de direitos à condição de mercadoria com apoio do Estado. A saúde (de um modo geral) e o medicamento (de modo específico) são tensionados pelos interesses privatistas que

atravessam o SUS, configurando um campo de tensões que resultam em acesso desigual e condições diferenciadas de atendimento das necessidades da população.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi publicada por meio da Portaria 3916/1998 do Ministério da Saúde, com o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade de medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998). Representa uma via para a consolidação dos princípios do SUS, um instrumento legal para a efetivação da Assistência Farmacêutica (AF), um elemento essencial e norteador para as diversas ações relacionadas ao medicamento no campo da política, impulsionando a mudança na concepção de AF nas redes de atenção – até aquele momento, vista apenas como um espaço de atividades técnicas. Suas diretrizes, dentre as quais destaca-se o URM, além de possibilitarem a construção de uma lógica voltada para o usuário, e não centralizada no medicamento, contribuíram para delimitar as atividades governamentais nas três esferas de gestão e, com isso, buscar atingir os seus objetivos (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Segundo Oliveira *et al.* (2010), as alterações na organização da AF foram decorrentes do crescimento do acesso da população ao sistema público de saúde, que se deu majoritariamente por meio da AB. Buscava-se conciliar a necessidade de ampliar a cobertura da distribuição de medicamentos financiados pelo Estado com a racionalização dos custos, assim como instituir a legislação adequada ao processo de descentralização da AF. No entanto, não podemos deixar de problematizar, na realidade concreta dos serviços, que a ampliação do acesso da população ao sistema público de saúde se materializou fundamentada na expansão dos serviços privados e na gestão de Organizações Sociais (OS), tratando-se de um alinhamento ao projeto neoliberal e resultando na desconstrução gradativa da lógica pública.

As transformações da AF estão imersas nas contradições do percurso das políticas públicas nacionais, que, ao mesmo tempo em que tentam de algum modo progredir no propósito do direito universal, integral e equitativo em saúde, carecem atender aos interesses privatistas para a sua consolidação. Associada à AB, principal porta de entrada dos usuários ao SUS, a AF tornou-se uma ferramenta importante para o fortalecimento das políticas públicas de saúde no território. Sua inserção no conjunto de ações voltadas para a promoção e a proteção da saúde, salvo as particularidades operacionais, passa pela construção da concepção do medicamento como direito social, e não somente um bem de consumo. Considerando o elevado número de atendimentos e as características dos usuários na AB – habitualmente com doenças crônicas e geralmente polimedicados –, a

garantia do acesso e a promoção do URM são determinantes na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Na PNM, o URM é definido como o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade” (BRASIL, 1998).

De acordo com uma pesquisa realizada no ano de 2019 pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) em parceria com o Datafolha, a automedicação é um hábito comum em 77% dos brasileiros; 57% dos entrevistados recebeu diagnóstico e prescrição, mas não usa o medicamento conforme a orientação profissional, aproximadamente um terço dos entrevistados teve dúvidas sobre tomar ou não o medicamento, não procurou informações e abandonou o tratamento, e um quarto aconselhou-se com familiares, amigos e vizinhos para escolher os produtos sem prescrição médica (CFF/DATAFOLHA, 2019).

Na perspectiva da segurança do paciente na AB, esse debate precisa ser aprofundado em todas as esferas do Estado e da sociedade civil. O URM na AB abrange uma cadeia de etapas, desde a prescrição do profissional de saúde até o uso pelo sujeito na comunidade. Potencializar os benefícios e reduzir os riscos do uso dos medicamentos na AB exige articulação intersetorial e ações de Educação em Saúde (ES), envolvendo todos os profissionais inseridos nesse processo. A ruptura do padrão tecnicista da AF possibilita uma interface com o contexto social do território, garantindo integralidade nas ações relacionada ao medicamento na AB (ARAÚJO *et al.*, 2008). A AF alinhada com os objetivos declarados nas políticas públicas, organizada pelo seus eixos estrutura-educação-informação-cuidado, pode fomentar as ações educativas para ampliar o cuidado em saúde e, conseqüentemente, o URM (BRASIL, 2014).

A AB se revelou um mercado muito promissor, ampliando consumo de serviços e medicamentos, intensificando a medicalização. As mudanças na organização da AF no SUS reprogramaram as atividades do profissional Farmacêutico nas redes de atenção, dando ênfase às ações técnico-pedagógicas no cuidado ao usuário. No entanto, o processo de trabalho do Farmacêutico ainda permanece centrado no gerenciamento logístico dos medicamentos, com pouca inserção e participação nas ações educativas na AB, um dos motivos de inquietação que levaram à proposição desse projeto de estudo.

A ES é um elemento estratégico para reorganizar a AF na AB. Cabe, entretanto, indicar a que concepção de ES este projeto se refere. Historicamente, a educação no campo da saúde compreende diferentes perspectivas e práticas. Há vertentes autoritárias, mais afeitas ao que se denominou “educação para a saúde”, que desconsideram o contexto social, voltadas à difusão de regras de higienização e comportamentos como solução para os problemas de saúde. Mais de acordo com a perspectiva da RSB, constituíram-se posicionamentos críticos em relação a essa concepção biologicista, que, associada ao modelo de trabalho médico-centrado, excluía as relações sociais e não possibilitava um processo educacional crítico, com horizonte emancipatório. Nesse sentido, a ES na AB deve ser estruturada a partir de uma análise crítica do território, da compreensão das circunstâncias políticas, sociais e culturais que envolvem os usuários, e da troca de conhecimento entre o educador e o educando, tornando-se possível a construção coletiva das ações de saúde na comunidade (MOROSINI *et al.*, 2008).

Tomando essa concepção crítica e participativa da ES como referência, percebe-se no ACS um profissional com potencial para contribuir para o URM junto às pessoas do território onde atua. Esse profissional, inserido na cultura local, compartilhando valores comuns aos moradores do território, apresenta condições propícias à compreensão das necessidades e à vocalização das reivindicações da população atendida.

Por meio do trabalho do ACS, pode-se captar o movimento real do território, buscando construir uma compreensão ampliada da realidade e do território. Articulando o trabalho do Farmacêutico com o trabalho do ACS, vislumbra-se a possibilidade de construir uma proposta de trabalho multiprofissional, além da ocupação espaço físico da instituição de saúde e à organização de atividades com interseção entre os serviços, de modo a respeitar o conhecimento prévio de cada profissional, materializando um trabalho integrado, em equipe, conforme pontua Dalla Vecchia (2012). A meta comum seria criar estratégias para produzir e disseminar conhecimentos e práticas que possam potencializar o URM, encarando o desafio de superar situações que caracterizam o medicamento apenas como mercadoria no território.

Eslege-se o território de Manguinhos, localizado no município do Rio de Janeiro, como campo para o nosso estudo e o CSEGSF, departamento da ENSP da FIOCRUZ, como unidade na qual o estudo se deterá. Inaugurado em 1967, com enfoque na intersectorialidade e articulando-se com a comunidade para o enfrentamento dos problemas locais, o CSEGSF tem como principal objetivo prestar assistência de saúde à população moradora de Manguinhos. Realiza atividades de educação, prevenção e

promoção da saúde, além do desenvolvimento de pesquisa e atuação no ensino na área da saúde pública. Desde 2009, atua no contexto da ESF em parceria com o município do Rio de Janeiro, contando com sete equipes de saúde. Ressalto que atuo como Farmacêutica no CSEGSF.

A trajetória do CSEGSF é marcada pela luta de seus trabalhadores pelo direito à saúde e a implementação do SUS, não apenas para a comunidade que dela participa diariamente, mas para toda a população brasileira. Contudo, nós, trabalhadores do CSEGSF, não estamos desconectados das contradições da trajetória das políticas públicas de saúde – sendo assim, os interesses privatistas nos recortam. Hoje, o CSEGSF reflete essas contradições: de um lado, seus trabalhadores que defendem e lutam arduamente por um SUS forte, que dialogam a cada minuto de seu dia com a população de Manguinhos, usuários inseridos em tantas mazelas sociais; do outro, temos sob o nosso teto uma gestão de OS transitando na unidade, cobrando metas, reduzindo salários e sobrecarregando seus trabalhadores, independente dos vínculos existentes. Não podemos afirmar qual será o desfecho desse tensionamento, mas no chão da luta de classes seguimos resistindo ao avanço do capital sobre a saúde, em especial na realidade concreta da APS em que vivenciamos.

Considerando o fluxo de trabalho estabelecido entre o Serviço de Farmácia (SF) e os demais profissionais inseridos no processo de uso dos medicamentos na unidade na qual a pesquisa será desenvolvida, especialmente os prescritores – que contribuem diretamente para o URM e implementam na rotina da unidade uma cultura de prescrição segura, com Intervenções Farmacêuticas (IF) sempre que indispensáveis – e toda a organização operacional do SF fundamentada em metas internacionais de Segurança do Paciente – principalmente no processo de dispensação, com dupla conferência e orientação individual, o que minimiza as possibilidades de danos ao usuário –, entende-se o diálogo com o usuário como uma fragilidade nessa ampla cadeia de etapas que abrangem o URM no território.

Ao longo da situação pandêmica, os medicamentos ganham as manchetes, seja pela difusão de notícias falaciosas sobre o uso bem-sucedido de *kits* de prevenção ou tratamento, seja pela constatação de que a ciência ainda não logrou encontrar o “remédio” para a Covid-19. O medicamento-mercadoria fica em evidência e torna-se objeto de desejo e de políticas não baseadas na ciência, de fácil adesão, que promovem danos à saúde da população. Assim, mais um desafio se coloca diante da AB: combater as chamadas *fake news*.

Nesse contexto, o presente projeto pretende compreender e discutir os desafios do trabalho educativo multidisciplinar entre o Farmacêutico e o ACS em relação ao uso de medicamentos no território. O propósito é caracterizar as possibilidades e os desafios para potencializar o URM na comunidade, na expectativa de responder aos seguintes questionamentos: quais são os principais problemas e dificuldades encontrados pelos ACS nas Visitas Domiciliares (VD) em relação ao uso de medicamentos pelos moradores de Manguinhos? O que os ACS entendem que poderia ser feito para o enfrentamento desses problemas? Quais são as dificuldades relatadas pelos ACS para o enfrentamento desses problemas? Como o Farmacêutico e o ACS podem colaborar para fortalecer o URM no contexto do território? Como as práticas do Farmacêutico podem ser modificadas para atender às necessidades de AF, em especial, do URM? Que ações e práticas das equipes da ESF precisam ser modificadas para a promoção do URM? Que ações podem ser empreendidas em conjunto com a equipe, a partir do que foi levantado junto aos ACS, para potencializar o URM?

Para responder a tais questões, é essencial percorrer um caminho que considere um breve panorama histórico do SUS, da Atenção Primária à Saúde (APS), do Farmacêutico, dos ACS e da ES, dando ênfase à relação entre o conhecimento e a prática, considerando as dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas. Compreendemos que, para desenvolver a nossa discussão, é necessário problematizar a precarização das relações de trabalho na saúde, marcadas pelos princípios do neoliberalismo, o cenário atual das políticas de saúde e o impacto sobre o trabalho dos profissionais da APS, com um breve destaque para as consequências da pandemia de Covid-19 nas atividades dos trabalhadores, em especial dos ACS e Farmacêuticos.

Cabe mencionar que, com o propósito de entender possíveis dificuldades em relação ao delineamento do objeto de estudo, recorreremos à banca de qualificação do projeto para este auxílio teórico. Ressalto que as críticas foram fundamentais para dar seguimento ao processo de construção da pesquisa, realizando as alterações adequadas, com exceção do acréscimo de um grupo focal com o SF na metodologia. Em relação a este ponto, embora relevante, houve solidariedade e uma sensibilidade da orientadora com a mestrandia, devido às circunstâncias instáveis das relações contratuais de trabalho a qual parte do SF do CSEGSF está submetido no momento, a impossibilidade de paralisação ou deslocamento da equipe do SF por motivo de atendimento ininterrupto ao usuário, além de todo o desgaste físico e psicológico dos trabalhadores do SF que atuam presencialmente na linha de frente da pandemia de Covid-19.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

2.1 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SUS

No contexto histórico da ditadura militar (1964-1985), com a perspectiva de transformação social, sujeitos políticos de vários setores da sociedade questionavam situações relacionadas ao regime vigente, dentre elas a precariedade da assistência à saúde. Logo, a RSB resultou de mobilizações sociais que aconteciam em meio a uma sociedade hegemonicamente conservadora. O período de trânsito para a democracia foi marcado por inúmeros movimentos coletivos, imersos em um cenário de crise econômica mundial e intensos conflitos sociais, que acentuavam o desgaste político da ditadura militar brasileira e direcionavam a construção de uma agenda política pautada no debate de direitos e cidadania no interior da sociedade civil (SCOREL *et al.*, 2005).

As discussões fomentadas no movimento da RSB suscitaram a primeira participação popular em uma CNS, a 8ª CNS. Ocorrida em março de 1986, tornou-se peça-chave na definição do SUS, discutindo três temas principais: 1) a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; 2) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e 3) o financiamento setorial. Podemos dizer que a construção do SUS foi elaborada na 8ª CNS, bem como todo seu funcionamento, e que questões relacionadas ao medicamento estavam presentes tanto no primeiro, quanto no segundo tema principal (BRASIL, 2009).

Apesar de uma batalha hercúlea e um desfecho repleto de contradições, se desenhava uma perspectiva de política baseada em princípios democráticos. Os debates e as preocupações expressos pela sociedade nesse campo de diálogo culminaram em propostas que foram oficializadas na promulgação da CF em 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todo cidadão, tornando a 8ª CNS um símbolo histórico das políticas públicas brasileiras. O SUS foi criado com a CF de 1988 e regulamentado com as LOS (Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990), que determinaram objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, planejamento, financiamento, orçamento e as competências nos níveis Federal, Estadual e Municipal (SOUTO & OLIVEIRA, 2016).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais do país, representando a materialização de uma nova concepção de saúde como direito e dever do Estado. Dispõe como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade; e como princípios organizativos, a regionalização; a hierarquização; a

descentralização; comando único e a participação popular, e todos direcionados para a democratização das ações e serviços de atenção à saúde (BRASIL, 1990). Nas palavras de Paim:

[...] A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos de caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminações ou privilégios. (*Ibidem*, 2009b, p. 43)

As propostas da RSB não eram apenas preceitos organizacionais para um novo sistema de saúde, mas fruto de mobilizações populares que defendiam uma transformação política e cultural. Esse movimento foi orientado por diretrizes que envolviam princípios éticos, científicos, políticos e sanitários, almejando a universalização da saúde como direito constitucional, a determinação social do processo saúde-doença e a proteção da saúde de forma integral. A implementação do SUS confirmou os ideais da RSB, mas num contexto de crise econômica e diante de inúmeros ajustes macroeconômicos realizados pelo governo, o cenário tornou-se adverso para a implantação de um sistema de saúde universal e de natureza pública. Na contramão dos anseios democráticos, a ascensão dos ideais neoliberais surgia como solução para a crise, promovendo um retrocesso na construção da saúde como um valor público, passando a ser vista como bem de consumo (FLEURY, 2008).

Neste contexto, temos o confronto de dois projetos de saúde, um contra-hegemônico, representado pela RSB, estruturado na década de 1980 e impulsionado pela CF de 1988, efetivado pelo SUS; outro, hegemônico, articulado com os interesses do mercado, com o intuito de renovar o padrão de acumulação capitalista. Dois lados em posições antagônicas: a democratização do acesso à saúde e a privatização dos serviços, com a diluição dos direitos sociais recém-adquiridos pela CF. O neoliberalismo defende a redução da atuação do Estado na regulação do mercado e nas políticas de proteção social. No Brasil, essa nova concepção foi embasada por um discurso de modernização, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização de empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas (RIZZOTO, 2008).

A absorção dos pressupostos neoliberais, com ênfase na concepção individualista e fragmentada do modelo assistencial privatista, baseado em estratégias pautadas no

desmonte e na destruição das conquistas democráticas, dificultou o desenvolvimento de uma concepção ampliada de saúde. As medidas restritivas alinhadas às políticas de austeridade representavam a remodelação do Estado para adaptá-lo ao capital. É importante destacar a relação de proximidade entre a economia e a política social; por isso, o avanço do neoliberalismo no Brasil na década de 1990 contrapunha-se à consolidação do SUS, rompendo com o projeto democrático de saúde em favorecimento à vertente economicista, que aponta o caminho da privatização para responder aos interesses dessa nova ordem econômica. O SUS teve a construção de sua institucionalidade em um ambiente desfavorável e repleto de contradições (BRAVO, 2009).

O reconhecimento constitucional do direito à saúde e a criação do SUS foram conquistas importantes do movimento da RSB, porém foram fragilizadas com a expansão do neoliberalismo e seu viés privatista. Cabe ressaltar que a universalidade proposta pelo setor privado é focada apenas em melhorar o acesso da população considerada vulnerável, diminuindo as tensões da disputa de projetos societários opostos, afastando-se dos ideais de uma saúde igualitária. Nesse sentido, não se aproxima da ideia de cobertura universal. Esse confronto permanece em aberto.

O setor privado disputa os recursos públicos, e a configuração dos serviços prestados é resultado de agentes políticos, mas também de determinantes estruturais. Imerso na luta de classes, o SUS é um sistema de saúde orgânico a uma sociedade capitalista periférica, logo, existem inúmeros desafios para sua manutenção e consolidação. É fundamental preservar a democracia, fortalecer as práticas de promoção da saúde no SUS e reorganizar as estratégias de lutas sociais para enfrentamento desse projeto excludente, direcionado ao mercado em detrimento da saúde (SOUZA, 2019).

Segundo Machado *et al.* (2017), o SUS enfrenta obstáculos histórico-estruturais e institucionais para sua consolidação, expressão das contradições de um Brasil periférico. Desde sua implementação até os dias atuais, governos de diferentes contextos estiveram à frente das políticas sociais e de saúde, mas nenhum priorizou como agenda a consolidação de um sistema de saúde universal. Para superar os desafios do sistema de proteção social, as fragilidades de financiamento e as relações público-privadas que envolvem o SUS, faz-se necessária uma ruptura drástica com os arranjos econômicos do capitalismo. Contudo, observamos um caminho oposto do Estado, incentivando ações convenientes aos mercados em saúde, reiterando as desigualdades sociais e fragmentando a ideia de um sistema de saúde igualitário. Em tempos difíceis, de fortalecimento de

propostas conservadoras, instabilidade política e econômica e tentativas de diluição da democracia, o SUS corre sérios riscos (MACHADO *et al.*, 2017).

A política relativa aos medicamentos está inserida nessas disputas e desenvolvimentos contraditórios das políticas sociais, em especial da saúde pública, assim como a APS. Enfim, faz-se necessário potencializar as articulações entre todos os expoentes democráticos que atuam em prol dos direitos dos trabalhadores, impulsionando as estratégias de fortalecimento do SUS e combatendo esse retrocesso civilizatório que está em curso.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No final dos anos de 1960, médicos missionários ligados a Federação Mundial de Igrejas Luterana atuavam em países em desenvolvimento. Através de métodos simples de treinamento de trabalhadores e equipados com medicamentos essenciais, inspiraram uma nova maneira de organização dos cuidados primários em saúde. Ainda que se localize o primeiro uso do termo Atenção Primária em 1970, com a criação da revista *Contact* – que apresentava versões em diferentes países e ampla tiragem –, as ideias que caracterizam esse modelo foram utilizadas pela primeira vez como proposta de organização do sistema de saúde no chamado Relatório de Dawson, em 1920, na Inglaterra (CUETO, 2004).

Este documento associava a regionalização e a hierarquização da saúde a um novo modelo de organização com centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Opunha-se ao modelo flexneriano de origem americana, com viés curativo, focado na atenção individual e no reducionismo biológico. Essa concepção de organização construída pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de maneira global, difundindo as noções que passam a ser características da APS: a regionalização dos serviços e a integralidade entre as ações curativas e preventivas (MATTA & MOROSINI, 2008).

A APS desenvolveu-se no mundo por meio de várias experiências. No Brasil, destaca-se o modelo dos centros de saúde (década de 1920), que buscava “uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis, localizar focos de doenças e, principalmente, criar oportunidades para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias” (FONSECA *et al.*, 2013, p. 257). Os centros de saúde realizaram um movimento oposto ao da “polícia médica”, tendo a educação como elemento chave para a conexão entre o serviço e a comunidade, enraizando uma concepção de atuação

distrital. Nesse momento surge o primeiro curso de educadoras sanitárias, reforçando a concepção de um serviço de saúde próximo a comunidade. Tais ideias norteariam, futuramente, o conceito de APS no país (FONSECA *et al.*, 2013).

Destacam-se também projetos dirigidos a territórios e populações específicas, ampliando o acesso a ações de saúde, com práticas de visita domiciliar e educação sanitária, promovidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) entre as décadas de 1940 e 1960, e, mais tarde, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), entre as décadas de 1960 e 1970. Em comum entre o modelo dos Centros de Saúde e do SESP, encontram-se trabalhadoras com funções educativas e de acompanhamento das condições de saúde da população nos territórios, as visitadoras sanitárias, ainda que com perfis diferentes nas duas experiências (FONSECA *et al.*, 2013, p. 257).

Em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no Cazaquistão, localizado na antiga União Soviética, define de forma a APS como:

[...] Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. (OPAS/OMS, 1978 *apud* MATTA & MOROSINI, 2008)

Autores como Giovanella *et al.* (2019) compreendem essa definição sob uma perspectiva abrangente de APS, base para a organização de sistemas universais de saúde. A declaração de Alma-Ata passou a representar um marco oposto às propostas seletivas e focalizantes, que predominaram no contexto político-econômico de hegemonia neoliberal que se estabeleceu em seguida. A Carta de Alma-Ata está associada à compreensão de APS como ponto principal para organização e reorientação de uma nova concepção de assistência.

Ainda que tenha permanecido como uma referência contra-hegemônica, as metas de Alma-Ata nunca foram conquistadas por completo. Podemos associar tal fato à difusão da APS em países periféricos por iniciativas ou financiamento das agências internacionais, que promoveram ações de baixa complexidade e focalizadas nas populações de baixa renda, com ênfase na racionalização de custos e retirando o foco na

reorganização dos sistemas em acordo com as necessidades sanitárias e o desenvolvimento da capacidade dos governos nacionais em proverem a saúde às suas populações (ALMEIDA, 2014).

Para Starfield (2002),

a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

No Brasil, as concepções de APS foram integradas aos ideais do Movimento Sanitário, buscando reorientar o modelo assistencial e romper de forma definitiva com o modelo médico privatista, recebendo o nome de AB (GIOVANELLA & MENDONCA, 2012).

Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, voltando-se inicialmente para a população vulnerável. Com a Norma Operacional Básica (NOB/96) do SUS, o PSF assumiu a posição de estratégia de reorientação da AB, em modificação às modalidades chamadas tradicionais, passando a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF). Ainda nesse processo de mudança do modelo de assistência, foi criado em 2002 o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), para ampliar a implementação da ESF para além de pequenas cidades e do meio rural. A ênfase na ESF foi um meio de fortalecer uma agenda política para consolidação da AB, que, de maneira gradual, tornou-se um dos elementos prioritários do Pacto pela Vida em 2006 (MOROSINI *et al.*, 2018).

As prioridades expressas no Pacto pela Vida, em 2006, visavam a um compromisso dos gestores das três esferas do SUS em torno de ações que apresentavam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A promoção da saúde, a redução da mortalidade materna e infantil, atenção integral à saúde do idoso e o fortalecimento da AB são apenas alguns dos pilares norteadores para a busca de seus objetivos. No que tange a medicamentos, a AB contou com a estruturação da AF como estratégia para garantir o acesso da população aos medicamentos, fomentar o seu uso racional e observar as normas vigentes e pactuações estabelecidas, ações primordiais para o alcance da integralidade no âmbito da assistência no SUS (BRASIL, 2006a).

No ano de 2006, após o Pacto pela Vida, foi editada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria Ministerial n. 648/GM, de 28 de março, ampliando o escopo da AB ao absorver os atributos de uma APS abrangente. Com o propósito de preservar a

ESF como eixo central da AB, desenvolver a promoção da saúde, estender a cobertura e prover cuidados integrais, transformando-se na porta de entrada principal do usuário no SUS, coordenando o cuidado e ordenando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012), a instituição da PNAB definiu a AB como:

[...] um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

No ano de 2011, a PNAB foi revisada, envolvendo um processo amplo de ações, com a mobilização de instituições e sujeitos sociais para a consolidação da AB. Alguns desafios estavam postos, entre eles, a organização do processo de trabalho; a formação de trabalhadores; as articulações com a comunidade; o conhecimento sobre o território e a relação entre os entes federados. Nesse momento, acontece um movimento de aumento de repasses de recursos aos municípios, direcionados ao financiamento e incentivo à qualificação na AB, no qual podemos observar o papel central dado à PNAB na esfera federal. Nesse mesmo ano, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), estabelecendo um mecanismo de indução de novas práticas (MOROSINI *et al.*, 2018).

Para que a AB seja resolutiva, estabeleça vínculo e se responsabilize pelos usuários, alguns fatores são primordiais; dentre eles, é necessário que o usuário tenha acesso a medicamentos essenciais. A proposta para garantia da AF básica está inserida no projeto de implantação das ESF descrito na PNAB 2011, e o debate e articulação de estratégias para o URM é central nesse processo. Apesar de ainda existir inúmeros problemas no âmbito da AB, não podemos deixar de apontar a melhoria das condições de vida e saúde da população em decorrência de suas políticas. Nesse contexto de ampliação do acesso ao sistema de saúde público, principalmente através da AB, a dispensação de medicamentos é parte da integralidade do cuidado; no entanto, convencer a população da importância do Farmacêutico para a atenção integral é um grande desafio (BRASIL, 2011).

No tocante ao município do Rio de Janeiro, no ano de 2003, orientada pelas diretrizes do PROESF, a Secretaria Municipal do RJ (SMS-RJ) elaborou o projeto de expansão da AB. Os critérios para estabelecer as ações e os investimentos foram

implementados em função do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e do número de habitantes de cada bairro do município, divididos por áreas programáticas, que possuem uma coordenação que gerencia as ações de saúde em nível local. A partir de 2009, sua expansão ocorreu de forma significativa no município do RJ, quando a gestão promoveu mudanças nas redes de atenção e na estrutura da gestão local (MOTA & DAVID, 2010).

Nesse quadro de expansão, a SMS-RJ optou pela contratação das OS para executar, operacionalizar e apoiar as ações e serviços da AB. A noção de produtividade é o eixo central nesse modelo de gestão; a adoção de lógicas e práticas como avaliação e remuneração por desempenho contribuíram para ampliar a precarização das relações de trabalho e justificar cortes de equipe ou mudança dessas. Não podemos pensar nas OS apenas como um arranjo administrativo, um remanejamento das atividades de saúde pública para empresas do Terceiro Setor, mas sim como uma decisão política com finalidades privatistas, que favorece o desmonte dos sistemas de proteção social, configurando uma forma de privatização respaldada pelo Estado (CARNEIRO & MARTINS, 2015).

A ofensiva em relação à AB, com modelos de gestão baseados na terceirização, representa a flexibilização do trabalho em saúde. Essa forma de contratação, associada à contratualização, impõe sobre o trabalhador vínculos temporários com inúmeras exigências, podendo citar: metas; competitividade entre pares; prazos; redução de salário; aumento de carga horária e medo constante de perder o emprego. Essa multiplicidade de ações resulta no aumento da precarização do trabalho no âmbito do SUS. Os empregadores lucram com a superexploração dos profissionais, que se tornam vulneráveis e com seus direitos sociais constantemente ameaçados. O gerencialismo assume o protagonismo na AB, e as questões de caráter ético-político são preteridas, assim como as necessidades da população usuária. A consolidação do Estado neoliberal aprofunda tais fatos e corrobora com o padrão produtivo imposto pelo capital, produzindo um arcabouço legal que passa a nortear o processo de trabalho em saúde (MOROSINI *et al.*, 2020).

Embora a AB fortaleça o SUS, vem sofrendo constantes ataques oriundos da crescente mercantilização dos direitos sociais, enfatizados pela reorganização e avanço das forças políticas conservadoras. Em um contexto de crise política e econômica, com aprofundamento de pautas antidemocráticas e supressão de direitos sociais, a revisão da PNAB, em 2017, pavimenta um caminho de desconstrução do SUS. A irrelevância dada aos posicionamentos do controle social, a falta de comprometimento com a expansão da

ESF, o incentivo à AB tradicional e a segmentação do cuidado partem de escolhas prévias assumidas por uma agenda neoliberal que se refletem na PNAB 2017. O texto da política é ambíguo, pois alega que a ESF é prioridade para a expansão e consolidação da AB, no entanto, dilacera com a sua centralidade na organização do SUS, gerando a possibilidade de um modelo baseado em princípios discrepantes dos da APS designados em Alma-Ata e incorporados no SUS (MELO *et al.*, 2018).

Essa nova versão da política, cujo processo de construção preteriu a participação democrática, opõe-se aos princípios do SUS e promove a desconstrução de um modelo de atenção primordial baseado na atenção integral e universal à saúde. A revisão da PNAB² de 2017 intencionalmente implementa mudanças e inviabiliza a organização da classe trabalhadora para a luta, atacando a AB e tendo como um de seus horizontes a desconstrução da sua lógica de trabalho. Sob a racionalidade de um governo neoliberal, soma-se ainda o Programa Previne Brasil³, a criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária (ADAPS)⁴ e da Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS)⁵, revelando um conjunto de ações que fortalecem a lógica da mercantilização da saúde (MOROSINI *et al.*, 2020a).

A mercantilização é uma questão inerente do sistema capitalista, uma vez que qualquer coisa acaba sendo mensurada pelo valor de troca, transformando-se em mercadoria. A saúde entra neste bojo, e sua concepção hegemônica como integridade anatomofisiológica apenas traduz a redução dos sujeitos a meros portadores de força de trabalho, fonte de acumulação capitalista. Ao identificar o sofrimento e agir para evitá-lo de maneira individual, com intervenções restritas ao corpo orgânico, os serviços de saúde reproduzem os anseios do capital e descartam os determinantes sociais no processo saúde-doença. Compreender tal fato é primordial para analisar a medicalização social, pois os novos arranjos produtivos exigem a construção de um corpo fisicamente resistente para

² A revisão da PNAB em 2017 representou um retrocesso para a AB. Podemos destacar, entre outras mudanças, a relativização da cobertura, padrões diferenciados de serviço, redução na composição das equipes de saúde e reorganização dos processos de trabalho (MOROSINI *et al.*, 2020a).

³ O Programa Previne Brasil introduz uma nova forma de financiamento da AB e a torna dependente do número de pessoas cadastradas, além de estabelecer o pagamento por desempenho, contribuindo diretamente para a focalização da assistência (MOROSINI *et al.*, 2020a).

⁴ A ADAPS, instituição de direito privado, atua sobre a regulação e configura os mecanismos de ampliação da privatização. É importante destacar que é constituída de apenas um representante do controle social, em meio a outras representações que têm forte inclinação aos interesses do setor privado (MOROSINI *et al.*, 2020a).

⁵ A CaSAPS dialoga diretamente com a proposta de retrocesso da PNAB de 2017, reduz e adapta a APS para a gestão privada. Reitera padrões mínimos de cuidado, segmenta o cuidado, esvazia a noção de territorialidade da APS e, principalmente, não reconhece a importância dos determinantes sociais no processo saúde/doença (MOROSINI *et al.*, 2020a).

sujeitar-se às precarizações impostas nas relações de trabalho na saúde (GOMES, 2017).

Nesse contexto, transferir as contradições sociais para a esfera patológica é naturalizar as verdadeiras determinações do sofrimento. O medicamento é um dos elementos protagonistas dessa estratégia capitalista. Promover o URM é possibilitar o empoderamento dos usuários em relação ao seu cuidado, é educar para a construção de um pensamento crítico em relação a sua farmacoterapia. No entanto, é um grande desafio e mais uma contradição do sistema a ser enfrentada, principalmente quando o modelo de produtividade estabelecido com as OS na AB não possibilita e não tem o desejo de promover a qualidade do cuidado.

2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A mesma sociedade que vende a cura, muitas vezes é responsável por produzir a doença. Segundo Marx (2017), “a produção proporciona não só um objeto material à necessidade, mas também uma necessidade ao objeto material”. O medicamento como uma solução geradora de bem-estar é construído nos moldes da sociedade capitalista, que conta com fortes técnicas de indução e com um *modus operandi* que estimula a produção e o consumo. A indústria farmacêutica identificou que a dor pode ser gerenciada e capitalizada, e isso tem implicação direta no processo de produção científica. São inegáveis os benefícios farmacoterapêuticos dos medicamentos, mas não podemos relativizar a atuação predatória dessa indústria, que, para garantir o lucro, organiza e direciona um conglomerado de ações que fortalecem o modelo biomédico, o mercado e a medicalização social em detrimento da vida (FRAZÃO & MINAKAWA, 2018).

As ciências farmacêuticas, historicamente, foram atravessadas pelo avanço da indústria, e o Farmacêutico precisou simultaneamente sobreviver e se reinventar diante de ações mercadológicas que afetaram a sua identidade profissional e seu reconhecimento social. Observando a prática profissional enquanto farmacêutica, percebo as transformações que sofremos na nossa identidade profissional: transitamos de boticário essencial a obsoleto para a indústria, de clinicamente importante a legalmente obrigatório, de legalmente obrigatório a entregador de remédio. No âmbito do SUS, partindo de uma percepção crítica e problematizando a realidade, a AB pode ser um espaço diferenciado para a construção de uma nova abordagem para o medicamento no modelo assistencial e para o resgate do Farmacêutico enquanto sujeito inerente ao cuidado do usuário, mesmo imerso em inúmeras contradições que constituem a sociedade capitalista (BARBERATO

et al., 2019).

Dentre os objetivos do SUS, está a assistência terapêutica integral, inclusive, a AF. Sua efetivação gerou condições para a aprovação da PNM, que dispõe, dentre suas diretrizes, da reorientação da AF no âmbito dos SUS. Com o propósito de implementar atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, pautando-se na descentralização da gestão e na promoção do URM, a PNM pode ser considerada um grande marco nas políticas de AF no Brasil. Da mesma maneira, a aprovação da Resolução 338/2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), com ênfase nas ações de promoção e proteção da saúde em oposição à priorização das atividades curativas, destacando o seu caráter intersetorial e sua contribuição no contexto de saúde, dá continuidade ao fortalecimento das políticas públicas de AF (MARIN & CORDEIRO, 2014). A Resolução 338/2004 define AF como:

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao 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)

No que diz respeito ao financiamento e à transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde relacionados à AF, estes são constituídos por três componentes:

- Básico, destinado à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da AB (BRASIL, 2007);
- Estratégico, destinado ao tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas estratégicos do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2007); e
- Especializado, destinado ao financiamento de medicamentos de dispensação excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos conforme critérios estabelecidos em portaria específica (BRASIL, 2007).

Ao longo do tempo, atravessada por inúmeras transformações políticas, sociais e econômicas de um país periférico, a AF na perspectiva de integralidade expressou por

intermédio de atos regulatórios a tentativa de implementação e fortalecimento de ações direcionadas ao medicamento. A reorientação da AF pautada na descentralização e na busca de recursos para o acesso aos medicamentos, o incentivo ao treinamento de recursos humanos em qualidade e quantidade para atuar nos campos específicos, o estímulo ao desenvolvimento tecnológico e a promoção do URM são alguns dos temas centrais em suas políticas organizacionais. Tais atividades e ações conferem um caráter amplo e de integralidade aos SF, entretanto, não garantem o pleno sucesso na sua implementação e consolidação. Para potencializar a AF, é primordial que as práticas assistenciais dos profissionais, a estruturação dos Serviços Farmacêuticos (SeFar) e a atuação governamental estejam interligadas e possam se tornar intervenções tangíveis e sensíveis às demandas da saúde coletiva (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

A expansão da AB como eixo estruturante das RAS exigiu mudanças na organização da AF. Com o objetivo de fortalecer o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar no SUS, as normatizações jurídicas contribuíram significativamente para o fortalecimento da AF como política pública e para a ampliação do escopo de atuação do Farmacêutico na AB. No entanto, a descentralização política-administrativa do SUS ampliou a necessidade de responsabilização da gestão municipal em relação à AF, o que proporcionou um descompasso em suas atividades e, conseqüentemente, um distanciamento entre a AF legalmente instituída e a desenvolvida na realidade das unidades de AB. Embora existam inúmeras contradições, a publicação dessas políticas representa avanços indiscutíveis na AF da AB, capilarizando ações fundamentais para garantir o acesso qualificado da população a medicamentos essenciais e a promoção do URM (MELO & CASTRO, 2017).

A AF na APS engloba as atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos). Os SeFar estão incluídos na AF, sendo vinculados às atividades diretamente envolvidas nas unidades e serviços de saúde, são definidos na APS, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), como:

[...] o conjunto de ações no sistema de saúde que visam garantir a atenção integral, integrada e contínua das necessidades e problemas de saúde da população tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, e contribuindo com o seu acesso equitativo e uso racional. (OPAS, 2013, p. 3)

Na expansão da APS no município do RJ, os SeFar foram incorporados no conjunto de esforços de fortalecimento da ESF. A organização dos SeFar em todas as

unidades de AB vislumbrava a melhoria da estrutura física das farmácias, a presença de Farmacêuticos em todas as unidades, contratação de profissionais de apoio (técnicos/auxiliares de farmácia) e promoção de ações educativas. Considerando o contexto legal e organizacional, embora o cenário posto abrangesse objetivos bem definidos para os SerFar, sua operacionalização foi atravessada por disputas de poder em relação aos meios de implementação. Somados à tendência de precarização da APS no RJ, nota-se uma ambiguidade nesse processo, com divergências entre os objetivos declarados e resultados desejados e a realidade dos serviços, transformando-se em prejuízos no uso e acesso da população a medicamentos essenciais (CAETANO *et al.*, 2020).

A SMS/RJ optou por alocar Farmacêuticos em todas as unidades com ESF, por dizer compreender o papel fundamental deste profissional na ampliação do acesso de medicamentos à população e na promoção do seu uso racional. Apesar disso, o padrão de atuação dos SerFar segue indefinido, e tal discurso é controverso quando metas estabelecidas nos contratos de gestão entre OS e SMS/RJ, que se correlacionam direta ou indiretamente com os SeFar, burocratizam e recortam as ações dos profissionais que nele atuam. Um conjunto de atividades para a promoção do URM pode e deve ser oferecido no território pelo Farmacêutico em parceria com os demais profissionais, no entanto, as ações clínico-assistenciais são soterradas por projetos de poder que visam atender os interesses hegemônicos (SILVA, 2016).

Segundo Maximo *et al.* (2020), “a assistência farmacêutica é falha no que diz respeito ao uso racional de medicamentos e da maneira como ela se encontra organizada, ou desorganizada, na atenção primária, tão perto e tão longe”. Os avanços do SeFar na AB foram importantes; contudo, na rotina do trabalho ainda existem inúmeros contrastes e falhas entre as políticas e a realidade, entre eles, a atuação reduzida dos Farmacêuticos nas ações de cuidado, intensificada pela precarização das relações de trabalho. Há diferentes e profundas lógicas conectadas ao uso dos medicamentos na AB, sendo necessário um posicionamento político, crítico, amplo e ativo do Farmacêutico na gestão do cuidado, compreendendo o uso de medicamentos para além de um pressuposto clínico para os usuários, mas sim repleto de racionalidades oriundas de suas experiências sociais, que se convertem em conhecimentos que direcionam seu comportamento relacionado ao uso de medicamentos.

O URM traz para a discussão diferentes atores que constitui esse quadro da utilização de medicamentos na AB, tanto no interior quanto no exterior da unidade. A AF

viabiliza oportunidades para analisar e discutir os problemas relacionados ao uso inadequado de medicamentos, tornando-se indispensável para que o cuidado em saúde não seja fragmentado ou transformado em algo mecânico. A construção coletiva de ações dialógicas do Farmacêutico com a equipe multidisciplinar pode possibilitar a reflexão do que acontece com o medicamento ao sair da unidade, algo por muitas vezes nebuloso e distante da percepção dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo.

O SeFar tem potencial para colaborar positivamente no manejo de doenças crônicas, tal como no URM na APS. De acordo com a OMS, entende-se que há URM quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (WHO, 1987). A PNM determina oito diretrizes e quatro prioridades, das quais uma diretriz e uma prioridade são especialmente focalizadas no URM (BRASIL, 1998). A PNAF define como um de seus eixos estratégicos o URM, estabelecendo que este deve ser estimulado por meio de ações que direcionem a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos (BRASIL, 2004). Podemos afirmar diante do exposto que o URM é de extrema relevância no âmbito da AF, e que a promoção de estratégias para alcançar tal propósito depende da responsabilidade de muitos segmentos da sociedade.

A OMS propõe uma classificação das possibilidades de intervenções para otimizar o uso de medicamentos, pois considera o uso inadequado um significativo problema de saúde pública, o que justifica o interesse no sentido de minimizá-lo (COELHO *et al.*, 2014). No que diz respeito aos esforços para promover as ações de URM, podemos ressaltar quatro estratégias, trazidas por Coelho e outros autores (2014):

- Educacionais, destinadas à informação de profissionais de saúde e usuários de medicamentos;
- Gerenciais, destinadas à normatização da prática clínica, abastecimento e definição de protocolos clínicos;
- Econômicas, destinadas ao financiamento e incentivo de instituições de pesquisas voltadas para o uso de medicamentos e livre de interesses comerciais; e
- Regulatórias, destinadas ao desenvolvimento e aplicação de regulação apropriada.

No campo de prática do SUS, apesar das conquistas e avanços relacionados à AF, muitos dos problemas inerentes ao uso de medicamentos permanecem sem perspectivas

de possíveis soluções. Dadas as estratégias descritas, o foco de atuação do meu projeto é na estratégia educacional. Levando em consideração que o SF do CSEGSF participa efetivamente das atividades técnico-gerenciais da unidade e que os Farmacêuticos que atuam no setor criam, organizam, direcionam e executam ações de intervenções relacionados aos prescritores e dispensadores, entendo que o eixo frágil dessas atividades se encontra na promoção do URM no território. Identificar os problemas, estabelecer prioridades e elaborar estratégias para a difusão de informações relevantes e seguras, em conjunto com os demais profissionais da unidade, é vital para empoderar os usuários no processo de autocuidado e minimizar os riscos relacionados ao uso inapropriado de medicamentos.

Há uma multiplicidade de esforços para garantir o acesso aos medicamentos essenciais e o fortalecimento de suas respectivas políticas. Ainda assim, parte da população não tem esse direito assegurado. Paradoxalmente, o consumo de medicamentos aumenta a cada ano, resultando no uso inadequado e na desigualdade no acesso. O Farmacêutico da AB é, para o senso comum, o profissional do medicamento, portanto, seu papel no território é garanti-lo e fornecê-lo, sem o mínimo questionamento da população de como esse profissional pode atuar para além disso e qual a importância dele para a sociedade. Para produzir ações mais resolutivas e fomentar o URM, a AF precisa aprofundar sua inserção no território, reconhecer os determinantes sociais, procurar estreitar a relação com os usuários e com os demais profissionais durante a cadeia de etapas de uso dos medicamentos (OPAS, 2013).

Segundo Marx e Engels (2007), “trabalho é a forma como o ser humano opera sobre a natureza, transforma-a para suprir suas necessidades e, nesse processo, também se modifica, transformando sua própria natureza”. Em vista disso, o trabalho do Farmacêutico não deve ser centralizado no medicamento; é importante explorar as questões pertinentes aos determinantes sociais do território, ampliando as possibilidades de colaboração na promoção da qualidade de vida da população atendida na AB. Todavia, quando discutimos sobre Sefar na AB ainda observamos fragilidades no que concerne regularização do cuidado, e a abordagem biologicista acaba transcendendo a multidimensionalidade de atuação desse profissional. Ainda assim, é inegável que na práxis do Farmacêutico na AB as ações emancipadoras do cuidado e o cenário hegemônico do cotidiano estão integrados entre si, o que abre brechas para a luta por uma assistência integral e humanizada (BARROS *et al.*, 2020).

A AB possibilita ao profissional Farmacêutico a construção de uma nova

identidade profissional para além da gestão convencional do medicamento, com uma abordagem voltada para o cuidado ao usuário. Nessa perspectiva, a inserção do Farmacêutico em atividades educacionais sobre a farmacoterapia dos usuários pode proporcionar benefício no âmbito da promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Entretanto, nesse eixo educação-cuidado existem desafios, entre eles, a integração do Farmacêutico⁶ com a equipe de saúde, sua formação tecnicista, as atividades operacionais da AF e a construção do vínculo com a comunidade. Pensar criticamente em relação aos problemas da farmacoterapia e da prática do cuidado farmacêutico no território, englobando os determinantes das iniquidades em saúde, significa, para além de promover o URM na comunidade, expressar uma tentativa de superar essas contradições impostas pelo capital na saúde (BARBERATO *et al.*, 2019).

Em uma sociedade dividida em classes, qual é o papel do trabalhador Farmacêutico? Ser um agente de transformação do cuidado ou do capital? Qual linguagem usar para enfrentar as complexidades desse contexto? Como criticar a concepção de diagnóstico e cura pela intervenção que predomina no SUS? A articulação entre os diferentes saberes na AB expressa um possível caminho para ultrapassar o modelo assistencial de AF centrado na cura e com fins individuais, que não deve ser ignorado. Entretanto, ele é insuficiente no âmbito da saúde coletiva da população. Nesse árduo caminho, é essencial partir da realidade para compreender o contexto englobado nessa discussão, e, assim sendo, o ACS apresenta-se como um parceiro fundamental para fortalecer o URM no território.

Gramsci (1999, p. 95), na nota IV do Caderno 11, diz: “Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas ‘originais’, significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, ‘socializá-las’”, portanto, é nessa direção que o Farmacêutico da AB pode atuar e criar estratégias para discutir e organizar ações intersetoriais e educativas de promoção ao URM no território. Tal discussão, no entanto, ainda se encontra incipiente, verticalizada e com traços de

⁶ Nesse momento, vale destacar a luta intraclasses imersa nas profissões de saúde, que opõe o discurso médico baseado em uma autoridade inviolável na prescrição, e em alguns casos com o viés da indústria farmacêutica e do mercado da saúde, e o discurso farmacêutico e seu eterno debate sobre o URM. Como destaca Foucault: “Como uma multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem [...] o jogo que, através de lutas e confrontamentos incessantes, as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de forças encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas, [...] as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais” (Foucault, 2015). Compreendo que o respectivo autor não é do campo teórico do marxismo, visto que dialoga com a tradição estruturalista. No entanto, no seu campo crítico de atuação, fez uma contribuição relevante no que diz respeito às formas de dominação.

autoritarismo no âmbito da APS, e é nesse sentido, de acordo com os problemas levantados na comunidade, que pretendo ampliar o diálogo com os ACS, em razão de entender que, para abordar a complexidade do uso inadequado de medicamentos, são necessários olhares, saberes e fazeres diferentes.

A concepção de medicalização vem sofrendo transformações a partir de meados do século XX. Seu sentido mais amplo aponta para uma leitura médica de fenômenos que fazem parte da vida e que não estavam sob o enfoque médico até determinado momento. Esse processo frequentemente tem como terminalidade a prescrição de medicamentos, incorrendo num fenômeno mais específico que é a medicamentação. Trata-se de um processo que precisa ser compreendido no contexto das relações sociais de base capitalista, demarcadas pela mercantilização, nas quais a indústria farmacêutica exerce forte influência, pressionando pela expansão de seu mercado. A medicalização se mantém e se fortalece principalmente pela pressão sobre a formação e a prática dos profissionais de saúde e no direcionamento das políticas públicas (ZORZANELLI *et al.*, 2014; NASCIMENTO, 2007).

Paulo Freire (1979, p. 28) diz que “a mudança não é trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que a escolhem”. A educação na sociedade capitalista caminha em consonância com as ideias dominantes, sendo assim, o Farmacêutico deve assumir o seu papel de educador e não estritamente de um transmissor de conhecimento científico junto aos usuários e demais profissionais da AB. Nesse caminho, é necessário compreender as forças que estão em jogo no cotidiano do território, e a ação conjunta com o ACS pode representar um ponto de partida para entender as problemáticas do território onde está inserido e, assim, situar-se em seu tempo e espaço para pesquisar maneiras de superar situações em que o medicamento é caracterizado apenas como mercadoria, e tentar captar os desafios que a medicalização social impõe aos profissionais da AB.

3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Neste capítulo, apresentamos aspectos do ACS e seu trabalho que nos ajudam a estabelecer relações com os temas tratados nesta dissertação.

3.1 ORIGEM, REGULAMENTAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Na década de 1970, entendendo que o apoio da população era fundamental para discutir o tema saúde, organizações de base comunitária de Recife, ligadas aos Movimentos Eclesiais de Base, acreditavam na possibilidade de questionar a estrutura social através da medicina comunitária. No ano de 1979, ocorreu o I Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (ENEMEC) em São Paulo, com Agentes de Educação Popular em Saúde. Em 1981, dando seguimento a esses encontros, sempre numa perspectiva de reflexão crítica, essas organizações foram transformadas em Movimento Popular de Saúde (MOPS), representando um avanço no processo de trabalho desses agentes. Nesse momento, destaca-se Teresa Ramos como liderança dos ACS, em um cenário em que o movimento fortaleceu a dimensão política para além de sua origem religiosa, direcionando o foco das ações para os problemas de saúde coletiva, conectando-se com a luta pela RSB (DURÃO *et al.*, 2011).

Em 1982, os ACS desligaram-se do movimento popular para fundar a Associação Nacional de Agentes de Saúde (ANAS), que encaminhou para a 8ª CNS um documento reivindicando que o trabalho do ACS fosse baseado na educação, saúde e cuidados primários da população em um determinado território, sob a coordenação do nível local. A institucionalização dos agentes de saúde ocorreu em 1991, com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde, passando a denominar-se Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), em 1992 (FONSECA *et al.*, 2013). Em 1994 foi criado o PSF, como já indicado anteriormente, que iniciou sua trajetória sob a lógica da APS de caráter seletivo, ofertando um conjunto de ações de forma restrita e de baixo custo, contrariando as diretrizes derivadas da 8ª CNS (CHINELLI *et al.*, 2011).

Na primeira década de implantação do PACS/PSF, os ACS eram responsáveis por desenvolver ações de baixa complexidade, mas que promovessem alto impacto sanitário. A exigência de escolaridade era mínima, restringindo-se a “saber ler e escrever”. Em 1996, com a publicação da NOB, ocorreu a remodelação da gestão dos serviços e do

trabalho na AB, tendo a ESF como norte e com a ampliação da sua inserção no PSF; assim, o ACS passa a integrar uma equipe multidisciplinar, havendo um redirecionamento em sua dinâmica de trabalho. Nesse contexto, surge o papel de mediador entre a comunidade, os profissionais e o serviço de saúde que, embora reducionista, populariza-se como resumo de seu trabalho no SUS (MOROSINI, 2010).

O ACS tem contribuído de maneira direta para a extensão da cobertura e estruturação da AB no Brasil, mas sua história é marcada por avanços e retrocessos, com vínculos precários e ausência de formação profissional. Fundada em 1994, a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) constituiu-se em um vetor importante na luta desses trabalhadores. Os ACS são reconhecidos e se reconhecem como força política no âmbito do SUS, e sua organização coletiva estimulou conquistas no plano legislativo. O Ministério da Saúde, pressionado pelos trabalhadores, iniciou a concepção de propostas para a formação e a regularização da categoria. Vale destacar a Lei 10.507/2002, que criou a profissão do ACS e estabeleceu o ensino fundamental como critério de escolaridade para o trabalho. A atuação do Ministério Público do Trabalho, ao questionar as formas de seleção e contratação dos ACS e exigir providências dos gestores, também fortaleceu a luta dos trabalhadores (MOROSINI, 2010).

Nessa conjuntura, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no ano de 2003, é considerada um marco importante para a institucionalização efetiva dos ACS. Esse espaço na esfera federal para o diálogo e construção de políticas referentes à gestão do trabalho e educação na saúde estimulou debates das relações de trabalho, tendo no ACS um dos primeiros objetos de problematização em seus departamentos. De forma simultânea, o Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho na Saúde analisou os problemas referentes ao trabalho, e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde tratou daqueles relacionados à formação dos ACS. No âmbito do trabalho, o poder legislativo propôs e aprovou a Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, que possibilitou a admissão dos ACS e dos Agentes de Endemias (AE) por meio de processo seletivo público, regulamentado posteriormente pela Medida Provisória n. 297, de 9 de junho de 2006. No mesmo ano, a Medida Provisória 297 foi substituída pela Lei 11.350, que passou a regular o exercício profissional dos ACS, substituindo a Lei 10.507, então revogada (CHINELLI *et al.*, 2011).

A PNAB 2006 promove um redirecionamento nas diretrizes de trabalho na AB e,

ao definir atribuições específicas para o ACS, explicita a sua importância na ESF e sua integração ao SUS de modo mais permanente. Contudo, as ações educativas perdem centralidade e são apontadas como meios para consolidar as atividades de promoção, prevenção e vigilância. Ainda que publicada no mesmo ano, a Lei nº 11.350 assume uma perspectiva mais abrangente do papel do ACS quando comparada à PNAB 2006, sendo um contraponto em favor dos trabalhadores e um instrumento para balizar as lutas e resistir à fragmentação imposta nos documentos da política. Podemos caracterizar um período de transição, um deslocamento do trabalho amplo e complexo do ACS para atividades de natureza majoritariamente operacional, deslocando o seu eixo de trabalho do território para o interior da unidade de saúde. Essa tendência é ampliada com a publicação da revisão da PNAB 2011, que associa as ações de educação somente à prevenção e ao controle de riscos, excluindo do texto as atividades educativas de caráter popular (MOROSINI & FONSECA, 2018).

As questões referentes à formação do ACS têm sido campo de debates e críticas. A publicação dos Referenciais Curriculares do Curso Técnico, em 2004, significou mais uma expectativa do que um avanço, uma vez que não alcançou a maioria dos profissionais. A qualificação profissional oferecida a essa categoria em geral é curta, com o intuito de conciliar as demandas do serviço com as atividades educativas, e, assim, não promovem a produção de um conhecimento crítico, colocando em segundo plano a construção da cidadania e a educação emancipatória (MOROSINI & FONSECA, 2018).

Atualmente, os ACS inseridos nas equipes multidisciplinares da AB apresentam um trabalho redesenhado a cada retrocesso das políticas que norteiam as suas ações, com atribuições cada vez mais diferenciadas, com inclinações burocráticas e afastamento da sua essência originária. Reduzir a formação profissional inicial ou em serviço dos ACS, e impor simultaneamente o alcance de metas em seu cotidiano, são algumas das contradições que permeiam a gestão da AB pelas OS, fatos que interferem diretamente na qualificação e valorização do ACS no SUS. Pensar na educação permanente e no diálogo das equipes multidisciplinares nesse processo formativo cotidiano significa refletir sobre a convergência de saúde e educação na realidade dos territórios assistidos (MOROSINI *et al.*, 2018).

Ao refletir a inserção dos ACS no trabalho em saúde e nas propostas de atuação na AB, deve-se ter em mente os desafios que lhe são colocados. Ocorre, ainda, que a formação escolar do ACS é bastante heterogênea, incluindo desde profissionais com a escolaridade mínima exigida até profissionais de nível superior. É importante dialogar

sobre as complexidades e diversidades do trabalho desenvolvido por estes profissionais, e refletir em busca de possíveis caminhos necessários de qualificação, onde o foco seja uma educação em saúde possível em um cenário de esfacelamento do SUS.

A Educação Profissional em Saúde, no contexto de inovações tecnológicas e mudanças organizacionais do trabalho, sofre com o esvaziamento da produção de conhecimento baseado em um conjunto de saberes. Por via de um movimento técnico, com aspirações políticas-econômicas, é imposta a noção de competência aos trabalhadores no seu processo de qualificação. Este fenômeno está relacionado ao conceito de empregabilidade, sendo diretamente regulado pelo mercado. Posto isto, o trabalhador fica refém das competências adquiridas previamente para o exercício profissional e seu incessante processo de atualização. Ocorre, desta forma, uma despolitização das relações sociais de trabalho em favor de critérios técnicos e individuais, respondendo ao modo de produção capitalista (RAMOS, 2010).

Trazer para debate o ACS como educador para o URM é acreditar em uma experiência formativa ampla entre todos os indivíduos envolvidos no uso de medicamentos. Estabelecer um processo formativo permanente para os ACS, a partir de teorias, práticas e saberes coletivos oriundos da percepção de mundo das classes de trabalhadores, pode representar um caminho de formação diferente da preconizada atualmente.

No contexto de desenvolvimento desta dissertação, encontra-se em curso um projeto de formação técnica voltado para os ACS e os Agentes de Combate às Endemias (ACE). A análise dessa proposta formativa não foi objeto de análise deste estudo, mas pode-se destacar que a adoção da modalidade a distância é alvo de críticas, feita por aqueles que defendem que processos de formação profissional no campo da saúde devem ser feitos integralmente em modo presencial. Além disso, a não priorização das escolas técnicas do SUS (ETSUS) – instituições públicas que têm como missão a formação dos trabalhadores do SUS – também causa preocupação (GUIMARÃES, 2021).

3.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO EDUCADOR

Paulo Freire (1987, p. 43) destaca: “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”. A concepção hegemônica de educação, chamada pelo autor de “educação bancária”, representa um modelo que parte do pressuposto de que o indivíduo não tem conhecimento e, para

adquiri-lo, precisa seguir a concepção prescrita pela classe dominante. A ES com um sentido emancipatório precisa constituir-se em um espaço de diálogo para a compreensão da saúde como prática social, articulada com os movimentos sociais, respeitando o saber popular, com ênfase nos interesses da classe trabalhadora.

O MS define ES como o “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2006). As práticas de Educação em Saúde, numa perspectiva crítica e participativa, pressupõem o diálogo entre os usuários, profissionais e gestores da saúde. É um processo político pedagógico que envolve um movimento de reflexão e construção do pensamento crítico, com o propósito de catalisar ações transformadoras que conduzam indivíduos à sua autonomia e libertação, tornando-os capazes de criar, recriar e decidir sobre as questões de saúde relacionadas a si, a sua família e a comunidade a seu redor. É imprescindível compreender a sociedade e as concepções de mundo existentes nela para idealizar e organizar as práticas educativas no campo da saúde (MOROSINI *et al.*, 2008).

A ES é inerente ao trabalho em saúde, e, no ato de educar, a troca de experiências pode ser o fio condutor do esforço educativo compartilhado. O trabalhador reproduz uma comunicação resultante da conciliação entre seu conhecimento da área de saúde e a população que tem o objetivo de informar. Igualmente, a população relata um conhecimento assimilado em sua realidade e promove uma mediação através do diálogo com o profissional de saúde. O ACS é um trabalhador da AB com as condições propícias para fazer a mediação e a articulação entre os conhecimentos científicos e populares, a fim de auxiliar na construção de um cuidado que atenda às demandas específicas de um determinado território (MOROSINI *et al.*, 2008).

Ao considerar os ideais de universalidade, equidade e integralidade, essa práxis educativa do ACS desenha um caminho para a promoção da saúde no contexto da AB, imersos em um cenário de luta e persistência. É preciso fazer o percurso de ida e volta entre a interseção técnica e prática das ações desses profissionais, relacionadas ao uso de medicamentos, compreendendo como esse modelo dialógico de Educação em Saúde se desenvolve no cotidiano dos seus processos de trabalho. Para isso, a qualificação dos ACS precisa ser entendida como um processo social, com uma abordagem problematizadora e uma postura educacional crítica, contribuindo para as ações de saúde e a valorização de um trabalhador importante na dinâmica social do território (FONSECA, 2007).

A dimensão educativa do trabalho realizado pelos ACS tem gradualmente perdido

espaço no projeto de desconstrução do SUS, contribuindo para a dissociação dos eixos trabalho, educação e saúde (MOROSINI *et al.*, 2020a). O ACS, por ser um sujeito conectado ao contexto histórico, social e cultural do território, tem condições de articular ações potentes de politização. Seu escopo de atuação dialoga com a mobilização social e a organização dos moradores em relação aos problemas de saúde. Atualmente, mesmo com as ofensivas neoliberais de mercantilização da saúde – que promovem esvaziamento do enfoque de territorialização na APS, desdobrando-se na redução da importância dos ACS nas políticas públicas e na burocratização de suas ações –, os trabalhadores se organizam nas “pequenas políticas” para resistir contra as “grandes políticas” da burguesia na precariedade imposta pelo sistema do capital (NOGUEIRA, 2019).

A PNAB de 2017 simboliza o retrocesso do SUS e, concomitantemente, o crescimento da precarização do trabalho na AB, especialmente do ACS. Ao relativizar a cobertura, promove a indefinição do número de ACS, gerando cortes e comprometendo um conjunto de processos centrados na atuação desse trabalhador no território. Quando estabelece padrões essenciais e ampliados de serviços e reposiciona a Estratégia de Saúde da Família, incentiva outras formas de organização da AB, alterando as regras de composição das equipes, retirando a obrigatoriedade da presença dos ACS na equipe mínima, além da integração de suas atribuições com os ACE, com potenciais efeitos para a descaracterização do seu trabalho, o aumento de sua jornada e a diminuição de suas atividades de educação em saúde. Em suma, coloca em risco a presença desses trabalhadores na APS e as ações promotoras de integralidade por eles realizadas no território (MOROSINI *et al.*, 2018).

Ao longo de sua história no campo da saúde, por diferentes razões, os ACS demonstraram um senso de organização coletiva na luta pelos direitos trabalhistas. Logo, não causa espanto que o avanço de uma política privatista tenha como um de seus projetos a diluição dessa categoria profissional, distanciando do território um potente trabalho educativo que seja capaz de organizar e direcionar a um pensamento crítico.

As práticas educativas realizadas pelos ACS na AB apresentam um potencial transformador; ainda assim, estão imersas em serviços de saúde conservadores. Existem incoerências entre o discurso da importância educativa que o ACS representa na AB e as atividades de educação que realiza de fato no cotidiano. Podemos dizer que o dilema se encontra nas disputas ideológicas e políticas em torno deste profissional, uma vez que, embora seja um trabalhador de base comunitária, usuário do SUS, e logo identifique e vivencie as dificuldades que permeiam o serviço público, também fazem parte de uma

equipe de saúde multidisciplinar, muitas vezes não valorizados, reproduzindo de maneira controversa a divisão social do trabalho e as disputas de poder ao redor da assistência em saúde na AB (DAVID, 2011).

A escassez de práticas educativas na AB que tenham como perspectiva a construção de uma consciência social, política e sanitária nos indivíduos nos indica que é necessário problematizar as estratégias que podem ser utilizadas nas práticas conservadoras de ES desenvolvidas com os ACS, visando enfrentar as tendências do modelo de educação tradicional em saúde. As ações intrínsecas a esse modelo são verticais, baseadas em uma concepção tecnicista, biologicista e autoritária, de natureza informativa, que responsabilizam o indivíduo pelo seu processo saúde-doença. Possui como objetivo modificar hábitos de vida, interligando métodos pedagógicos e conhecimentos científicos para transformar comportamentos, tratando os indivíduos como incapazes de resolver questões relacionadas à sua saúde (ALVES & AERTS, 2011).

Para produzirmos mudanças na práxis dos ACS, é importante pensar sobre os conceitos de Educação que se associam ao cotidiano do SUS. As ações integradas de Educação e Saúde devem fomentar reflexão e aprendizado oriundos de pressupostos da percepção de mundo dos sujeitos que estão sendo educados. A educação é uma ferramenta para a transformação da saúde coletiva; todavia, necessitamos, enquanto profissionais de saúde, compreendê-la como um processo de mediação social, identificando possíveis alternativas de ações contra-hegemônicas. Promover a discussão sobre URM com os ACS na AB significa agregar conceitos e saberes coletivos para apoiar as ações de educação em saúde relacionadas ao uso de medicamentos. Ouvir a voz que ecoa das “classes subalternas” pode representar um caminho viável para superação de parte dos problemas na comunidade (VALLA, 1996).

A ES é intrínseca a todas as práticas desenvolvidas na AB, podendo constituir um movimento de crítica social no qual a participação popular é fundamental para um olhar transformador do território. No contato com os moradores, especialmente nas VD, o ACS é um educador em saúde, estabelecendo uma relação de proximidade que facilita a comunicação e as práticas educativas. Em um estudo realizado em 2015 e que contempla um inquérito nacional, cuja unidade de análise foram os ACS, as VD são realizadas frequentemente por 99,1% dos agentes, sendo que mais de 45% orientavam sobre serviço de saúde e entre 20% e 25% entregavam e orientavam o uso de medicamentos (NUNES *et al.*, 2018). A vivência e a escuta desses profissionais no território, compartilhadas com

a equipe de saúde, representam um potente diferencial no cuidado ao usuário. Segundo Morosini & Fonseca (2018, p. 264):

[...] Nesses encontros com os moradores, os ACS identificam situações de saúde, muitas vezes não manifestas como demandas, que só chegam a se expressar para o sistema de saúde pela atuação do ACS. Embora isso seja um objeto da crítica à medicalização promovida pela Estratégia de Saúde da Família, supomos que reduzir ou reverter essa possível medicalização depende do investimento em processos formativos que possam problematizar essa questão, bem como da preservação dos espaços de discussão do processo de trabalho das equipes.

As VD representam uma atividade que reafirma a potencialidade do trabalho do ACS, com papel estruturante da atenção realizada na AB; entretanto, atualmente, predominam no processo de trabalho dos ACS as atividades burocratizadas e de apoio, que tomam uma fração de tempo significativa de suas ações, resultando na diminuição das atividades educativas no território (MOROSINI *et al.*, 2018). Além das questões administrativas, não podemos negar as dificuldades e limitações que os ACS enfrentam no seu cotidiano com os usuários, quando se deparam com inúmeros desafios, inclusive relacionados ao uso de medicamentos. Não há uma fórmula mágica, nem soluções simples para situações complexas, mas é relevante pensar criticamente em ações de educação e suporte para esses profissionais. Identificar e discutir meios de ações educativas conjuntas entre o Farmacêutico e o ACS significa potencializar o URM e fortalecer o SUS.

O ACS desenvolve um “saber empírico” em sua vivência no interior do território, complementando o saber científico das equipes de saúde e impulsionando novos meios de atuação social. Esse trabalhador não deve se restringir às ações de solidariedade e saúde no contexto geral da população: através de práticas educativas, pode discutir com a comunidade a reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde. Tendo como ponto de partida o trabalho dos ACS, a rotina de suas atividades, em que o educar e o ser educado se vinculam ao cotidiano de suas ações e suas práticas exigem reflexão e ação, podemos afirmar que esse trabalhador desempenha um papel educativo em diversos momentos, principalmente quando executa atividades de prevenção e promoção em saúde (SAMUDIO *et al.*, 2017).

Definir o ACS como uma “ponte” com o território é desvalorizar o papel educativo desse trabalhador, precisamos pensar nesse profissional como um mediador de saberes, ou seja, um educador que, na práxis, pensa saúde de um modo ampliado, e desta maneira

pode incentivar a comunidade a pensar medicamento como instrumento terapêutico, não como mercadoria. Entretanto, deve-se problematizar a maneira como é feita a mediação pelo ACS, que pode assumir um caráter vertical de acordo com os interesses políticos e econômicos a que o serviço de saúde na AB está submetido, além das fragilidades de formação e pluralidade de atividades realizadas por esse profissional.

3.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Toda racionalidade e a linguagem pela qual se expressa os trabalhadores, por mais simples que sejam, são constituídas de conhecimentos baseados em uma concepção de mundo. Construir ações educativas de URM no território, por intermédio das VD realizadas por ACS, pode nos permitir captar e explicitar as formas de produção, movimento e apropriação do conhecimento na comunidade. Podemos dizer que as ações exercidas pelo ACS – e, conseqüentemente, o trabalho educativo que se dá no cotidiano – são parte importante para compreender, criticar e transformar a realidade concreta relacionada ao uso de medicamentos no território, aproximando a ciência e o senso comum para a construção compartilhada de conhecimento (SEMERARO, 2001).

Superar as relações de poder concretizadas através de discursos hegemônicos se faz possível quando avaliamos criticamente os saberes populares, seus valores e seus interesses, e convidamos a comunidade a refletir pelo prisma da classe trabalhadora. O ACS, enquanto educador e intelectual orgânico do território⁷, pode colaborar efetivamente na construção de uma consciência crítica, viabilizando maneiras de a comunidade refletir sobre o uso de medicamentos para além de contextos políticos que excluem os usuários da AB enquanto sujeitos. Nas palavras de Gramsci (1999, p. 97):

[...] Este é o núcleo sadio do senso comum, que poderia precisamente ser chamado de bom senso e que merece ser desenvolvido e transformado em algo unitário e coerente. Torna-se evidente, assim, porque não é possível a separação entre a chamada filosofia “científica”

⁷ Na definição de intelectual orgânico, o Dicionário Gramsciano lembra-nos que, em uma sociedade dividida em classes, os intelectuais são figuras centrais na construção da ideologia. Desse modo, não podemos menosprezar a historicidade no seu processo de formação. Nas palavras de Gramsci, “ao nascer de uma base originária de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria ao mesmo tempo, uma, ou mais camadas de intelectuais que lhe conferem homogeneidade e a consciência da própria função no campo econômico” de modo que “o empresário capitalista cria, junto consigo, o economista, o cientista da economia política”. Em uma sociedade capitalista, os intelectuais são servidores e agem como mediadores de suas respectivas classes, podendo representar o projeto de sociedade dessas (VOZA, 2017, p. 430).

e a filosofia “vulgar” e popular, que é apenas um conjunto desagregado de ideias e de opiniões.

Reconhecer a importância da atuação dos ACS, identificando suas fragilidades e potencialidades nesse processo, é um ponto estratégico para a conscientização da comunidade na promoção do URM. As práticas educativas devem contribuir para que os usuários possam refletir sobre as inúmeras dimensões que os medicamentos assumem em nossa sociedade. Cabe notar que esta pesquisa não tem a pretensão de disputar o trabalho do ACS para apoio ou complementação às ações relacionadas à Farmácia no território. Trata-se de convidar um trabalhador, com conhecimento e inserção diferenciados sobre o território e seus moradores, para dialogar sobre as questões relativas ao uso do medicamento e vislumbrar, de modo conjunto, possibilidades de intervenção acerca dos problemas identificados.

Dada a importância terapêutica do medicamento na prática da AB e dos recursos destinados à aquisição deste, é notória a relevância de profissionais que sejam capazes de sugerir e sinalizar medidas necessárias para o URM. Segundo Melo & Pauffero (2020), alguns dados corroboram a dimensão ocupada pelos medicamentos nos serviços de saúde e a necessidade de educação em saúde para promoção do seu uso correto, podendo destacar:

[...] Dos medicamentos produzidos em todo o mundo, 80% são consumidos nos países ricos, e no Brasil, 15% da população consomem aproximadamente 48% (MELO & PAUFFERO *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2012). Segundo a OMS, os gastos em saúde com medicamentos nos países em desenvolvimento equivalem a índices de 25% a 70%, enquanto que nos desenvolvidos esse percentual é de 15% (MELO & PAUFFERO *apud* FOELLMER *et al.*, 2010). Além disso, mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente e 50% de todos os pacientes não os utilizam corretamente (MELO & PAUFFERO *apud* DIAS, 2010). As consultas médicas geram de 50% a 70% de prescrição medicamentosa, os hospitais gastam de 15% a 20% de seus orçamentos com complicações produzidas pelo mau uso de fármacos. O Ministério da Saúde evidencia que a prescrição irracional pode causar gastos de 50 a 70% maiores do que os calculados para uma determinada população (MELO & PAUFFERO *apud* MARQUES, 2009). Em torno de 30% a 50% dos pacientes não utilizam medicamentos de acordo a prescrição devido à falta de informações sobre os mesmos (MELO & PAUFFERO *apud* CORRÊA, 2012).

Segundo a PNAB, é atribuição dos ACS o desenvolvimento de atividades que visem à promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, além da vigilância à saúde por meio das visitas domiciliares e de ações educativas no âmbito individual e coletivo,

que envolvam os domicílios e a comunidade (BRASIL, 2017).

Em 2006, o MS publicou a cartilha “O trabalho dos ACS na promoção do uso correto de medicamentos”. Ainda que divulgada há mais de uma década com objetivo de repassar a estes profissionais conhecimentos básicos acerca do tema, podemos citá-la como exemplo da discrepância entre a teoria e a prática, pois seguem escassos os estudos que investiguem o papel e a formação de ACS para promoção do URM. Incentivar e promover o URM é um dos inúmeros desafios do SUS, e, embora o MS perceba o ACS com potencial fomentador desta prática, estabelecendo em suas diretrizes a importância deste profissional para a promoção do uso correto de medicamentos, muitas lacunas se apresentam no cotidiano da AB. O uso de medicamentos está presente na rotina do ACS, e para compreender tal processo é necessário compreender as relações que se estabelecem entre agentes, usuários e equipe (BRASIL, 2006).

As complexidades do trabalho do ACS com pacientes em uso de medicamentos são descritas em um estudo qualiquantitativo desenvolvido em três unidades básicas de saúde em um município de Minas Gerais. Os resultados demonstraram que os ACS se relacionam constantemente com usuários que vivenciam problemas com o uso de medicamentos. Entre os principais problemas relatados ressaltaram-se a automedicação, a não adesão ao tratamento, o uso concomitante com alimentos/álcool e o descarte inadequado de medicamentos em excesso ou vencidos. É evidente nas falas dos ACS uma insegurança no momento de orientar os usuários. Alguns ACS citaram o Farmacêutico como profissional de referência no tocante ao uso de medicamentos, mas a procura pelos mesmos mostrou-se baixa pelos sujeitos do estudo (SOUSA *et al.*, 2018). Além disso, segundo a pesquisa:

[...] O Farmacêutico, mesmo participando da equipe de apoio matricial à equipe de saúde, é pouco demandado pelos ACS para sanar dúvidas ou realizar atendimento aos usuários de medicamentos. Torna-se necessária mudança na prática desse profissional, com foco no cuidado direto ao paciente, de forma que os demais profissionais passem a (re)conhecer seu potencial na redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Além disso, o estabelecimento de uma parceria efetiva entre a equipe de saúde, incluindo os ACS, e Farmacêutico pode contribuir para ações que melhorem os resultados da utilização de medicamentos pela população. (SOUSA *et al.*, 2018)

O Farmacêutico é um profissional que pode colaborar diretamente para o URM nas atividades que estão sob sua responsabilidade técnica, mas, para além desse contexto tecnicista do ciclo de AF, é capaz de ampliar a sua atuação nos serviços de educação e promoção à saúde. Esse trabalhador tem potencial para auxiliar em processos de cuidados

mais eficientes, enfrentando a medicalização social na AB de forma a contribuir para a prevenção de doenças, para a orientação quanto à adesão terapêutica e para o URM. Farmacêuticos, ACS e demais profissionais da ESF precisam pensar o URM como um processo de diálogo e reflexão permanente, uma discussão isenta de preconceitos, com objetivo de intervir nos problemas relacionados ao uso de medicamentos no território (MELO & PAUFERRO, 2020).

De uma maneira geral, as soluções propostas para minimizar este quadro devem passar pela educação e informação da população. A visita domiciliar é um espaço de trabalho de caráter educacional, assistencial e exploratório, promove a aproximação do ambiente social no qual os usuários vivem, facilita a compreensão da realidade no território – e, portanto, é um importante meio para os profissionais compreenderem suas funções no processo de transformação da realidade. Os princípios de integralidade, longitudinalidade e promoção da saúde, que orientam a assistência prestada pelos trabalhadores da ESF, embasam essa atividade na AB. As VD abrem caminho para a comunicação e diálogo entre saberes e práticas, valorizando a dimensão subjetiva das práticas em saúde (GOMES *et al.*, 2021).

Em um estudo a respeito do URM na ESF em Palmas, capital do estado do Tocantins, onde buscou-se analisar as ações dos ACS referentes à orientação quanto ao uso de medicamentos na comunidade, 88% dos ACS entrevistados afirmaram não ter realizado curso de capacitação específico sobre medicamentos, 75,5% consideraram não ter conhecimentos adequados e suficientes para dar orientações ou informações à população sobre medicamentos, 80,41% disseram que em nenhuma vez foram discutidos pela equipe os temas relacionados aos medicamentos que as famílias utilizavam e 90,20% sentiam necessidade dessa formação (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Em um município do Rio Grande do Sul, foi realizado um estudo transversal, quantitativo e descritivo, no que se refere às atitudes dos ACS acerca da orientação sobre o URM nas comunidades. Dentre os ACS entrevistados, 96,08% consideram importante a orientação das famílias sobre os medicamentos, mas 80,39% afirmam que precisam de treinamento contínuo para realizar essa atividade. Os ACS ainda referiram não ter conhecimentos suficientes para dar informações aos usuários sobre os medicamentos e sentem a necessidade de capacitação, uma vez que a maioria são questionados sobre essa temática semanalmente. Inserir o farmacêutico no desenvolvimento de ações de educação em saúde junto aos ACS, pode representar um caminho viável para que todos os profissionais da ESF desenvolvam segurança em atuar na promoção do URM nas

comunidades (SCALCO & AMADOR, 2021).

No tocante do URM, os ACS enfrentam grandes desafios no cotidiano de sua prática. Em estudo com o objetivo de avaliar o estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela ESF em município localizado no Sul do Brasil, dos domicílios visitados, 98,7% apresentavam pelo menos um medicamento estocado. Dos 533 lugares de guarda averiguados, 43,5% estavam expostos ao calor, 39,6% à umidade e 16,5% à luz. Dos 2.717 medicamentos encontrados, 6,9% estavam vencidos, 35,3% não estavam dentro da embalagem secundária (quando esta se aplica), em 37,3% das residências o estoque estava ao alcance de crianças e havia crianças residindo no domicílio (LASTE *et al.*, 2012).

Em contrapartida, em estudo exploratório realizado em três municípios do nordeste brasileiro, com o objetivo de descrever o papel do ACS no URM, foi possível concluir que, durante as VD, os ACS identificam situações de risco relacionadas ao uso de medicamentos e são frequentemente questionados pelos usuários sobre a farmacoterapia. Dos ACS participantes da pesquisa, 84% referiram não ter conhecimentos suficientes para dar informações sobre medicamentos. Além disso, segundo 75% dos entrevistados, não foram realizadas discussões acerca do uso de medicamentos nas reuniões da equipe de saúde e apenas 10% afirmaram ter recebido treinamento acerca desta temática, mas 94% dos ACS sentiam a necessidade de realizá-lo (MARQUES *et al.*, 2020).

Na prática da ESF, é notável, mesmo com a escassez de estudos sobre o tema, que o trabalho do ACS e a sua busca constante pela promoção e prevenção de agravos têm potencial para contribuir no que tange as práticas de saúde para a difusão e consolidação do URM; no entanto, se faz necessário problematizar a realidade. Os ACS reconhecem a importância das orientações para a comunidade sobre a farmacoterapia, porém encontram limitações para realizarem essas atividades no cotidiano e aprimorarem as intervenções de saúde. As informações fornecidas pelos ACS nas VD são capazes de ampliar a compreensão dos usuários no que diz respeito ao uso medicamentos e, conseqüentemente, minimizar as vulnerabilidades desse processo. Refletir sobre educação para o URM pelo olhar do ACS é um rumo para construir práticas educativas que pensem em saúde de um modo ampliado e almejem transformações no âmbito político, socioeconômico e cultural no território (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

O ACS é um educador do mundo, e seu espaço de ensino e aprendizagem é vasto. Ouvi-los pode proporcionar uma melhor compreensão da dinâmica do território e

desenvolvimento em conjunto de ações de ES com uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa. Na troca de experiências com os ACS, vislumbro meios de identificar os problemas referentes ao uso de medicamentos em Manguinhos, fomentar a discussão sobre os mesmos, ter uma atuação mais ampla enquanto Farmacêutica e, através do diálogo, convidar a população de Manguinhos a refletir sobre URM, e não apenas eleger o medicamento como a pílula mágica da salvação para as suas mazelas, contribuindo com os demais profissionais do CSEGSF para o enfrentamento dos problemas de saúde do território.

Entende-se também que qualquer trabalho voltado à atenção, prevenção ou promoção da saúde, baseado nos pressupostos da atenção integral, continuada e territorializada, precisa pensar e operar ações que levem em conta o trabalho em equipe, a multidisciplinaridade e a complementaridade dos saberes e práticas profissionais. Do mesmo modo, precisa estar atento às condições de vida e às relações sociais que caracterizam o território, assim como aos saberes e práticas de seus moradores.

É preciso fazer tais afirmações, uma vez que se atente para as fragilidades formativas e a regulação profissional recente dos ACS, que têm contribuído para a vulnerabilidade desses trabalhadores em relação às pautas, prioridades e urgências dos serviços e de outras categorias profissionais. Nesse sentido, as reflexões de caráter formativo que resultarem do projeto podem ser subsídios para complementar a formação técnica dos ACS, que precisa ser garantida e não pode ser substituída pelo somatório de iniciativas pontuais de capacitação.

4 CONTEXTO ATUAL E PANDEMIA DE COVID-19

4.1 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E FARMACÊUTICOS NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA

A Covid-19⁸ expôs de modo contundente as contradições existentes nas relações sociais submetidas à hegemonia do capital, em especial na sua versão neoliberal, redutora da face pública do Estado e das políticas sociais, com efeitos deletérios para os direitos sociais, dentre os quais, a saúde. A maneira como enfrentamos a pandemia e como os diferentes grupos sociais (nas classes e suas frações, raça e gênero) são impactados por ela estão diretamente relacionados ao arranjo estrutural do sistema vigente.

No Brasil, a soberania do mercado em detrimento da vida dos trabalhadores, reforçada pelas ações negacionistas do governo brasileiro (destaque para a divulgação do chamado Kit Covid), contribuíram para a construção de um quadro complexo de efeitos nocivos à vida, contrastante com a preservação de certo senso comum favorável aos interesses do capital. Isso se evidencia, por exemplo, na forma como o país tem respondido à pandemia, juntamente a uma crise econômica que já estava em andamento – a pandemia “apenas” traz uma determinação sanitária para uma crise capitalista anteriormente existente, acentuando as complexidades do Estado, que ultrapassam as questões do campo da saúde coletiva (GOUVÊA, 2020). O cenário pandêmico não é um problema para o capitalismo, desde que, conforme explica Harvey (2018), se mantenha uma quantidade de força de trabalho suficiente para extrair o valor, dando continuidade à acumulação de lucro, que é sua principal estratégia, aprofundando desigualdades e destruindo a vida da classe trabalhadora.

Cabe aqui explicitar a compreensão de Estado que orienta a discussão desenvolvida nesta dissertação. Entende-se o Estado capitalista como complexo e contraditório, um campo que expressa a luta de classes. Segundo Gramsci, o Estado é integrado pela sociedade política e pela sociedade civil, associando coerção e consenso, sendo a sociedade civil o ‘lugar’ privilegiado para a produção de vontades. A hegemonia

⁸ A Covid-19, doença causada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2, foi identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que a epidemia da COVID-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e, em 11 de março de 2020, uma pandemia (OPAS, 2020). Representa um dos maiores desafios sanitários em escala mundial, impondo aos sistemas de saúde ajustes às necessidades desse cenário.

burguesa se realiza como processo no qual se articulam as dinâmicas de produção de adesão e consenso com os mecanismos coercitivos (DANTAS & PRONKO, 2018). Isso significa reiterar o poder do Estado como um elemento de dominação de classe, uma unidade política das classes dominantes.

O insucesso das experiências internacionais de combate à pandemia de Covid-19, com ações centradas no cuidado hospitalar, alarmou para a exigência de uma conduta diferenciada de atuação dos serviços de saúde. A AB, com suas equipes de ESF, seu enfoque territorial e abordagem comunitária, se apresentou como uma alternativa potente e primordial para o enfrentamento da crise sanitária. As ações de vigilância em saúde nos territórios e atenção aos usuários com Covid-19, o suporte social a grupos vulneráveis e a continuidade das ações das linhas de cuidado são exemplos de atividades realizadas pela ESF, que fez com que essa rede de atenção adquirisse o protagonismo no combate ao vírus (MEDINA *et al.*, 2020).

Contudo, não podemos deixar de problematizar o contexto atual no qual a AB está inserida. A revisão da PNAB 2017 trouxe elementos que reforçam a subtração de direitos e contribuem para o desmonte da AB, que vinha se construindo a partir dos princípios do SUS. Seus efeitos já destacados – como a relativização da cobertura; a segmentação do cuidado; o reposicionamento da ESF e a fragilização da coordenação nacional no pacto federativo (MOROSINI *et al.*, 2018) – representam obstáculos para uma atuação adequada dos profissionais de saúde no enfrentamento da Covid-19 pela AB.

No município do RJ, considerando a “reorganização” da AB promovida na gestão Crivella – com demissão de profissionais e redução de equipes de ESF, pautada pela relativização da cobertura amparada pela PNAB de 2017 – ocorreu um impacto na centralidade das ações da APS, o que implicou negativamente no acompanhamento dos usuários. No contexto da pandemia, os trabalhadores da saúde foram extremamente afetados. Apesar da diminuição da cobertura do território, a sobrecarga de trabalho permaneceu, pois o número de profissionais foi reduzido e a população adscrita aumentou, além do comprometimento das condições de saúde e a exposição física, relacionadas à maior suscetibilidade de contaminação. O desmonte do SUS não é desumano somente com a população atendida, mas igualmente com os profissionais que nele atuam (O'DWYER *et al.*, 2020).

A integralidade e a longitudinalidade do cuidado são primordiais no contexto pandêmico. A capilaridade das ações da AB impulsiona o combate à Covid-19. O fortalecimento da vigilância epidemiológica, a divulgação de informações sobre o vírus,

o incentivo às medidas de prevenção, o acompanhamento dos casos suspeitos e leves tornam a AB um importante pilar de enfrentamento à emergência sanitária. Mesmo com as suas fragilidades como porta de entrada do SUS, demonstra de forma incontestável sua relevância na atenção à saúde, bem como seus limites, resultantes da precarização imposta (DAUMAS *et al.*, 2020).

O que foi denominado de “reorganização da APS” traduziu-se em impacto financeiro – e, por consequência, eliminação de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e NASF. Conforme demonstra O’Dwyer *et al.* (2019), mediante um estudo de caráter exploratório e descritivo com ênfase na APS, houve redução expressiva no número de ACS no município entre os anos de 2016 e 2018. Os autores indicam uma queda de 2,4% entre 2016 e 2017, correspondendo à redução de 6.803 ACS para 6.642 nesse período. Em 2018, a quantidade de profissionais foi reduzida para 5.935, representando uma diferença importante de 10,4% entre 2017 e 2018. Em relação à dispensação de medicamentos na APS, observou-se que o percentual médio de medicamentos essenciais dispensados cujo estoque ficou zerado foi de 27,5%, 43,2% e 25,5% em 2016, 2017 e 2018, respectivamente. O número de medicamentos com estoque mensal zerado variou de 13 a 94, de um total de 175, em 2016. Em 2017, variou de 9 a 125, e, em 2018, de 26 a 63.

A pandemia reacendeu o debate da precarização das relações de trabalho dos ACS na AB, promovido pelo retrocesso das políticas públicas. Quando suas novas atribuições atendem a uma lógica gerencial na ESF, fortalece o papel de ponte entre comunidade e serviço, ao mesmo tempo em que enfraquece as práticas educativas e de mobilização social, tão importantes para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, porém substituída por indicadores de produtividade e resultado.

A atuação do ACS é de suma relevância na organização das estratégias da AB na linha de frente da pandemia de Covid-19. O conhecimento sobre as limitações e as potências do território e a proximidade com a comunidade são diferenciais importantes para a organização das estratégias de combate à Covid-19. A participação em ações de vigilância em saúde, suporte a grupos vulneráveis e continuidade das ações de promoção, prevenção de agravos e provisão de cuidados na AB são potentes atividades no contexto pandêmico. No entanto, refletir sobre sua atuação nesse momento implica, simultaneamente, pensar na reorientação do modelo da AB e o lugar a ele atribuído no sistema de saúde (ABRASCO, 2020).

Frente ao novo cenário imposto pela pandemia, o MS, por meio da Secretaria de

Atenção Primária à Saúde, estabeleceu um manual de recomendações para adequação das ações dos ACS frente à atual situação epidemiológica referente à Covid-19. Dentre inúmeras atividades apontadas, podemos destacar: orientar a população quanto às medidas de prevenção, ensinar as pessoas a identificar os sinais e sintomas, auxiliar a equipe na identificação de casos suspeitos e no monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, realizar busca ativa de novos casos suspeitos de síndrome gripal na comunidade, organizar o fluxo de acolhimento de modo a evitar aglomeração e auxiliar as atividades de campanha de vacinação (BRASIL, 2020).

Os territórios em que os ACS atuam são habitualmente marcados por transição demográfica acelerada, situação epidemiológica de alta prevalência de doenças infecciosas, predominância de usuários com condições crônicas de saúde, além de diversos determinantes sociais, como a violência e falta de saneamento básico. Esse cenário teve sua complexidade acentuada pela pandemia, colocando ainda mais pressão na organização dos processos de trabalho na AB e em seus trabalhadores, imersos nas vulnerabilidades e subjetividades impostas pelas OS. As dificuldades enfrentadas pelos ACS em ‘tempos normais’ na ESF foram agravadas pelos problemas trazidos pelo contexto pandêmico.

As práticas educativas dos profissionais da AB foram atravessadas por discursos e práticas de lideranças políticas, em especial do Presidente da República, frequentemente expostos na mídia. Conviveu-se com discursos negacionistas e autoritários, inação e negligência, sustentados pelo aparato estatal, colecionando declarações que: 1) subestimaram a gravidade da doença; 2) minimizaram os óbitos, exaltando o número de recuperados como algo positivo; 3) ridicularizaram o uso de medidas de proteção, como as máscaras; 4) defenderam tratamentos comprovadamente ineficazes, por exemplo, o kit de tratamento precoce, com cloroquina, azitromicina e ivermectina; 5) negaram a importância da vacina; 6) associaram as medidas de isolamento ao agravamento da crise econômica; e, por fim, 7) desprezaram a falta de políticas públicas para auxiliar as populações mais vulneráveis e menosprezaram o sofrimento e o luto de milhares de brasileiros. Esse discurso político contou com o apoio de parte da categoria médica, o que dificultou ainda mais a sua contraposição.

Algumas demandas despontaram no SUS com o reconhecimento da pandemia, resultando na obrigatoriedade de reconfiguração dos processos operativos, revisão dos fluxos assistenciais e incorporação de novos procedimentos de trabalho na AB. Isso não seria diferente para as atividades de AF, em especial para o Farmacêutico, que

desempenha papel fundamental no compartilhamento de saberes relacionados ao URM, e para o qual informar e educar a equipe de ESF, os gestores dos serviços de saúde e os usuários é uma obrigatoriedade técnica e uma função social. Para tanto, deve basear-se em informações oficiais e evidências científicas, especialmente no que diz respeito às pesquisas na área de desenvolvimento de medicamentos e de vacinas para a Covid-19 (CFF, 2020).

Em um panorama pandêmico, com incertezas que ainda envolvem o uso de medicamentos, a divulgação de informações em prol do URM se faz mais necessária do que nunca. O negacionismo é um dos principais eixos da política de condução da pandemia pelo governo de Bolsonaro. Não nos propomos a pontuar os incontáveis discursos falsos ou distorcidos em relação à pandemia, mas sim evidenciar, brevemente, as tentativas de educação do consenso em torno do kit de tratamento precoce difundido pelo presidente, que dificulta a atuação dos Farmacêuticos e demais profissionais na ponta da AB, principalmente em relação às medidas de prevenção da Covid-19.

Desde o início da pandemia, muitos medicamentos já utilizados em outras doenças foram sugeridos como possibilidades terapêuticas contra a Covid-19, entre eles a cloroquina e a hidroxicloroquina, seu derivado, a ivermectina, a nitazoxanida, o remdesivir e a azitromicina. Todavia, até o presente momento, não há evidências científicas que respaldem o uso dessas substâncias na prevenção ou tratamento da Covid-19, ainda que a postura adotada pelo governo brasileiro tenha sido estimular a utilização dos medicamentos. Protocolos do MS ainda vigentes incluem estes medicamentos como indicação para o manejo clínico das diversas fases de evolução da doença. A defesa do “Kit Covid” transformou-se em símbolo do viés político no combate à pandemia no país (SANTOS-PINTO *et al.*, 2021).

O Kit Covid combina estratégias negacionistas de grupos capitaneados por alguns políticos, jornalistas, religiosos, médicos e cientistas associados à extrema direita e alinhados à lógica neoliberal. Podemos dizer que tal kit representa: 1) o projeto de poder de Bolsonaro, apoiado no conservadorismo e no desapontamento das massas com os governos recentes; 2) a mídia, que segue a cartilha conservadora do presidente; 3) a base evangélica do governo, que tem sua pauta moralista e econômica apoiada no âmbito político e, por isso, propaga tais ideologias nas igrejas; 4) o senso comum, que elege o médico como inatingível, desconsiderando que a medicina, apesar de originalmente não ter nascido subordinada ao capital, desenvolve-se em suas contradições, e por vezes rende-se a ela; e, por fim, 6) os pseudocientistas e os cientistas que, baseados em suas

convicções políticas, defendem uma visão obscurantista de ciência e reproduzem nas suas ações a lógica mercantil – especialmente, da indústria farmacêutica.

Uma pesquisa do CFF comparou as vendas de medicamentos e suplementos alimentares, de janeiro a março de 2019, com as de 2020, mostrando um aumento de 68% nas vendas de hidroxicloroquina nesse período. Em decorrência desse aumento, foram observados escassez e aumento de preço do medicamento nas farmácias, prejudicando pacientes que dele dependiam para outras condições crônicas de saúde (CFF, 2020). Segundo outro estudo do CFF, a venda de ivermectina no Brasil apresentou crescimento de 557% entre 2019 e 2020, com mais de 8 milhões de caixas vendidas somente no mês de junho de 2020 (CFF, 2021). Ficam evidentes os interesses que estão em jogo e a situação em que se encontra o Farmacêutico de linha crítica, que, em meio a um cenário de tensões políticas-sanitárias, deve atuar incansavelmente nas ações educativas de URM.

Uma pesquisa realizada pela Fiocruz abordou as percepções dos profissionais que atuam na linha de frente da Covid-19, no que diz respeito às *fake news* propagadas ao longo desta pandemia. Segundo os dados, 90% dos profissionais de saúde admitiram que as falsas notícias são, sim, um verdadeiro obstáculo no combate ao vírus. No atendimento, 76% relataram que o paciente tinha algum tipo de crença referente às *fake news*, como a adoção de medicamentos ineficazes para prevenção e tratamento. A porcentagem expressiva de 70% dos trabalhadores discorda que os posicionamentos das autoridades sanitárias sobre a Covid-19 têm sido consistentes e esclarecedores (FIOCRUZ, 2021). Podemos afirmar que o presidente brasileiro coloca sua agenda política à frente das prioridades sanitárias do país e da saúde do trabalhador que nele vive quando expõe os indivíduos a riscos inconcebíveis relacionados ao uso não racional destes medicamentos.

O obstáculo da pandemia não é exclusivamente o Kit Covid e o negacionismo de Bolsonaro e seus apoiadores em seu enfrentamento, mas o contexto histórico e social no qual eles se inserem. A nossa realidade pandêmica não provocou a crise que vivenciamos, apenas escancara a urgência que a classe dominante tem para conter a crise já em curso a qualquer custo, e o papel do Estado na organização da classe dominante e na desorganização dos dominados, conforme explicado por Poulantzas (1980). É preciso reconhecer o desafio posto, é primordial o diálogo, porém, não basta apenas divulgar que o Kit Covid não é eficaz: é necessário defender a ciência com argumentos que se aproximem da realidade das periferias.

Nesse contexto, abordar o URM se faz ainda mais urgente, sobretudo pela AB, nível de atenção onde incide a maior parte do acesso dos casos leves e moderados da

doença. Diante desse cenário de crise sócio-sanitária, os desafios para a promoção do URM se complexificam. Esta dissertação tornou-se ainda mais necessária, seguindo na aposta na interdisciplinaridade e na potencialidade do trabalho educativo para buscar meios de enfrentar um cenário tão perverso, com fatores econômicos, políticos e culturais.

A reorganização da APS para o combate ao coronavírus não pode significar descontinuidade dos cuidados de doenças prevalentes no território. A crise sanitária, que ainda está em curso e promove situações críticas, precisa estimular um movimento em defesa do SUS, para que situações emergenciais não interfiram sobre o cuidado prestado pela AB no território. No entanto, o que tem se visto são profissionais da ESF desamparados pelos gestores diante do processo de apropriação e reconstrução da recém adquirida atividade laboral. Desse modo, seu próprio cuidado e as ações de promoção da saúde no enfrentamento da Covid-19 na comunidade ficam fragilizadas.

O diálogo com a população sobre suas demandas e a importância de fomentar a participação social e o engajamento comunitário tornam-se fundamentais no combate à emergência sanitária. Muitos desafios invadiram os processos de trabalho no cotidiano da AB, que realmente precisou reinventar seu modo de atuação para o novo cenário que foi imposto, readequando os fluxos assistenciais para todos os profissionais envolvidos no cuidado ao usuário. Segundo Maciel *et al.* (2021), o enfrentamento da Covid-19, para além de novas formas de comportamento social, a adequação e o desenvolvimento de estratégias e metodologias de trabalho, acometeu especialmente a atuação dos ACS. De acordo com os autores, para que o ACS continue desenvolvendo suas atividades, deve-se garantir condições dignas de trabalho, capacitação e educação permanente.

Dados divulgados pela Fiocruz no primeiro boletim da pesquisa “Monitoramento da Saúde dos ACS em tempos de Covid-19” – desenvolvido com objetivo principal de analisar os impactos da covid-19 na saúde do ACS, bem como as condições trabalho e de formação profissional ofertadas a eles no momento da pandemia – retratam que 47,1% dos agentes apresentaram alguma comorbidade relacionada à Covid-19, como problemas cardíacos e obesidade. Ainda, dos ACS que receberam máscaras cirúrgicas para o trabalho, 39,3% afirmaram não receber o equipamento em quantidade suficiente, e 45,3% disseram que a qualidade é insatisfatória. Ressalta-se ainda que 96,1% dos ACS relataram sofrimento relacionado ao contexto da pandemia no período. Os sinais mais frequentes indicados foram a insônia (50,4%), seguida pela tristeza (49,3%) e pela angústia (45,4%). O estudo aponta que 45,1% dos agentes vivenciaram a morte por Covid-19 de pacientes

que acompanhavam ou outras pessoas com as quais mantinham vínculos pessoais (FIOCRUZ, 2020).

Esse conjunto de questões apresenta que os ACS se juntam a um grupo de trabalhadores que estão à frente no combate ao coronavírus, que estão expostos a riscos elevados para a sua saúde no que se refere às implicações econômicas e sociais negativas ampliadas pela crise sanitária. A atuação dos profissionais de saúde envolvidos no enfrentamento da Covid-19 não se restringe ao conhecimento técnico-científico: envolve também sentimentos e sensações. A pandemia lança sobre esses profissionais o desafio de lidar com uma doença, até então desconhecida, em meio a um SUS precarizado. A sobrecarga física e mental, a falta de equipamentos de proteção individual, as condições ruins de infraestrutura, a baixa remuneração e a ausência de estabilidade profissional são situações crônicas, porém agudizadas neste cenário pandêmico. Na tentativa de conter o avanço do vírus, os profissionais sofrem com a aceleração do seu processo de adoecimento (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

De acordo com os resultados da pesquisa “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19”, realizada pela Fiocruz em todo o território nacional, a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% desses trabalhadores. Com medo da contaminação e da morte iminente, submetidos a gestões de serviços de saúde caracterizadas pelo risco de subtração a sua cidadania (perdas dos direitos trabalhistas, terceirizações, desemprego, perda de renda, salários baixos, gastos extras com compras de EPIs, transporte alternativo e alimentação), seguem resistindo marcados pela dor, sofrimento, além de sobrecarregados e com fortes sinais de esgotamento físico e mental (FIOCRUZ, 2020).

O estudo aponta ainda que as alterações mais comuns citadas pelos profissionais em seu cotidiano foram perturbação do sono (15,8%), irritabilidade/choro frequente/distúrbios em geral (13,6%), incapacidade de relaxar/estresse (11,7%), dificuldade de concentração ou pensamento lento (9,2%), perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia (9,1%), sensação negativa do futuro/pensamento negativo e/ou suicida (8,3%) e alteração no apetite/alteração do peso (8,1%). Os dados revelam, ainda, que quase 50% admitiram excesso de trabalho ao longo desta crise mundial de saúde, com jornadas para além das 40 horas semanais, e um elevado percentual (45%) necessita de mais de um emprego para sobreviver. É importante registrar ainda que cerca de 25% deles foram infectados pela Covid-19 (FIOCRUZ, 2020).

O enfrentamento à pandemia só tem sido possível por meio do SUS com capacidade de atuar na transmissão, no cuidado e na vigilância. Nesse contexto, uma AB forte tem um papel destacado a desempenhar, mobilizando uma atuação intersetorial, pois uma crise sanitária dessa proporção gera prejuízos sociais, muitas vezes não relacionados de modo direto à saúde, mas que claramente têm repercussão sobre ela, porque afetam as condições de vida do território. A universalidade, a integralidade e a equidade, princípios históricos do SUS e da AB, mostram a sua importância diante da necessidade de restringir desigualdades e vulnerabilidades, balizados pela compreensão ampliada de saúde.

4.2 A REESTRUTURAÇÃO DO CSEGSF PARA A SOBREVIVÊNCIA NO CONTEXTO PANDÊMICO

A pandemia devasta Manguinhos. O cenário é cruel, tanto para os usuários, quanto para os profissionais que nele atuam, e muitas vezes também residem, afinal, somos todos trabalhadores. Fica evidente o impacto que a pandemia trouxe para a AB; não foi diferente no CSEGSF, e a unidade precisou se reinventar. Diversas ações foram desenvolvidas na tentativa de reorganizar e estruturar um atendimento digno para os usuários e um serviço possível para os profissionais. De um modo geral, entre as mudanças no eixo operacional referentes à estrutura e à organização, podemos citar:

- Atendimento às rotinas e linhas de cuidados prioritárias, com suspensão de parte das rotinas;
- Atendimento à demanda espontânea, com escuta qualificada e maior resolutividade na resposta às necessidades da população;
- Implantação do fluxo de atendimento para usuários com sintomas respiratórios, encaminhados para uma “equipe Covid” composta por profissionais de diversas categorias, separando os fluxos com distanciamento e biossegurança para proteção de usuários e profissionais;
- Imunização contra a Covid-19, mantendo as imunizações de rotina, com locais separados e distantes da vacinação Covid, ambos espaços com recomendações de distanciamento entre os usuários em fila e medidas de prevenção;
- Visitas Domiciliares realizadas aos usuários mais vulneráveis, discutindo com a equipe sobre os riscos e benefícios de exposição do paciente;
- Atendimento em Saúde Bucal realizados apenas nos casos de urgência, sem

procedimentos geradores de aerossóis, encaminhando os casos mais complexos para rede especializada;

- Procedimentos de Enfermagem, realizando curativos complexos, administração de medicamentos e rotinas da linha de cuidado, mantendo os padrões de biossegurança;
- Atividades Laboratoriais, mantendo a rotina de exames, porém com avaliação prévia e critérios de prioridade discutidos em reuniões;
- Serviço de Farmácia, atuando no controle do fluxo de entrada dos usuários, separação de guichês para atendimento de prescrição de sintomáticos respiratórios em parceria com os ACS, e instalação de uma Farmácia Satélite para diminuir o tempo de espera de atendimento dos sintomáticos respiratórios em dias de superlotação;
- Vigilância, monitorando os casos de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave;
- Educação permanente, realizando treinamentos para coleta do *swab* de naso e orofaringe, além do teste rápido imunológico e treinamentos de profissionais da saúde para uso correto do EPI (paramentação e desparamentação);
- Reuniões diárias para manejo clínico da Covid-19; e
- Escala semanal de profissionais de saúde de diversas categorias para atendimento na “equipe Covid”, linhas de cuidado e imunização.

No CSEGSF, um elevado número de profissionais de saúde portadores de comorbidades foram afastados mediante decreto municipal, seguindo as recomendações da OMS. Embora tal medida tenha priorizado a segurança dos trabalhadores com maior vulnerabilidade, sem substituição, teve como ônus a fragilização da oferta de serviços e a sobrecarga das equipes pela redução do número de profissionais disponíveis para dividir as escalas. Aos profissionais que permaneceram no serviço, manteve-se a atenção quanto ao possível surgimento de sintomas, com afastamento e realização de exame sempre que indicado.

Vivenciamos dias difíceis, quase impossíveis. Escolhemos a AB porque acreditamos na prevenção e na promoção à saúde. Escolhemos estar em Manguinhos, ver gente nascer e crescer, entrar nas casas das pessoas, pisar no território, dialogar com a comunidade, e tudo isso nos foi roubado sem que tivéssemos tempo para compreender o que estava acontecendo. Fomos obrigados a reagir em meio ao caos, nos reinventar enquanto profissionais, enfrentar o desconhecido, sobreviver ao sofrimento, presenciar

usuários morrerem aos nossos pés, correr para auxiliar uns aos outros, entrar em ambulâncias sem hora para voltar, entre muitas outras coisas.

Nós do CSEGSF, diante do sofrimento, resgatamos o verdadeiro sentido da coletividade, o sentido do trabalho multidisciplinar que a lógica mercantil tenta anular a todo momento. Estendi a mão para o colega sentado no chão e o levantei, pois este sucumbia ao cansaço e ao desespero depois da tentativa em vão de salvar o nosso usuário; o mesmo colega abraçou a outra que chorava por não acreditar naquela cena; recebi um aperto no ombro de outra colega que tentava entender como aquela situação poderia ser resolvida, afinal, não somos emergência, e sendo assim, as pessoas não morriam ali; essa colega foi acolhida por outra, e juntos fomos em busca de respostas.

Juntos, informamos a família; juntos, ajudamos a preparar o corpo; juntos, acendemos a lanterna de nossos celulares para o corpo sair da unidade, pois a parte externa do CSEGSF onde os atendimentos de Covid-19 são realizados não tinha iluminação suficiente naquele momento; e, juntos, preparamos a sala para o dia seguinte, afinal, o atendimento precisava continuar. Preparamo-nos para ir embora depois de quatro horas do fim de nosso expediente, mas antes de irmos juntos, ouvimos da família: “que bom que temos vocês, nosso pai morreu com dignidade, e isso não tem preço, nós vimos que vocês fizeram o possível”.

O silêncio tomou conta do ambiente. Esse episódio foi o início de algo que não tínhamos ideia da proporção que alcançaria. A luta, que já era árdua, seria desafiadora e sacrificante, mas, juntos, decidimos continuar, porque juntos somos potência e, juntos, vamos combater não só o coronavírus, mas também a necropolítica que está em curso e aprofunda ainda mais as desigualdades sociais no território de Manguinhos. Não podemos desistir, por eles e por nós.

O processo de reorganização no âmbito da AB para enfrentamento da Covid-19, contou com o envolvimento dos profissionais de diversas categorias e promoveu a redefinição de diversas ações e serviços no campo de trabalho. Pôde-se perceber que a ação de reorganização dos fluxos de trabalho desencadeou a identificação de outras ações necessárias. Esse processo mostrou novas possibilidades de atuação, assim como evidenciou desafios a serem enfrentados.

5 USO DO MEDICAMENTO NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS: ACS E FARMACÊUTICOS POTENCIALIZANDO O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

5.1 OPÇÕES METODOLÓGICAS

O aparato teórico-metodológico escolhido para orientar essa pesquisa baseia-se nos referenciais críticos de perspectiva marxista. Segundo Netto (2011), o método materialista histórico-dialético, construído por Marx, tem como característica “a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa; pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa” (*Ibidem*, 2011, p. 21). Para compreender a totalidade do objeto de estudo, é necessário um ponto de partida concreto (material), compreender o contexto no qual o objeto está inserido, estando sujeito a transformações (histórico) e os inúmeros acontecimentos que o atravessam, podendo estes estarem imersos em contradições (dialético) (NETTO, 2011).

A abordagem escolhida para esta pesquisa é qualitativa. Segundo Minayo (2014), uma abordagem qualitativa permite o conhecimento da história, das relações, das crenças, das representações, das percepções e das opiniões engendradas pelos homens em sociedade, possibilitando identificar o que sentem, como vivem e pensam. É bastante utilizada em grupos segmentados e delimitados, com a finalidade de desvendar as histórias sociais conforme a visão dos entrevistados, além de direcionar a análise de documentos e discursos. Conforme destaca a autora, “caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo em estudo” (*Ibidem*, 2014, p. 57). O desenvolvimento deste trabalho comporta o período de junho de 2020 a abril de 2022.

Inicialmente, para desenvolvimento da pesquisa, foi realizado o levantamento bibliográfico acerca do tema do estudo nos portais de pesquisas e bases de dados (Google Scholar; SciELO; Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações; Descritores em Ciências da Saúde; Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed), utilizando para a busca as palavras-chaves: Reforma Sanitária Brasileira, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica, Uso Racional de Medicamentos, Agente Comunitário de Saúde, Educação em Saúde. Em um segundo momento, após a seleção dos trabalhos que apresentaram temáticas alinhadas aos objetivos da pesquisa proposta,

foi realizada uma leitura dos resumos e, quando pertinente, dos trabalhos na íntegra, para selecionar aqueles que se relacionavam com esta pesquisa.

Para investigar a situação do URM no território de Manguinhos, colocou-se ênfase no diálogo com os ACS, por sua inserção particularmente diferenciada no território e pelas relações de maior proximidade que tem com os moradores locais. Apoiando-se na abordagem qualitativa, como meio que permite refletir sobre as histórias sociais de acordo com a perspectiva dos entrevistados, investiu-se na possibilidade anunciada por Minayo (2014, p. 57) de se “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referente a grupos particulares” e de se construir “novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”.

A técnica escolhida para o diálogo com os ACS foi a entrevista semiestruturada. De acordo com Minayo (2014), esse tipo de entrevista segue um roteiro e expressa as questões de maneira direta, com intenção de atender os objetivos da pesquisa. No entanto, a autora ressalta que essa técnica permite, através do diálogo, uma proximidade com os entrevistados, possibilitando alguma liberdade de interação conforme almejado.

Considerando essa direção e as limitações impostas pelo tempo regulamentar de conclusão da dissertação, optou-se por entrevistar os ACS que atuam no CSEGSF, na comunidade de Manguinhos, devido à trajetória pessoal, acadêmica e profissional da pesquisadora ter sido construída nesse território. Levou-se em conta que há uma acessibilidade maior aos ACS deste território por existir um contato prévio, estabelecido no processo de trabalho na unidade. Além disso, deseja-se que a pesquisa de mestrado subsidie posteriormente a construção de projetos de atuação conjunta entre a pesquisadora (Farmacêutica da unidade) e os ACS no desenvolvimento do URM em Manguinhos.

Os critérios para a escolha dos sujeitos das entrevistas foram, no primeiro momento: 1) serem Agentes Comunitários de Saúde; 2) trabalharem no território de Manguinhos, vinculados ao CSEGSF; e 3) estarem pelo menos há um ano atuando na ESF no referido território. Dadas as circunstâncias de um contexto pandêmico, as entrevistas foram realizadas dentro dos critérios de biossegurança, com todos os equipamentos de proteção individual necessários, e priorizando sempre a proteção individual dos ACS e da pesquisadora, que atuam diariamente na linha de frente da Covid-19 nas equipes de APS no território de Manguinhos. Delimitou-se um número de 10 ACS, tendo em vista o tempo para a análise do material e a referida pandemia, levando também em consideração que, nesse contexto, um número elevado de dados pode agregar prejuízo na qualidade das análises.

Em um segundo momento, uma vez delimitado o total de 10 ACS, definiu-se entrevistar um ACS por equipe da ESF do CSEGSF⁹, dobrando o número de ACS entrevistados nas três equipes que se destacam de acordo com a maior população cadastrada, tendo o maior número de usuários idosos, hipertensos e diabéticos. Para definir os ACS entrevistados foram seguidos os critérios: 1) os ACS com maior tempo de experiência na função; 2) terem atuado na pandemia de Covid-19 sem afastamento por comorbidade; e 3) apresentarem com maior frequência dúvidas relacionadas ao medicamento no Serviço de Farmácia.

5.1.1 Caracterização dos Entrevistados

Os dados que caracterizam os participantes da pesquisa foram coletados por meio da parte objetiva do roteiro de entrevistas (ANEXO III) e estão organizados na Tabela 1. Para a preservação da identidade das entrevistadas, adotou-se a codificação composta pelas iniciais ‘ACS’, seguidas por um número ordinal, em ordem crescente, de acordo com a ocorrência das entrevistas.

Conforme os critérios previamente definidos, todos os entrevistados são trabalhadores da ESF do município do RJ, inseridos no CSEGSF em Manginhos, e atuam como ACS há mais de onze anos nesse território. A totalidade de ACS entrevistadas é constituída por profissionais do gênero feminino e adultas, com idade superior a 33 anos. Essas informações confirmam os resultados de pesquisas que tratam do perfil social desse trabalhador, como apontado por Pinto (2015).

⁹ O CSEGSF conta com sete equipes da ESF. Atualmente totaliza 39 ACS em atividade, que se dividem entre as equipes Aconchego, Amizade, Fortaleza, Fraternidade, Harmonia, Serenidade e Vida. Pelos dados obtidos, e seguindo os critérios de escolha previamente estabelecidos, as equipes Fortaleza, Harmonia e Vida tiveram o número de ACS dobrado na entrevista.

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados

Identificação	Idade	Sexo de Nascimento	Gênero	Escolaridade	Anos de atuação no território	Nº de famílias atendidas
ACS 01	49	M	F	Ensino Médio	17	287
ACS 02	56	M	F	Ensino Médio (Técnico em Secretariado)	11	230
ACS 03	44	M	F	Superior Incompleto (Serviço Social)	16	259
ACS 04	38	M	F	Ensino Médio	16	230
ACS 05	46	M	F	Pós- Graduação Completa (Saúde Pública, Saúde da Família e Segurança do Trabalhador)	11	226
ACS 06	53	M	F	Ensino Médio (Técnico em Contabilidade) / Técnico em Formação de ACS	17	260
ACS 07	33	M	F	Superior Completo (Administração de Empresas)	11	255
ACS 08	46	M	F	Ensino Médio (Técnico de Enfermagem)	12	204
ACS 09	38	M	F	Superior Completo (Enfermagem)	17	279
ACS 10	36	M	F	Ensino Médio	10	120

Fonte: Elaboração própria (2022)

O predomínio de mulheres não é exclusividade da categoria de ACS, sendo comum a outras profissões do campo da saúde, conforme informa o CONASEMS (2020), tanto em atividades de gestão, quanto de cuidado. Particularmente em relação às ACS,

nota-se a relação com o papel socialmente construído e difundido da mulher como cuidadora, como principal figura responsável pelo cuidado, tanto na família, quanto na comunidade. Outro aspecto é a possibilidade de inserção dessas trabalhadoras no mercado e, conseqüentemente, aumento da renda familiar sem necessidade de afastamento da comunidade onde reside. Tal fato permite o gerenciamento das atividades domésticas e cuidado com os filhos, o que reitera o quanto a ideologia de gênero atravessa o trabalho remunerado feminino (BARBOSA *et al.*, 2012; DURÃO, 2021).

As ACS encontram-se inseridas nas contradições existentes entre as políticas neoliberais de focalização da pobreza e a expectativa de consolidação do SUS no que se refere à APS. O Estado, que diminui progressivamente a aplicação de recursos nas políticas sociais, contrata mulheres da comunidade como estratégia para minimizar as desigualdades sociais do território do qual também fazem parte. No entanto, a universalização do direito à saúde não existe sem a participação popular; sendo assim, as ACS surgem como mediadoras desse processo entre os serviços e a comunidade. A atuação profissional das ACS é recortada por questões de classe, gênero e raça, ganhando no território características de extensão do trabalho doméstico (DURÃO, 2021).

Nesse movimento, a inserção do trabalho feminino na esfera pública demandou o aumento da escolarização, tanto por anseio das trabalhadoras, quanto por parte do Estado, a partir da necessidade de as ACS incorporarem novos conhecimentos e orientarem os usuários sob sua responsabilidade. A escolarização das ACS se mostra como um aspecto que vem se modificando com o passar dos anos desse trabalhador no SUS. Por serem profissionais de origem comunitária, vislumbram melhores condições de vida e de trabalho, porém, tal processo não é garantia dessas melhorias. A escolarização torna-se relevante porque é socialmente reconhecida para o progresso social e profissional, contudo, a formação desse trabalhador tem sido notada pela precariedade e descontinuidade (MOTA & DAVID, 2010).

Tal fato está relacionado tanto com as características da política de AB e os requisitos estabelecidos para o ACS desenvolver suas funções, como também com as adversidades na implementação da formação técnica completa da categoria, segundo orientações do Referencial Curricular para o Curso Técnico de ACS (BRASIL, 2004b), conforme discute Morosini (2010). Quanto às ACS participantes desta pesquisa, observa-se como nível de escolaridade predominante, o Ensino Médio. Destaca-se ainda uma ACS com Pós- Graduação, três ACS com Ensino Superior Completo e apenas uma ACS com Técnico em Formação de ACS.

5.2 O PROCESSO DA ENTREVISTA

A entrevista foi realizada com base em um roteiro semiestruturado, com uma parte mais objetiva relativa ao perfil dos entrevistados e uma segunda parte, com questões mais abertas, abrangendo assuntos tais como: os problemas relacionados aos medicamentos encontrados pelos ACS nas VD, a percepção da lógica de atuação dos ACS no território – principalmente no que diz respeito ao uso de medicamentos – e a concepção de URM dos ACS. O processo de entrevista iniciou-se após a leitura e assinatura, pelo participante, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I), que contém as informações acerca da pesquisa e os direitos dos entrevistados. Além disso, foi gravada e salva em um disco rígido (HD), pertencente e de acesso exclusivo à pesquisadora. O armazenamento das entrevistas e o seu manuseio para análise adotaram as medidas necessárias para garantir o anonimato e a integridade dos participantes.

Entendendo que a pesquisa de campo deve favorecer a relação entre o entrevistador e o entrevistado para melhor apreender os dados coletados e conseguir a presença dos 10 ACS selecionados, optou-se pela realização das entrevistas no CSEGSF da ENSP/Fiocruz, onde os entrevistados e a pesquisadora atuam. Tal opção de realizar as entrevistas no local de trabalho dos envolvidos foi primordial para a continuidade da pesquisa, uma vez que a pandemia diminuiu consideravelmente o número de profissionais em exercício presencial de suas funções. A permissão para realizar as entrevistas na unidade de saúde foi concedida após a submissão do projeto desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV e ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2021, e a ordem dos entrevistados ocorreu conforme a disponibilidade dos profissionais.

Vale ressaltar a disponibilidade, a flexibilidade e o suporte do CSEGSF, dos seus serviços e seus profissionais, para o desenvolvimento desta pesquisa de mestrado, num contexto de sobrecarga de trabalho, intensificação e desgaste físico e emocional provocados pelo esforço de enfrentamento da COVID-19.

5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Após a finalização das entrevistas, houve sistematização e organização dos dados. As entrevistas foram transcritas e lidas, e os dados qualitativos descritos, analisados e

interpretados com o objetivo de compreender os elementos das falas dos ACS, considerando o contexto sócio-histórico em que estão inseridos e atuando, e em diálogo com as referências bibliográficas que sustentam esta dissertação.

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados de maneira a aproximar-se da perspectiva da análise de conteúdo de Bardin. Entende-se por análise de conteúdo:

[...] Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2009, p. 44)

O processo proposto por Bardin desenvolve-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e, por fim, a inferência e a interpretação. Segundo Minayo (2014, p. 303), a análise de conteúdo “diz respeito à técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos específicos e científicos”.

As entrevistas foram ouvidas, transcritas e lidas pela pesquisadora, permitindo assim obter uma primeira abordagem sistemática das falas ou pré-análise, que consistiu em rever as perguntas do roteiro e as respostas dos entrevistados, destacando as questões mais relevantes em relação às perguntas norteadoras do estudo. Na sequência, procurou-se destacar e agrupar as principais questões apresentadas pelos profissionais, identificando os temas em relação aos objetivos da pesquisa.

Isso possibilitou o segundo passo, que consistiu em salientar, classificar, agregar e categorizar trechos da entrevista transcrita, que apresentamos neste capítulo, classificando categorias e subcategorias, conectando os temas selecionados com as indicações das falas dos entrevistados (Tabela 2). Todas as categorias e subcategorias passaram a ser verificadas com o objetivo de se extrair o conteúdo e a significância das falas.

As categorias construídas correspondem aos quatro grandes temas tratados nas entrevistas e podem ser assim descritas:

1. **Lógica de atuação do ACS no território** – apresentação das tarefas executadas pelos ACS e o significado atribuído ao papel que desenvolvem na unidade de saúde;
2. **Percepção sobre o uso de medicamentos no território de Manguinhos** – apresentação dos problemas, dificuldades e dúvidas referente ao uso de medicamentos

no território, destacados pelos ACS;

3. **Percepção da AF pelo ACS** – apresentação das opiniões dos ACS em relação ao SF e à atuação dos Farmacêuticos;
4. **Percepção do trabalho multidisciplinar relacionado ao URM na unidade** – apresentação das percepções e possibilidades apresentadas pelos ACS sobre a integração do Serviço de Farmácia com as equipes de ESF.

Essas categorias desdobraram-se em subcategorias que orientaram o destaque dos fragmentos de texto (Unidades de Registro) que indicam como as subcategorias se manifestam nas falas das ACS. Pretendeu-se identificar os fragmentos relacionados às seguintes subcategorias:

- 1. Tarefas executadas pelos ACS/Significado atribuído pelos ACS ao papel desenvolvidos na unidade de saúde**
- 2. Problemas/Dificuldades/Dúvidas**
- 3. Serviço de Farmácia/Farmacêutico**
- 4. Ações multidisciplinares relacionadas ao URM na unidade**

Tratou-se como Unidade de Contexto os fragmentos do texto que englobam a unidade de registro e que, assim sendo, contextualizam a respectiva unidade de registro no decorrer da entrevista. Por intermédio dos dados obtidos pela análise de conteúdo, buscou-se construir as inferências e interpretações em relação aos objetivos previstos na pesquisa, dialogando com os autores sobre os temas encontrados.

5.3.1 Lógica de atuação do ACS no território

A área de Manguinhos, onde está situado o campo deste estudo, está localizada na zona Norte do Rio de Janeiro, às margens da Baía de Guanabara, ocupada ao longo do século XX por moradias populares que se instalaram em razão de ações individuais e coletivas, ou por meio de políticas públicas habitacionais resultantes de uma realidade que contrastava o descaso do Estado e a luta dos moradores. O território de Manguinhos é bastante heterogêneo e singular; apresenta especificidades que interligam origens, caminhos, perfis diferenciados e construções sociais organizadas historicamente, em conformidade com os determinantes políticos, econômicos e sociais (FERNANDES & COSTA, 2012).

Ao percorrer a área sob responsabilidade do CSEGSF, campo de estudo desta pesquisa, podemos observar as desigualdades socioeconômicas que acabam anunciando as condições diferenciadas de saúde da comunidade. Acompanhando o trabalho das ACS, é possível identificar as diferenças, sobretudo econômicas, entre as áreas atendidas pelo serviço. As áreas especificadas como as mais problemáticas em termos de saúde pelas ACS correspondem às áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica do território.



Fonte: Coordenação de Área Programática

A complexidade e as diversidades do território ficam evidenciadas nas narrativas das entrevistadas quando questionadas sobre a vulnerabilidade da área de atuação. Conforme descrito em suas falas:

Tem saneamento básico. Não é tão vulnerável, não... tem algumas famílias, assim, que é vulnerável, mas em vista de outras áreas é uma área mais tranquila. Nós não temos, graças a Deus, incursão de polícia, não temos problemas com tráfico, existe aquele “usuáriozinho”, que é da área, isso e aquilo, mas não temos o poder paralelo atuando na área. (ACS 06)

Ela é asfaltada, ela tem luz elétrica, são casas de alvenaria, alguns com revestimento, na sua maioria não tem, é de tijolo, mas são todas com luz, com água encanada, com esgotos tudo tampadinho. Ela é uma área boa, relativamente boa para o que é a comunidade. É uma área que não

tem assim riscos nesse sentido, tem outros riscos, né, de vulnerabilidade por tráfico, por droga. Mas o saneamento, nesta parte que eu atuo, tem um bom saneamento. Agora, é uma comunidade misturada, a minha microárea, é uma microárea que não tem esgoto a céu aberto, mas em outra área da nossa equipe, nós temos uma área que tem esgoto a céu aberto. Você tem características diferentes. (ACS 05)

É porque eu penso na Vila Turismo como todo, junto com a Serenidade, como entro na área dos barracos é uma área bem vulnerável. (ACS 10)

O CSEGSF e a comunidade de Manguinhos, antes da implantação da ESF, já produziam experiências conjuntas, o que potencializa a sua importância enquanto unidade de saúde, tendo sido responsável pelo acompanhamento de diversas gerações de moradores deste bairro, englobando as atuais ACS, que já eram usuárias do serviço. Embora seja uma unidade de AB diferenciada, devido ao suporte de recursos humanos e infraestrutura da ENSP/FIOCRUZ, as ACS do CSEGSF não estão livres do paradoxo de sua profissão, que, enquanto almejam aos ideais da RSB de universalidade e de equidade no acesso e integralidade do cuidado, convivem com os ajustes racionalizantes, de caráter neoliberal das políticas econômicas e sociais.

Consoante ao que já foi salientado anteriormente nesta dissertação, percebe-se que as diversas mudanças de concepção nas políticas em torno da AB condicionam o modelo de atenção no qual o ACS deixa de ocupar uma posição relevante e estratégica. Seu escopo de atividades vai se transformando de um modo tal que sua atuação profissional perde a singularidade constituída historicamente. Sua jornada de trabalho inclina-se para as atividades burocráticas, visando atender o alcance de metas tecnicistas dos serviços e da gestão, associadas à redução de recursos e ao desfinanciamento da AB. Há sobrecarga dessas atividades e subtração de tempo para as atividades educativas e de acompanhamento das condições de saúde da população (FONSECA & MOROSINI, 2021). As palavras das entrevistadas confirmam essa tendência:

Eu sinto falta... Eu sinto muita falta de como era, sabe, e a impressão que eu tenho é que não vai ser mais como antes sabe, assim, pelo... pelo andar da carruagem, por conta das políticas que têm sido desenvolvidas, sabe, eu fico pensando assim que a gente está indo de mal a pior. A gente era muito presente, sabe, eu lembro que a gente teve uma capacitação com os idosos lá na área, com hipertensos e diabéticos, um sobre medicação e tudo mais, e assim, você vê tudo isso, sabe, assim, nossa... é triste demais. Agora, me desmotiva, mas ao mesmo tempo, me dá força porque eu posso fazer alguma coisa diferente. Na minha pouca força eu sei que eu posso influenciar e mexer. Às vezes eu falo com o paciente assim “gente, você não tem noção, a gente dá nó em pingo d’água, não reclama, não reclama”, porque saiu, mas é porque a gente tá com afinco, a gente vai para um, vai para outra, conversa com

a médica, a médica conversa com não sei quem, é assim, é uma loucura. (ACS 09)

A gente foi tentar conversar sobre ir ao território. Eu sou uma de correr atrás, cobrei e falei que a partir de agora não cobro mais, porque infelizmente a gente é taxado como: não quer trabalhar, que só sabe reclamar, dessa forma. Enfim, eu só tô esperando a cobrança depois que vai vir, desses meses que a gente não tá dando conta do território. Somos cobrados por meta, o município cobra. (ACS 07)

Então, é um exemplo, a gente tem a questão de ter aquela meta, né?, que tem que cobrir, agora eu esqueci até porcentagem, que esse tempo de pandemia a gente ficou sem cobrir nada. Antes, assim, a gente batia no sistema, por bater, alcançava assim a meta, mas se fosse verdadeiramente com qualidade, seria menos, porque como a produção com qualidade demora, porque eu entro, eu escuto e converso e muitas pessoas conversa bastante. Então, às vezes, como queria número, me perguntavam "e aí, tem médico amanhã?" "Posso ir lá amanhã?" "Posso ir que horas?", eu já botava uma produção, mas se fosse contar pela qualidade, é menos porque é demorado, entendeu? Não adianta me liberar pra ir lá pro território, "vai lá fazer isso", entregar o SISREG e voltar, para cobrir o serviço, porque não vai funcionar. (ACS 10)

É possível notar nas falas das entrevistadas o estranhamento em relação ao que se transformou o seu trabalho e o sofrimento que este pode produzir no trabalhador. A potência do trabalho do ACS é inegável, mas as adversidades enfrentadas no dia a dia despertam no trabalhador o sentimento de apatia, mas também de resistência, ainda que nem sempre organizada. As críticas e demandas dos trabalhadores têm pouco espaço de escuta, e seu movimento organizado tem focado principalmente nas questões salariais.

É importante lembrar que o trabalho na comunidade é medular na história dos ACS. O progresso do gerencialismo nas políticas públicas induz práticas de saúde individuais em oposição às práticas coletivas e favorece o modelo de atenção biomédico centrado. Desse modo, favorece a descaracterização das atribuições dos ACS, das ações coletivas e comunitárias. A instituição de metas para a assistência da população, que englobam os contratos entre o poder público e as OS que gerenciam o trabalho na ESF, relaciona-se com o avanço da lógica do mercado no setor da saúde; isso se associa diretamente com o processo de reestruturação produtiva que produz efeitos de precarização social (NOGUEIRA, 2019). A fala desta ACS destaca a percepção do afastamento em relação ao território:

O nosso trabalho, de agente, não é interno, é externo, né? Na rua, na comunidade, na casa. E agora o nosso trabalho está sendo mais interno, e os pacientes eles reclamam e questionam, porque quase não nos ver na área, aí eu falo "vocês não tão vendo a gente porque o nosso trabalho tá sendo, a nossa escala tá sendo interna, o nosso trabalho tá sendo interno", então a gente fica mais dentro da unidade do que praticamente

na comunidade. (ACS 03)

O ACS humaniza o serviço, é um colaborador fundamental para que o serviço de saúde compreenda como o usuário vive, sofre e quais são as alternativas de intervenção multidisciplinar para melhorar as condições de vida da população. Entretanto, a sua retirada ou a sua menor presença no território incide justamente sobre essa capacidade de conhecer e compreender as relações que se estabelecem no território e que contribuem para a configuração do sofrimento e dos meios para o seu enfrentamento e superação, conforme indicam estudos de Morosini e Fonseca (2018).

O processo de precarização social do trabalho que ocorre no país se manifesta igualmente nas particularidades do trabalho dos ACS. A burocratização de suas atividades e a concentração de suas funções dentro das unidades dificultam ou por vezes impedem a realização de VD, considerada uma ação basilar no seu escopo de atuação. Com a pandemia de Covid-19, uma atividade que já estava sofrendo as consequências do modelo gerencial do município se fez nula no campo de estudo, tendo um impacto nas ações de educação em saúde e prevenção das doenças no território.

O contexto árduo da pandemia no Brasil tem posto em destaque não apenas a complexidade das desigualdades sociais, mas também a capacidade de resposta do SUS. Houve a necessidade de reorganização dos processos de trabalho e dos fluxos assistenciais na AB; tal cenário não foi diferente no CSEGSF, conforme destacado anteriormente e descrito na tabela da próxima página.

Tabela 2 – Rotina de atividades dos ACS no CSEGSF no contexto atual

Sobre o Trabalho dos ACS			
Identificação	Rotina	VD antes da pandemia	VD na pandemia
ACS 01	Acolhimento, Porta de Entrada, Tenda Covid, Vacina, Farmácia Covid.	08 Turnos (14/dia)	0 (Todos os turnos no CSEGSF)
ACS 02	Acolhimento, Alimentar o sistema, Busca Ativa.	08 Turnos (14/dia)	0 (Todos os turnos no CSEGSF)
ACS 03	Realizar Cadastro, Entregar Sisreg, Busca Ativa, Triagem, Acolhimento, Vacina, Vigilância, Equipe Covid.	08 Turnos (12/dia)	0 (Todos os turnos no CSEGSF)
ACS 04	Entregar Sisreg, Busca Ativa, Acolhimento, Vacina, Vigilância, Farmácia Covid, Equipe Covid, Teleatendimento, VD.	08 Turnos (12/dia)	02 Turnos (Entrega de Sisreg)
ACS 05	Acolhimento, Tenda Covid, Porta de Entrada, Vacina, Acompanhamento de Grupos Prioritários, Farmácia Covid.	08 Turnos (12/dia)	Pouco (Entrega de Sisreg)
ACS 06	Acolhimento, Vacina, VD, Burocracia.	08 Turnos (12/dia)	Pouco, apenas extremamente necessário
ACS 07	Escala Covid, Burocracia, VD, Triagem.	08 Turnos (12/dia)	Pouco, apenas com muita insistência
ACS 08	Escala Covid, Acolhimento, Vacina, Vigilância.	06 Turnos	Abandonamos o Território
ACS 09	Acolhimento, Porta de Entrada, Vacina, Equipe Covid.	08 Turnos	0 (Todos os turnos no CSE)
ACS 10	Acolhimento, Entrega de Sisreg, Vacina, Equipe Covid, VD.	Muitas (Não estabeleceu porcentagem de turnos)	Diminuiu muito, apenas atividades burocráticas.

Fonte: Elaboração própria (2022).

Nessa conjuntura, a atuação dos ACS extrapola as urgências de saúde que já existiam no território, passando a abarcar as novas demandas que surgem a partir da crise

sanitária. Estes trabalhadores simbolizam parte expressiva da linha de frente do combate ao coronavírus na AB e são articuladores importantes na prevenção e no controle da pandemia. A capilaridade que o ACS possui no território pode auxiliar o desenvolvimento de novas formas de comportamento social, a adequação e o desenvolvimento de estratégias e metodologias de trabalho. Essa reestruturação da APS para o enfrentamento da Covid-19 conviveu com o risco de descontinuidade de outros cuidados prevalentes no território, o que é especialmente grave em cenários fragilizados e com vulnerabilidades, como alertam Maciel *et al.* (2020).

Em sintonia com Gomes *et al.* (2021), compreendemos as VD como oportunidades essenciais para diagnóstico situacional das vulnerabilidades, pois permitem identificar usuários em extrema pobreza, insegurança alimentar, fragilizados e necessitando de assistência domiciliar. Se pautadas pelos princípios da integralidade, longitudinalidade, promoção da saúde e continuidade na prestação da assistência, podem cumprir um papel fundamental na construção da APS integral.

Sendo assim, considerando o caráter estratégico das VD realizadas pelos ACS, concordamos com aqueles que defendem que os ACS, salvo aqueles inseridos nos grupos de risco e respeitando-se as medidas de prevenção contra Covid-19, devem permanecer realizando as VD, seguindo as medidas de proteção adequadas. Conforme destacam Morosini e Fonseca (2018) e Fonseca e Morosini (2021), trata-se de importante estratégia para informar, fazer busca ativa de suspeitos e acompanhamento de casos, que contribui para preservar a inserção dos trabalhadores de saúde na comunidade e valorizar a dimensão subjetiva das práticas em saúde.

Entretanto, a realidade vivenciada pelos trabalhadores da AB no contexto da pandemia de Covid-19 tendeu a reforçar as distorções que vinham sendo produzidas. Reforçou-se o efeito negativo para as diretrizes primordiais do trabalho dos ACS, sobretudo voltadas à ES, à promoção da saúde, principalmente pela não realização de VD. Renunciou-se a uma ação estratégica na organização da APS, que poderia ter contribuído para um papel mais efetivo da AB no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Nas falas das ACS entrevistadas fica explícito o incômodo pela suspensão da VD ou a sua redução a ações burocráticas.

A gestão faz uma escala. Isso, e assim, é feito por semana, então você já tá ali, já preso pela semana. Diz que a prefeitura agora tá mudando, né? E aí agora, a gente tá também cobrando, porque os paciente cobra da gente, né? Então a gente tem que cobrar de alguém. E aí a gente está cobrando a ela [gestão], porque a gente tem que fazer visita, né? (ACS 02)

Hoje o ACS fica na sala de espera, hoje o ACS fica no acolhimento, vacina de Covid, na vacina de influenza, na porta de entrada, na porta da tenda do Covid, no telefone, nos cadernos e menos no território. E aí fica essa briga, e a gente tá falando que tá perdendo a população. Perdendo o controle da população, porque eles estão adoecendo e morrendo de outra coisa que não é seja o Covid, porque não existe só o Covid. Então nós não estamos acompanhando gestante direito, criança direito, diabético, hipertenso. Eu já perdi, só nesse último mês, quase seis pacientes, assim todos diabéticos e hipertensos, que não estavam tendo acompanhamento, porque não vinham à unidade com medo de contrair Covid. Então só vinham pegar a receita, só estavam renovando e renovando receitas, deixando de lado cuidado, surgiram outras doenças, outros problemas e outras complicações e acabaram falecendo. (ACS 05)

Na pandemia a gente tem entregado Sisreg de 20 minutos, ou às vezes só entregou e “assina aqui o livro de protocolo, a sua consulta é em tal lugar, tal hora. Tá tudo bem? E acabou.” Entendeu? Agora a gente está dentro da unidade com um turno ou dois no máximo para VD. (ACS 04)

AS VD fortalecem características fundamentais da AB como a garantia da integralidade e cuidado centrado no usuário e sua família. Nessa perspectiva, as ações educativas nas VD podem fortalecer o URM por meio do diálogo dos profissionais com os usuários, possibilitando a melhor compreensão das dimensões subjetivas que envolvem o uso inadequado no território, com ações não baseadas exclusivamente em informações técnicas. No campo da saúde pública, tem se evidenciado a importância da prevenção de doenças e cuidados básicos de saúde, contudo, pouco tem sido realizado quando o assunto é a informação sobre o uso de medicamentos.

5.3.2 Percepção sobre o uso de medicamentos no território de Manguinhos

É nesse contexto que entendemos que os ACS podem desempenhar um papel importante na detecção de problemas referentes ao uso de medicamentos no território e em sua prevenção. Por esse motivo, buscou-se dialogar com as ACS no sentido de identificar na comunidade as situações de risco em relação ao uso de medicamentos. Buscou-se também vislumbrar possibilidades de transformação, por meio de ações educativas, de caráter individual e coletivo, para a melhoria da situação investigada, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida no território.

Sobre este tema, verificou-se que, conforme mostra a tabela da próxima página, a maioria das ACS entrevistadas desenvolvem atividades relacionadas a medicamentos e

encontraram problemas quanto ao uso de medicamentos nas VD.

Segundo as ACS entrevistadas, em relação ao uso de medicamentos, os usuários compram medicamentos sem prescrição médica com facilidade nas farmácias comerciais, baseados na orientação de vizinhos/familiares, ou ainda através de informações adquiridas nas mídias; administram os medicamentos de maneira incorreta; armazenam medicamentos de modo inadequado; utilizam medicamentos vencidos; além das dificuldades em relação às embalagens dos laboratórios. A pouca instrução e os problemas relativos à idade são identificados como facilitadores da confusão feita pelas pessoas com as medicações com as quais lidam. Essas questões se destacam nas seguintes falas das ACS:

A maioria confunde os medicamentos durante o uso, a maioria, geralmente as pessoas de mais idade, ou que não têm instrução, ou escolaridade menor. (ACS 10)

E tem isso, a facilidade também de ter essas farmácias dentro da comunidade, eles não pedem receita, isso também facilita muito, sempre tem, “ah, eu tava assim, a minha vizinha falou que é bom, fui lá e tomei”, tem, isso tem.... acontece bastante... “Então meu irmão toma um medicamento só pra pressão, eu só vou tomar um também...”, “Ah, mas a minha amiga tava com dor, ela falou que tomou para coluna e se deu bem, então... comprei”. (ACS 07)

E outra, toda vez que vocês mudam – vocês, não, né? O fornecedor, vamos dizer assim, muda a embalagem da medicação ou muda a cor do comprimido, isso faz confusão na cabeça deles. Além da medicação vencida, que eles misturam tudo, não se atenta a isso muitos, e vencido, assim, de muito tempo. Outro, toma a medicação errada porque como muitos não sabem ler e escrever, ou têm pouca visão, vamos dizer assim, tem também esse detalhe, confundem, né?, e toma medicação errada. Em vez de tomar um, toma dois, ou então não toma. (ACS 03)

Tabela 3 – Sobre os problemas relacionados ao uso de medicamentos

Identificação	Atividades relacionadas ao medicamento	Principais problemas identificados durante as VD
ACS 01	SIM	Armazenamento, Automedicação, Administração Incorreta, Falta de adesão ao tratamento, Compra de medicamento sem prescrição médica.
ACS 02	NÃO (Surgem durante a VD)	Armazenamento, Automedicação, Administração Incorreta, Compra de medicamento sem prescrição médica, Excesso de medicamento em casa.

ACS 03	SIM	Automedicação, Administração Incorreta, Falta de adesão ao tratamento, Medicamento Vencido.
ACS 04	SIM	Automedicação, Armazenamento, Administração Incorreta, Medicamento Vencido.
ACS 05	SIM	Automedicação, Armazenamento, Administração Incorreta, Falta de adesão ao tratamento, Uso do medicamento para esquecer das dificuldades da vida.
ACS 06	SIM	Armazenamento, Automedicação, Administração Incorreta, Compra de medicamento sem prescrição médica, Excesso de medicamento em casa.
ACS 07	SIM	Automedicação, Administração Incorreta, Compra de medicamento sem prescrição médica, Falta de adesão ao tratamento, Entender a saúde como ausência de doença.
ACS 08	SIM	Automedicação, Administração Incorreta, Compra de medicamento sem prescrição médica, Falta de adesão ao tratamento.
ACS 09	SIM	Automedicação, Armazenamento, Administração Incorreta, Falta de adesão ao tratamento.
ACS 10	SIM	Automedicação, Administração Incorreta, Compra de medicamento sem prescrição médica, Falta de adesão ao tratamento.

Fonte: Elaboração própria (2022).

Estudos desenvolvidos por outros autores sobre o trabalho do ACS na promoção do uso correto de medicamentos apresentaram resultados semelhantes ao deste trabalho. Segundo Guimarães *et al.* (2017), foi possível observar que os principais problemas ligados ao uso de medicamentos identificados pelos ACS, em um município no norte do Brasil, durante as visitas domiciliares foram: uso do medicamento em horário errado (83,74%), automedicação (45,93%) e usuários tomando medicamento em dosagem diferente da prescrita (41,87%). Também apontaram: medicamento armazenado em local inadequado (36,99%), armazenado com validade vencida (32,93%) e usuários tomando medicamento diferente do prescrito (32,52%).

Sobre a automedicação, considerada um problema pelas ACS nas VD, cabe comentar que, apesar dos avanços, ainda perduram dificuldades de acesso aos serviços de

AB, o que constitui um fator importante para a disseminação do uso incorreto dos medicamentos. Em um estudo exploratório descritivo, com objetivo de analisar a prevalência de automedicação entre usuários de unidades de AB em uma cidade brasileira, observou-se que 83% dos entrevistados praticavam automedicação; destes, 34% praticam mensalmente. As principais justificativas para essa prática foram: dificuldade de acesso aos serviços de saúde (50%), razões financeiras (28%) e falta de tempo (22%). A maioria (55%) afirmou ter pouco ou nenhum conhecimento sobre o significado da automedicação (KRAMER *et al.*, 2020). Cabe refletir sobre como está se dando o acesso ao CSEGSF, considerando que barreiras ao acesso se estabelecem não somente quanto à chegada da pessoa na unidade, mas quanto ao atendimento oportuno, compreensivo, abrangente e continuado das necessidades de saúde da população.

Soma-se a essa circunstância a veiculação massiva de propagandas de medicamentos isentos de prescrição na mídia e a presença de inúmeras farmácias comerciais no território. Deve-se considerar também que, historicamente, problemas de caráter social são reduzidos a sintomas que poderiam ser resolvidos com o uso de medicamentos. O restabelecimento da capacidade de trabalho, o controle de problemas psicoafetivos e de desempenho escolar, entre outros, são motivos de busca por medicação que encontram espaço para realização no acesso facilitado aos medicamentos, mas também na prática de profissionais de saúde, educação etc. A automedicação está relacionada com ideias e práticas que circulam livremente no território, como destacam as falas a seguir:

Eu tenho esse exemplo da mídia na minha casa. A minha mãe já toma várias medicações. E aí ela via na internet, ela via no YouTube alguma coisa que ela acha bom, ela vai lá e compra. (ACS 08)

Facilidade da farmácia de Manguinhos, comprar Diazepam sem receita. Eles ficam tomando “é porque eu não tô conseguindo dormir”, “mas porque o senhor não vai na consulta e não conversa com a médica?”, “Não, mas eu ligo para farmácia eles entregam, não preciso da receita”. (ACS 01)

É porque assim, é muito difícil, a realidade deles aqui é muito difícil, muito difícil. É fácil falar para quem tá fora da favela, né, que você tem uma oportunidade. Então eu acho que muitos deles também buscam numa medicação um alívio para essa dor, para essa pobreza, para essa fome, para essa tristeza. Você imagina: você não tem um teto direito, você não ter o que dar para o seu filho, você apanha todos os dias de um marido etilista. Então assim, são muitos pontos fortes que fazem com que o usuário queira se automedicar, eu acho que para ele seria um alívio daquilo que ele tá passando, eu acho que a medicação pra ele entra para tirar essa dor que ele sente e na verdade ele não tá tirando a

dor, ele tá colocando mais um problema, que é a dependência química da medicação. (ACS 05)

Mas acontece, assim, tipo assim, “ai, eu creio que Deus vai me curar e eu parei de tomar” ou então “ah, agora eu tô fazendo a dieta e eu não vou tomar”. (ACS 09)

Em decorrência da automedicação, tratamentos mais complexos e onerosos podem ser demandados; é uma prática perigosa porque pode ocultar alguns sintomas da doença, aumentar o risco de reações adversas e intoxicações, promover interações medicamentosas; além disso, no caso dos antibióticos, pode aumentar a resistência a microrganismos e, no que diz respeito a medicamentos psicotrópicos e entorpecentes, causar dependência e até morte. A ACS está ciente disso e lida com as consequências da automedicação junto às pessoas que acompanha, apesar das suas tentativas de evitar o problema:

Tinha uma senhora, ela já também já morreu, cansei de marcar consulta para ela, e ela falava assim: “Minha filha não precisa não, só preciso do meu captopril, eu tomo e fico bem”. Essa mulher infartou, ficou de cama. Falei com ela “se a senhora tivesse ido às consultas, tantas vezes que eu marquei para a senhora, poderia ter evitado isso”. (ACS 06)

Dentre alguns mecanismos da engrenagem mercantil da indústria farmacêutica para difundir o uso de medicamentos, a mídia é um destaque. A democratização da informação, por intermédio da evolução dos meios de comunicação, é algo relevante para a sociedade, porém, também serviu para influenciar e difundir padrões sociais, elaborar novos costumes e construir consenso em torno dos interesses da classe dominante. Afinal, Marx e Engels há muito afirmaram que, em uma sociedade, em qualquer tempo, as ideias dominantes são as ideias da classe dominante (MARX & ENGELS, 2007).

A ideologia representa um instrumento de consenso, que, através de aparelhos privados de hegemonia, atua na propagação da lógica capitalista no território. A família, a igreja, a mídia, a escola e a política são só alguns exemplos de reprodução de ideais e pensamentos da classe dirigente que, inseridos nas massas de Manguinhos, cooperam para construir uma identidade política, cultural e social (KONDER, 2002). Esse enquadramento exige um processo de desconstrução do senso comum, pois não podemos separar o URM do contexto político e nem das contradições entre o pensar e o agir das massas no território. Nota-se, pelas falas anteriormente destacadas, que a ideologia se faz perceptível no comportamento dos usuários em relação a sua farmacoterapia.

Uma observação importante é o papel central ocupado pelos medicamentos como

solução para os problemas de saúde na comunidade, bem como a percepção de que toda condição clínica exige uma terapia farmacológica, vista como a cura para todos os males, inclusive os causados pela precariedade das condições de vida. O medicamento torna-se um elemento cultural, um mecanismo de defesa que resulta na alienação. É interessante o quanto esse comportamento influencia e direciona os usuários na busca pelo atendimento na unidade e lhes provoca indignação quando o trabalhador da saúde não atende tal expectativa.

Quando nosso médico chegou, ele foi tirando o omeprazol e substituindo pelo chá. O pessoal falava assim: “esse médico é maluco, que chá, o quê!”. (ACS 06)

O estímulo ao consumo desenfreado e o incentivo pela busca da cura milagrosa são fatores que potencializam comportamentos perigosos. Embora exista regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para venda e propaganda de medicamentos, frases como “persistindo os sintomas, um médico ou farmacêutico deve ser consultado” não isentam a responsabilidade dos malefícios produzidos naqueles que os utilizam de modo inadequado.

A OMS preconizou em 2009 que a proporção de farmácia seja de uma para cada 10.000 habitantes. No Brasil, esse número é três vezes maior. Dados da Federação Brasileira das Redes Associativistas de Farmácias mostram que no Brasil existem aproximadamente 65 mil farmácias e drogarias, uma proporção de 3,3 farmácias para cada 10 mil habitantes (LEITE *et al.*, 2016). A facilidade de compra aumenta o consumo descontrolado, e, neste cenário, vale ressaltar que mais de 50% dos medicamentos são vendidos de forma ilegal e sem prescrição médica; aproximadamente 76,4% da população brasileira faz ou já fez, em algum momento da vida, uso de medicamentos indicados por familiares, amigos ou vizinhos e cerca de 32% aumentaram a dose do medicamento por conta própria (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Como visto, a venda fraudulenta de medicamentos na comunidade foi um ponto de tensão importante identificado nas entrevistas com as ACS. Trata-se de uma prática de grave responsabilidade jurídico-penal. A responsabilidade sanitária sobre o território adscrito faz-se presente tanto nas diretrizes do SUS, quanto nos princípios éticos da profissão farmacêutica. Nesta lógica, apontar estabelecimentos que estejam vendendo de forma ilegal medicamentos no território é parte dessa responsabilidade e pode auxiliar no combate a seu uso irracional.

A automedicação diz respeito ao uso de medicamentos por conta própria, sem

prescrição do profissional de saúde habilitado, para aliviar sinais e sintomas do indivíduo. Pode ser compreendido como automedicação o uso, com a mesma finalidade, de substâncias industrializadas ou não, produzidas principalmente a partir de plantas às quais se associam qualidades terapêuticas. A ingestão de chás e o uso de infusões seriam exemplos tradicionais, bastante difundidos dessas práticas. Pode ser interpretada como uma prática de autocuidado que tanto permite certa autonomia do sujeito na condução das ações relativas à sua saúde, assim como pode beneficiar o sistema de saúde, aliviando a busca de atendimento em casos de menor gravidade (MARINHO *et al.*, 2018).

Nota-se que é uma ação corrente nas sociedades contemporâneas. Entretanto, não se pode deixar de observar que se trata de uma prática tributária do acesso facilitado a medicamentos nas redes comerciais e à difusão de propagandas que incentivam a compra e a utilização de medicamentos para os mais diversos fins.

A automedicação responsável, caracterizada pela OMS como o uso de medicamentos selecionados pelo sujeito para o próprio cuidado, frente a sintomas e doenças autodiagnosticadas, torna-se um processo de difícil manejo na realidade brasileira, considerando os interesses do mercado e as dificuldades de acesso ao tratamento adequado. Os riscos associados incluem: dificuldade em diagnosticar doenças previamente tratadas, a utilização de dosagem insuficiente ou excessiva, que pode causar resistência ou efeitos colaterais, surgimento de alergias, entre outras condições que gerem complicações para a situação de saúde do indivíduo e possíveis desdobramentos para o quadro sanitário mais geral (WHO, 1998).

De acordo com relatos dos ACS entrevistados, a automedicação é uma prática inegável no território de Manguinhos, desse modo, a unidade de saúde deve saber lidar com esta realidade, pois a comunidade tem o direito de estar informada em relação aos danos causados pelo uso inadequado de medicamentos. Ações educativas relacionadas ao URM e uma participação mais efetiva do SF contribuem neste contexto, e podem transformar uma prática que hoje é realizada de forma desassistida, em um uso orientado, otimizando a farmacoterapia do indivíduo.

Quanto ao armazenamento, as ACS relatam uma falta de organização e cuidado com os medicamentos:

O ‘onde guardar’ me assusta, porque eles botam um saco cheio do remedinho, digamos lá, da hipertensão, do diabetes, e ele tem remédio para dor, ele tem xarope que ele comprou ali, tem uma pomada que ele acha que faz bem para passar no pé. Eles misturam muito, mas esse “eles” são muito mais os idosos. (ACS 02)

A insulina eles não armazenam direito, não colocam na geladeira. Eu tenho uns pacientes diabéticos que jogam a insulina de qualquer jeito. Botava em cima da geladeira, ao lado do fogão, uma coisa que tem que estar refrigerada. Então, eu falava: ‘não vai ter eficácia, esse remédio não vai fazer efeito para você, se você não tava armazenando corretamente, você tá perdendo a propriedade dele’. (ACS 05)

O armazenamento adequado dos medicamentos tem como objetivo assegurar sua qualidade para que o usuário se beneficie da ação terapêutica desejada, além de minimizar a ocorrência de possíveis reações adversas. Devemos seguir critérios de armazenamento, como a não exposição à luz, umidade e temperaturas elevadas, além de mantê-los em sua embalagem original para que seja possível identificar o princípio ativo, data de validade e lote. Quando a prática do armazenamento não é feita de modo apropriado, pode comprometer a qualidade, estabilidade e efetividade dos fármacos, pois facilita a degradação dos princípios ativos, diminuindo a sua eficácia (MARIN *et al.*, 2003).

Não se pode deixar de considerar as condições disponíveis nos domicílios para que as pessoas guardem os medicamentos de modo adequado. O espaço interno aos domicílios, a ventilação, a possibilidade de dispor de móveis e utensílios que permitam uma boa conservação dos medicamentos devem ser elementos observados para o desenvolvimento de ações que resultem na melhora do problema relativo ao armazenamento.

Pode-se afirmar que todas as ACS entrevistada ressaltam que identificam dúvidas relacionadas a medicamentos na VD, sendo mais frequentes questionamentos sobre a administração, armazenamento, preparação do fármaco quando necessária, alteração do fabricante do medicamento distribuído e não compreensão da prescrição médica. Entendem que esse conjunto de fatores incidem diretamente na adesão à farmacoterapia, definida pela OMS como “o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde” (WHO, 2003).

E quanto às dúvidas, vejo nas VD muitas dúvidas dos idosos, porque eles fazem confusão na hora de tomar medicação. Eles trocam horário, trocam a medicação, às vezes eles falam pela cor, aquele amarelinho, aquele branquinho, e eles acabam confundindo o nome da medicação, eles não guardam e eles ficam só pela cor e pelo tamanho, pequeno ou grande. (ACS 08)

Eu fui abordada na área, a usuária estava me perguntando sobre nebulização, entendeu? Aquele 0,5 mililitros, como ela ia medir aquilo? Se era soro, se era medicação? Como ela ia fazer essa medição para poder fazer nebulização no filho? (ACS 03)

Então, uma das coisas que a gente vê muito, é sobre quando muda cartela, cor, porque tem pacientes que, às vezes, não gravam ou não sabem ler, ou não se importam, né, e gravam só a cor do remédio. Aí você vê que eles começam a fazer errado. (ACS 07)

A maioria que tem mais idade, geralmente, são hipertensos e diabéticos, que tomam mais medicamentos. Eles costumam mostrar a receita, fala que está faltando remédio, sendo que a data para pegar ainda não chegou, por que tá faltando? Uns tomam demais, outros tomam de menos. (ACS 10)

Observa-se que algumas entrevistadas apontam que as condições socioeconômicas, a baixa escolaridade de alguns usuários e problemas cognitivos são fatores que estão relacionados às dificuldades de compreensão das orientações para seguimento da farmacoterapia, bem como falhas no manejo da condição clínica e adesão medicamentosa.

O desafio da adesão terapêutica torna-se maior com os usuários idosos, conforme evidenciado. De modo geral, as ACS sinalizaram maior dificuldade dos idosos nesse e nos outros aspectos relacionados ao URM. Ao passo que essa população fica mais prevalente, a busca pelos medicamentos e serviços de saúde se intensificam. São usuários mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, para os quais a regularidade de farmacoterapias complexas e contínuas aumenta. A literatura mostra que esse cenário influencia o uso inadequado de medicamentos, principalmente quando a adesão não é eficaz, e provoca malefícios à saúde do idoso.

Em um estudo (SILVA *et al.*, 2021) com o objetivo de identificar os fatores associados à não adesão à farmacoterapia em pessoas idosas brasileiras no âmbito da APS, através da realização de uma revisão sistemática da literatura, foram encontrados resultados semelhantes aos desta dissertação. Constatou-se que as dificuldades de acesso aos medicamentos, as multimorbidades, a polifarmácia, o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, o grau de confiança no profissional médico, as crenças, a autopercepção de saúde negativa e a incapacidade funcional, como os principais fatores associados à não adesão à farmacoterapia na APS, corroborando as narrativas das ACS entrevistadas em relação aos idosos e aos demais usuários.

Cabe notar ainda que, apesar dos usuários apresentarem inúmeras dúvidas relacionadas ao uso de medicamentos nas VD, as informações solicitadas para as ACS giram em torno do acesso ao medicamento. Destacam-se as informações sobre a falta de medicamentos na unidade, a marcação de consulta para renovação de prescrições médicas, pedidos para obter prescrições médicas com maior validade e como conseguir a

dispensação de medicamentos sem prescrição médica.

Entendemos que o uso de medicamentos é um fato associado e dependente não somente das questões de saúde, mas também dos aspectos econômicos e políticos. Por esse motivo, frequentemente, o medicamento pode assumir sincronicamente a forma de mercadoria e de objeto terapêutico. No caso da farmacoterapia, a possibilidade de lucro ativa o antagonismo entre o valor de uso e o valor de troca, e, assim sendo, assume funções articuladas na sociedade, ou seja, previne e cura ao mesmo tempo que aliena e domina.

Então, assim, eu percebo que os pacientes, eles não querem saber qual é o problema, eles querem ter a medicação. Um bem de consumo. Eles fazem aquilo ali como um bem de consumo, como numa carne, um frango que você compra. Eles querem aquilo. Muitos chegam para a gente e falam assim: “minha filha não quero passar para atendimento não, só quero o meu remédio”. (ACS 05)

Os problemas identificados em relação ao uso inadequado de medicamentos durante as VD no território de Manguinhos, observados no estudo aqui apresentado, segundo a percepção das ACS, relacionam-se a aspectos de caráter individual, mas especialmente coletivos, de base social. Destacam-se: venda de medicamentos sem receita pelo comércio da região próxima ao CSEGSF, analfabetismo, moradias sem condições para armazenamento correto, ideias difundidas que conformam o senso comum, a difusão do medicamento como solução para as mazelas da comunidade, falta de tempo para outras atividades terapêuticas, falta de medicamento no SF, violência e desigualdades sociais e falta de informações sobre os medicamentos para os usuários.

A polifarmácia é uma realidade na população atendida no âmbito da AB no SUS. As atuais transformações epidemiológicas, com o crescimento da expectativa de vida e, desse modo, das doenças crônicas, têm modificado a perspectiva sobre a farmacoterapia na assistência à saúde. O desafio para qualificar o uso apropriado e seguro de medicamentos em indivíduos polimedicados é garantir a análise regular dos esquemas terapêuticos, com enfoque na adesão, adaptação às preferências individuais e identificação de riscos que podem minimizar danos e potencializar os benefícios planejados.

Acerca dos usuários e sua farmacoterapia, os relatos das AC expressam que muitos não compreendem as informações relacionadas ao uso correto do medicamento, seja pela falta de conhecimento ou falta de informação adequada, o que os expõe a sérios riscos. Os riscos indicados foram: utilizar medicamento vencido, utilizar medicamento sem necessidade, prejudicar o tratamento pelo uso incorreto, prolongar o problema de

saúde, agravar a condição de saúde do usuário e descartar medicamentos em lugares impróprios.

Um risco, assim, tem a questão do alcance da criança, medicação no alcance da criança. Já vi criança brincar com o próprio remédio, está ali no meio do brinquedo, e outras coisas e tal. E, tá na mão da criança, está ao alcance da criança, e se tomar? O idoso é mais questão de vencimento, entendeu? Vencido e tá guardado ali, às vezes não é nem mais para tomar, o médico já suspendeu, mas tá ali porque no momento que precisar tá ali, aí as vezes toma remédio vencido pela falta de atenção. (ACS 04)

Então eu acho assim: a pessoa toma uma medicação errada, ela pode morrer, né. Se ela tiver uma reação alérgica e não tiver tempo hábil para socorrer ela? Ela morre em casa. Não tem que fazer isso. (...) E às vezes, realmente a falta de informação, porque, muitas vezes a menina vai no consultório ou a mulher mesmo vai no consultório, e ela pede para trocar o anticoncepcional. Eles não falam, assim, muitas vezes não falam, não são todos. “Olha, nesse período você tem que fazer o uso da camisinha, não só por evitar doença, mas também para evitar a gestação”, porque a gente tem, que nós sabemos que temos que fazer o uso da camisinha. Mas na troca do anticoncepcional essa informação ela é falha. Eu tenho prova lá na minha casa. Tem seis anos a minha prova. Porque eu troquei o anticoncepcional, e ninguém me falou que eu poderia engravidar e eu engravidei na troca. (ACS 08)

Observa-se que as ACS entrevistadas identificam as práticas inadequadas relacionadas ao uso de medicamentos na comunidade e compreendem que tais circunstâncias podem levar à exposição dos usuários aos efeitos adversos e tóxicos durante o processo de utilização. Entretanto, as ACS encontram limites relacionados à orientação correta sobre o uso de medicamentos nas VD. A falta de conhecimento dos usuários a respeito do URM, a comunicação ineficaz entre o profissional de saúde e o usuário, além das dúvidas técnicas que as ACS não conseguem solucionar diante dos usuários, são possíveis fatores que colaboram para essa situação.

As ACS entrevistadas, em sua totalidade, apontaram que necessitam frequentemente de ajuda para orientar os usuários sobre o uso de medicamentos nas VD. Quando questionadas sobre a quais profissionais de saúde recorrem primeiramente no caso de dúvidas, quatro ACS indicaram o médico, apenas duas profissionais indicaram o SF e oito entrevistadas relataram confiar no enfermeiro para solucionar os problemas em relação à farmacoterapia dos usuários.

Se tiver alguma dúvida, algo assim muito rápido, como a gente hoje tem WhatsApp, se eu estou lá na área, é diretamente com a minha Enfermeira, aquela pessoa que rapidinho responde pra gente. (ACS 04)

Então, geralmente eu pergunto à Enfermeira. Porque geralmente a Médica tá sempre ocupada, tá sempre atendendo, e a Enfermeira tá

mais, mais flexível. Então pergunto a ela e se ela não souber aí vou na Médica. (ACS 01)

De acordo com a PNAB 2017, o Enfermeiro tem como uma das suas atribuições específicas a coordenação e a supervisão dos ACS. É visto como um profissional importante na rede de relações e interações do ACS com a comunidade, sendo reconhecido como liderança ativa na ESF. Cabe lembrar que, além das atribuições recomendadas para essa categoria, na ESF, os Enfermeiros têm a autorização para prescrever medicamentos, considerando as disposições legais da profissão, segundo os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo MS e diretrizes estaduais e municipais (BRASIL, 2017).

O enfermeiro da ESF desempenha uma pluralidade de atividades na AB, entre elas, o papel de educador dos ACS, o que amplia as possibilidades de discussões de problemas e contribui para a divisão da responsabilidade na tomada das decisões. A construção desse vínculo promove a articulação e complementaridade das ações desses profissionais, favorecendo o diálogo e, conseqüentemente, uma relação de confiança e proximidade entre os pares nas diversas ações de saúde na unidade, o que inclui o uso de medicamentos.

É interessante a percepção das ACS em relação a problemas que estão sendo tratados com medicamentos e que consideram que deveriam ter outro tipo de abordagem. Às vezes, o medicamento preenche o lugar da escuta atenta e acolhedora, às vezes substitui uma prática esportiva para a qual não há acesso, espaço físico, disposição, tempo etc.

Foge um pouco da nossa... né, da nossa vontade, enfim, mas eu acho que ter acesso a uma alimentação saudável, poder praticar uma atividade física que não seja correr de tiro, o próprio serviço tem que ajudar, né? Ter essa facilidade, né, do acesso, a algum grupo terapêutico, uma conversa, uma roda de conversa porque o que eu falei, às vezes o que eles precisam é isso, é ser ouvido, ouvido e literalmente de você fazer assim, sabe, de você escutar, escutar, e aí daqui a pouco eles falam “cara, eu tô leve, assim, eu tô muito bem”. (ACS 09)

A gente, assim, consegue perceber que é questão, assim, até emocional mesmo, a gente sempre orienta. A academia carioca, o grupo arteirinhas, que parece que voltou agora, né, para fazer, e até o grupo de equipe mesmo, eles sempre tentam realizar, mas são poucos os que comparecem ao grupo, porque a finalidade é sempre isso, botar mais para fazer um exercício, uma atividade, entendeu? Mas a maioria, tem assim, não quer, né, porque na prática é mais fácil tomar um remédio do que fazer exercício. (ACS 10)

As falas das ACS reforçam a necessidade de conhecer as experiências dos usuários

com o uso de medicamentos no território, levando em consideração os diversos sentidos atribuídos à farmacoterapia e que podem influenciar suas ações no cotidiano do processo de cuidado da saúde. Ao detectar e limitar o sofrimento e sua análise no âmbito individual e orgânico, os serviços de saúde efetivam uma dinâmica de ocultação das determinações sociais no processo de saúde-doença, cooperando para a reprodução das contradições sociais que sustentam essas determinações.

Exceções tratadas à parte, a medicalização deve ser evitada e reduzida o máximo possível. Essa tendência predominante nos serviços de saúde atuais, que tem como eixo central a cura dos sintomas para atender a racionalidade do modo de produção capitalista, é um instrumento para promover e servir de base para mercantilização da saúde, tratando os problemas dos usuários como questões individuais, sem considerar as determinações sociais e as repercussões da luta de classes.

Existem alguns pacientes, por exemplo, o senhor [*confidencial*] é um homem calmíssimo que tá sempre aqui, ele toma clonazepam há 20 anos para dormir, desde que ele sofreu um problema no trabalho dele. Ele foi encostado por isso, não sei qual foi o problema, foi alguma coisa que encostou ele há 20 anos atrás, ele só dorme se tomar clonazepam. Eu falei pra ele: “Seu [*confidencial*], por que o senhor não faz algum trabalho pra ocupar a sua mente, um trabalho social, tenta tomar um chá, faz uma atividade física pro senhor se cansar e ver se consegue dormir, relaxar?”, ele já botou na cabeça dele que ele só dorme com clonazepam e, se você não atender, treme todinho, ele fica nervoso, e é um paciente super educado, super calmo, mas se você negar o clonazepam dele para dormir, ele entra em surto, ele fala “eu vou ter que comprar na farmácia, daí eu vou ter que pagar mais caro”, porque eles cobram no clonazepam, eu já fui ver, o dobro, o clonazepam é o dobro do preço sem receita. (ACS 05)

No caso narrado, um problema relacionado ao trabalho incapacita o trabalhador para a atividade laboral e recebe, como forma de tratamento, uma medicação indicada principalmente para distúrbios de ansiedade, que passa a ser usada de modo contínuo. Nos 20 anos transcorridos, que outras oportunidades de enfrentamento ou encaminhamento da condição de saúde deste senhor foram oferecidas? De certo modo, a própria interpretação da ACS que considera que “ele botou na cabeça dele que ele só dorme com clonazepam” também informa um desconhecimento, ou uma não compreensão, do fato de que outro problema se estabeleceu a partir do uso prolongado desse benzodiazepínico: a dependência.

É importante destacar que, diante desse quadro, falas das ACS entrevistadas apontam caminhos para a desmedicalização. Sugerem que alguns problemas que estão sendo tratados com medicamentos deveriam ter outro tipo de abordagem, tais como: roda

de conversa com equipe multiprofissional, exercícios físicos, grupos de artesanatos, grupos terapêuticos, alimentação saudável, academia carioca, consultas com Farmacêuticos, além de outros instrumentos terapêuticos, como chá, massagem, auriculoterapia.

Mas assim, no meu caso, eu tenho dor, mas essas dores também, além de ser porque a gente anda muito, também tem a ver com o nível de estresse, né? Porque o corpo responde, dói aqui, ali. Eu tô carregando peso. Você tá entendendo? E aí, o que eu quero falar é que, através da atividade física, eu não precisei tomar medicação, as dores foram embora. (ACS 03)

Considerando a singularidade dessas atividades destacadas pelas ACS, torna-se fundamental que os espaços criados sejam oportunos para esclarecimento de dúvidas e para troca de conhecimentos e experiências e, com isso, possam promover uma reorientação, mesmo que pontual, das práticas relacionadas ao uso de medicamentos no território. Dentre as estratégias de ES, os grupos terapêuticos podem ser uma ferramenta importante para o URM na comunidade. As ações conjuntas entre Farmacêuticos e ACS para a promoção do URM devem ocorrer por meio de uma intervenção passível de ser implementada, e esses grupos se mostram como alternativa. Constituem práticas inclusivas, podendo contribuir para possibilitar mudanças no modo como o usuário compreende e se responsabiliza por sua saúde

Compreende-se, por fim, que as dificuldades estruturais não são indicativos da inefetividade de ações inovadoras de URM na AB; pelo contrário, apontam desafios ainda persistentes que necessitam ser superados em direção a uma APS abrangente e resolutiva. O URM não é só uma questão da farmacologia, observa-se que qualquer perspectiva desmedicalizante, a longo prazo, precisa enfrentar as forças que as impulsionam. O grande desafio são as questões de cunho político e econômico que se apresentam interligadas.

5.3.3 Percepção da AF pelo ACS

A OMS fomentou publicações sobre a renovação da APS nas Américas, incluindo um documento sobre os SeFar na APS. Esse cenário estimula a implantação de uma nova identidade profissional do Farmacêutico para atuar para além da tradicional gestão do medicamento, com abordagem voltada para o cuidado e na perspectiva de fortalecimento da sua integração à equipe de ESF (BARBERATO *et al.*, 2019).

Nesse aspecto, buscando compreender as possíveis contribuições do Farmacêutico no cuidado em saúde no CSEGSF, especialmente sobre o uso de medicamentos no território, faz-se necessário compreender as fragilidades e potencialidades do serviço para além das questões internas da Farmácia. Nesse sentido, o diálogo com as ACS permite conhecer não só os limites e dificuldades desse serviço em relação à realidade dos usuários na comunidade, mas também nas interações dos trabalhadores do serviço com os usuários e com outro trabalhador, o próprio ACS.

Considerando as experiências e saberes dos profissionais, a tabela da próxima página descreve as percepções das ACS sobre o atendimento e as orientações do SF na unidade.

As ACS entrevistadas, em sua totalidade, consideraram que o SF presta um bom atendimento aos usuários e profissionais de saúde. Em parte, tal resultado expressa a estrutura diferenciada do SF do CSEGSF, que conta com sete profissionais em sua equipe, número três vezes maior que o preconizado nos SF do município do RJ. Em geral, as farmácias do município contam com apenas dois profissionais, sendo um Farmacêutico(a) e um Auxiliar de Farmácia.

Araújo *et al.* (2017) identificaram que a entrega de medicamentos não é realizada por Farmacêuticos nem técnicos de farmácia na maior parte dos serviços de APS do Brasil. Segundo Caetano *et al.* (2020), em um estudo no âmbito da APS no município do RJ sobre os recursos humanos no SF, os entrevistados relataram que a quantidade de profissionais que compõem os SeFar não é suficiente para atender às diferentes demandas entre as diversas unidades, o que gera sobrecarga de trabalho, compromete a qualidade dos serviços ofertados e limita as possibilidades de alcance. No entanto, reconhecem o avanço que representa ter ao menos um Farmacêutico em cada unidade de AB, bem como um profissional de apoio, frente à realidade nacional.

Tabela 4 – Sobre o Serviço de Farmácia

Identificação	Atendimento	Orientações
ACS 01	Bom atendimento para os usuários e profissionais.	Claras e Objetivas.

ACS 02	Bom atendimento para os usuários e profissionais.	Algumas pouco robotizadas, Muito Técnica, Falta um pouco de vínculo com o usuário.
ACS 03	Bom atendimento para os usuários e profissionais, Escuta, Acolhimento, Educação.	Claras, Protocolizadas, Pertinentes, Objetivas.
ACS 04	Bom atendimento.	Boas, conseguem tirar as dúvidas.
ACS 05	Bom atendimento.	São claras e objetivas, mas às vezes, em relação à prescrição, apresentam um ruído de comunicação.
ACS 06	Bom atendimento.	Claras e Objetivas.
ACS 07	Bom atendimento, Detalhado.	Claras e Detalhadas.
ACS 08	Bom atendimento, Educado, Diferenciado, Eficiente.	Claras e Fácil de entender.
ACS 09	Bom atendimento.	Claras, Objetivas, Detalhadas.
ACS 10	Bom atendimento.	Explicam detalhadamente sobre o uso.

Fonte: Elaboração própria (2022).

A presença de quatro Farmacêuticos no CSEGSF possibilita o desenvolvimento de uma estrutura organizacional que viabiliza as ações assistenciais internas de qualidade, devido a fluxos operacionais bem definidos e à busca permanente de melhorias de processos e resultados. A estrutura física do SF é adequada, em acordo com os parâmetros legais e com sala específica para atendimento farmacêutico. Vale destacar que os profissionais participam com frequência de atividades de educação profissional que contemplam as necessidades do SF, com objetivo de melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Todos esses fatores associados contribuem diretamente para a avaliação positiva dos ACS em relação ao SF nesta unidade, conforme expresso nas falas selecionadas:

Sim, muito clara, muito precisa, porque eu já fui pegar remédio, assim, em alguns outros lugares, na UPA, em farmácia privada, ninguém te dá uma orientação. Te entrega o remédio e pronto. Aqui, não; eu já vi quando as pessoas não têm, assim, uma leitura, vocês tentam identificar na receita da pessoa, no remédio, sol, lua, o café, o almoço... eu não sei

se isso tem nos outros lugares, eles não têm essa preocupação que vocês têm aqui. (ACS 06)

As informações pra mim são boas. Vocês explicam tudo, vocês falam como um remédio pode ficar exposto, como tem que guardar a insulina, que tem que ficar na geladeira, vocês explicam, eu nunca vi tão detalhado em outro lugar. Vocês explicam, sentam com o paciente, tem todo um formulário bonitinho. Quanto a isso, eu não tenho o que reclamar da farmácia. (ACS 07)

Um dos poucos conflitos relatados quanto ao atendimento e orientação foram as falas protocolizadas e robotizadas. É importante ter um fluxo bem definido de orientações em uma lista de inúmeros medicamentos disponíveis, cada qual com sua especificidade e função terapêutica. No processo de cuidado, o Farmacêutico busca melhorar os resultados da farmacoterapia a fim de garantir que os medicamentos sejam utilizados pelo indivíduo de maneira racional, portanto, as informações necessitam ser tecnicamente bem expostas.

Eu já vi assim, muito robotizada “esse é assim, de tanto em tantas horas”, aí coloca no saquinho, muito robotizado. Eu vendo o paciente do meu lado sendo atendido, então eu via sempre muito robotizada “esse remédio, tomar assim, gotas”, aí o paciente fica balançando cabeça, eu sempre achei muito robotizada. Hoje nem tanto, também tá mudando isso, eu não sei, é tão bom ver, mas tá mudando. (ACS 02)

Entretanto, em um processo de construção permanente, considerar as possibilidades de transformação do SF através da reflexão de sua prática significa potencializar ações realizadas pelos demais profissionais relacionadas ao URM. Os relatos apontam também a necessidade de uma participação mais ativa do Farmacêutico nas ações que envolvem o cuidado ao paciente, para além das questões internas do SF. Em sua totalidade, as entrevistadas afirmaram que o SF é acessível e disponível ao diálogo, contudo, os Farmacêuticos participam pouco das atividades externas do CSEGSF. Dentre os motivos relatados para esse distanciamento, destaca-se a falta de vínculo do Farmacêutico com os demais profissionais da equipe multidisciplinar, e a falta de reconhecimento da importância do Farmacêutico no processo de uso dos medicamentos dentro do serviço de saúde.

Então, eu acho que nunca, nunca chamaram o pessoal da Farmácia para participar de reunião, mas acho que se chamarem elas vão participar. (ACS 01)

E então eu vejo assim, que toda a unidade, todos os serviços, têm que se envolver. Entendeu? Não é só o ACS, ou só o médico e a enfermeira da equipe, não. E por que não o pessoal do laboratório? A equipe de Farmácia. Eu estou falando no geral, porque vocês têm muito a contribuir com a gente. (ACS 03)

Então, o paciente tem que ir na Farmácia e dizer: “Aqui é minha Farmácia, o meu atendente, o meu Farmacêutico.” Eles têm que sentir isso, igual sentem na consulta do médico, com o ACS. (ACS 02)

Assim, vocês precisam estar mais dentro da comunidade, porque aqui vocês já fazem um papel de excelência, se jogar vocês na porta de entrada para falar, vocês vão falar, na sala de espera vocês falam também, mas, assim, dentro da comunidade a gente pega pessoas com muitas dúvidas, aí vocês falando sobre medicação que todos usam, eu acho muito, muito, muito importante. (ACS 09)

Neste aspecto, a OPAS aponta que a formação tecnicista do Farmacêutico, focada mais no produto do que nos serviços de saúde, complexifica o trabalho em equipe e a aproximação com o território, sendo um imenso desafio a ser superado para transformação deste paradigma (OPAS, 2013). Nakamura & Leite (2016), em um estudo sobre o desenvolvimento do processo de trabalho dos Farmacêuticos de um município, destacaram que, além das limitações na formação acadêmica, a insegurança e medo do Farmacêutico para atuar fora da Farmácia, a falta de habilidades e capacitação para novas atividades, além do não reconhecimento, por ele próprio, pela ESF e usuários do seu papel como cuidador, limitam suas atividades clínicas.

Para promover a compreensão dos demais profissionais de outras categorias sobre quem são os Farmacêuticos, quais são os objetivos e as diversas maneiras de atuação desse profissional na AB e poder participar de modo mais orgânico do processo de cuidado, torna-se fundamental, para além das questões técnicos-gerenciais, uma participação mais ativa do SF nos espaços de discussão no CSEGSF. O Farmacêutico precisa reconhecer e ocupar o lugar de integrante da equipe multidisciplinar e importante agente no processo de atenção à saúde, além de representar uma oportunidade de qualificar o acesso e o URM na comunidade.

A gente sente falta da presença de vocês, disso eu sei, tanto eu sinto falta porque eu tive uma residente Farmacêutica na minha equipe, que fez toda a diferença no território. (ACS 03)

Quem é quem não sei, sei que tem uma Farmacêutica responsável técnica, não é isso? Mas eu não sei quem é que tá me atendendo, se é técnica em Farmácia, eu não sei se é Farmacêutica. Isso não é claro para mim. E acho que para os usuários também não é. (ACS 04)

Em que pesem os avanços ocorridos no cenário da AF no RJ, ainda se faz necessário o desenvolvimento de maior autonomia e segurança para pôr em prática um cuidado farmacêutico que não se limite ao espaço e às atividades do SF. São atitudes fundamentais para transformar a realidade da AF na APS e construir uma nova identidade

profissional para a categoria. Nesse cenário, torna-se essencial identificar as barreiras estruturais, humanas e financeiras para que os desafios para o fortalecimento dos SeFar na AB sejam superados.

5.3.4 Percepção do trabalho multidisciplinar relacionado ao URM na unidade

O trabalho em equipe é um componente essencial para o aprimoramento das características da ESF, contribuindo diretamente para um modelo de assistência que tem como objetivo a integralidade e a promoção da saúde. De acordo com Guimarães & Branco (2020), os gestores devem fomentar essa estratégia no cotidiano da AB, como uma forma de estruturação e organização dos processos de trabalho. Deste modo, elaboram-se novos parâmetros de intervenção na comunidade, contribuindo para a ruptura da assistência centrada no modelo biomédico, superando relações verticalizadas e saberes segmentados.

Nessa perspectiva, promover ações para o URM na comunidade requer pensar sobre o trabalho em equipe. Contudo, não é uma tarefa simples, é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e necessitam de espaços nos serviços de saúde para que possam refletir e aprender com sua prática. As situações vivenciadas na realidade da unidade precisam ser transformadas em objeto de aprendizagem, levando os profissionais a saber agir e se apropriar desse saber.

No que tange a ação conjunta entre o Farmacêutico e os demais profissionais de saúde na unidade, as ACS entrevistadas relataram como propostas para melhorar o vínculo e a participação dos Farmacêuticos nas VD, nas rodas de conversa com profissionais e usuários, nos grupos no território e em reunião de equipe quando solicitados. As entrevistadas acreditam que tais ações podem ampliar a comunicação em relação às questões legais da prescrição, a proximidade do Farmacêutico no território, e a inserção do profissional na equipe multidisciplinar.

Quando a gente for fazer a visita, vocês vão estar vendo que às vezes vocês podem ver coisas que a gente não vê, entendeu, então são olhares diferenciados, então duas ações que eu acharia legal, vocês estarem mais presentes no grupo e nas visitas domiciliares, tanto com a equipe técnica, quanto com o agente comunitário. (ACS 07)

Talvez umas ações educativas. Porque eu digo, lá na minha área existem muitos idosos, e tem vez que são os próprios idosos que manuseiam o medicamento, alguns não sabem ler, então tem essa dificuldade. Mas, assim, a educação da farmácia com equipe já seria importante para a gente, tá?, quanto mais pros usuários. (ACS 06)

Eu acho que ele tem que ouvir da farmácia, ele tem que ouvir de um médico juntamente com farmacêutico, ali, para ele poder parar e despertar nele... um questionamento sobre o medicamento. E a presença do farmacêutico nas reuniões de equipe. Seria interessante pra poder explicar o processo das receitas, porque dentro da equipe sempre tem um ruído falando a respeito da farmácia. Na farmácia faz isso, a farmácia passa a ser vilã e na verdade a farmácia não é vilã, a farmácia tá no protocolo dela. (ACS 05)

VD, participação em grupos, nas reuniões de equipe. E até mesmo para vocês estarem a par do que está acontecendo com os seus usuários, que vocês atendem aqui. Você sabe o nome do fulano de tal, mas a fundo, a fundo, você, muitas das vezes, não sabe o histórico dele. (ACS 03)

Visto a complexidade crescente do cuidado em saúde, esses aspectos das narrativas das entrevistadas permitem retomar o debate em torno de como algumas normativas organizacionais nos serviços de saúde são implementadas sem um pensamento crítico. É notória a necessidade da integração e colaboração do SF no âmbito das equipes, com uma participação mais efetiva dos Farmacêuticos do CSEGSF, construindo parcerias não somente com os demais profissionais da unidade, mas também incluindo usuários, famílias e grupos sociais do território na produção do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir o uso de medicamentos com as ACS possibilitou ampliar o conhecimento sobre a realidade do uso dos medicamentos no território de Manguinhos, desde as práticas dos usuários, dos trabalhadores da ESF, em especial do SF, até as situações que condicionam essa realidade. Os problemas relacionados ao uso inadequado de medicamentos apresentam evidências na literatura e não são surpreendentes para um profissional Farmacêutico, mas os mecanismos que o desenvolvem e as dificuldades encontradas com mais frequência em um território tão vulnerável como Manguinhos ainda compõem um cenário pouco explorado. É preciso desvendá-lo para possíveis intervenções.

Compreendemos que fornecer o medicamento não é o bastante. É preciso compreender o cenário, conhecer os usuários, estabelecer vínculos, identificar as dificuldades e organizar ações que auxiliem na autonomia dos sujeitos, desde que atendam suas reais necessidades. Entendemos que o fortalecimento da APS torna esses fatores suscetíveis a intervenções, e as ações conjuntas entre o Farmacêutico e os ACS podem contribuir para reduzir os problemas e prevenir um quadro de complicações em uma população com vulnerabilidades socioeconômicas. Mas não são suficientes. É preciso um trabalho articulado em equipe multidisciplinar, apoiado em práticas educativas e assistenciais integradas, bem como em políticas públicas que incidam sobre a determinação social dos problemas relacionados ao URM.

Os achados da pesquisa evidenciam que as ações de URM enfrentam dificuldades de várias ordens no território de Manguinhos. Reiterou-se que, além das questões clínicas individuais, os determinantes sociais do território impõem barreiras e atravessam os processos de trabalho das equipes de ESF. Logo, iniciativas que ambicionem sobrepujar as dificuldades relacionadas ao URM devem ser construídas à luz desse conjunto abrangente de problemas que incluem também as políticas públicas que regulamentam e fiscalizam a comercialização e a propaganda dos medicamentos. O uso inadequado de medicamentos é um processo social e histórico que abrange a produção de sentidos que vão além dos critérios legais, logísticos e técnicos na estruturação da AF. O uso de medicamentos não é motivado apenas por condições clínicas dos usuários e os aspectos relacionados às condutas dos pacientes quanto à farmacoterapia.

A presença de medicamentos em domicílios é uma prática comum no território. A responsabilidade do armazenamento na residência é do próprio usuário, no entanto, isto

não exige a equipe de buscar meios de desenvolver práticas mais adequadas de armazenamento dos remédios que os usuários utilizam. Identificamos este aspecto como um tema que merece atenção por parte das equipes de saúde e que deve fazer parte do diálogo que buscamos subsidiar e praticar entre trabalhadores e comunidade. Faz-se necessário instituir estratégias diante de possíveis dificuldades dos usuários, sejam clínicas ou estruturais.

A automedicação irresponsável é uma cultura estabelecida no território de Manguinhos por diversos fatores. A difusão em massa das informações relacionadas ao uso correto de medicamentos, a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, a adoção de ações que visem controlar a venda de medicamentos sem prescrição médica e a oferta de atividades e terapias alternativas são potencialidades que podem minimizar o uso irracional na comunidade e impactar de modo positivo a adesão do tratamento pelo usuário e a administração responsável dos medicamentos. É preciso reunir esforços para ser possível construir outros modos de pensar e fazer dos sujeitos, superando as práticas impessoais, burocráticas e pouco comunicativas que persistem na AF no município.

O SF do CSEGSF, por apresentar relativa autonomia nas metas aplicadas pela OS responsável pelo gerenciamento da ESF em Manguinhos, precisa direcionar ações que intensifiquem um movimento de fortalecimento da APS e da atuação do Farmacêutico como parte da equipe multidisciplinar. Esse desafio passa pelo empenho em testar modelos que possibilitem caminhos para a criação de políticas públicas de saúde intersetoriais e democráticas sustentadas pelo trabalho em equipe e pela associação ensino-serviço, com finalidade de cooperar na formação e nas ações de Educação Permanente de profissionais que atuam não somente na AB, mas em outros âmbitos do SUS.

Muitos são os dilemas acerca do URM, mas um fato não muda: para a discussão acontecer, sair do papel e potencializar informações sobre o uso correto de medicamentos na comunidade, ela precisa se transformar em um objetivo comum do serviço. A responsabilidade compartilhada entre os profissionais e usuários, fundamentada em relações intersubjetivas, comunicações eficazes e articulação de práticas e saberes possibilita a construção coletiva de novos tempos. Tais ações conjuntas podem ainda organizar formas de resistência às ameaças de retrocesso nas políticas públicas de saúde que estabeleceram e consolidaram o SUS e a ampliação de acesso aos serviços de APS. O desejo de transformar a realidade se faz presente na fala da ACS que nos chama à responsabilidade quanto às implicações desta pesquisa de mestrado para a mudança da

realidade dos usuários:

A gente também fala coisas assim, são sonhos, né, ideias, idealiza. E a gente sabe a dificuldade que a farmácia tem, assim como nós temos, entendeu? Tudo que eu falei aqui são coisas que, são coisas que a gente pensa e gostaria aqui para melhorar, se fosse possível, né. A gente tá aqui há bastante tempo, aí tudo que é pesquisa, que é coisa, a gente sempre costuma dizer, se for para ter um retorno, algo satisfatório para os usuários, é válido. Agora, se for para cair no esquecimento e só servir como... degrau, não, né? (ACS 04)

A reorientação da AF passa pela desconstrução de seu processo centrado exclusivamente no medicamento, que dá à prática farmacêutica um caráter reducionista, em detrimento da ampliação do seu caráter sistêmico e articulador, capaz de promover a educação do usuário em seu processo farmacoterapêutico. Os Farmacêuticos da AB enfrentam nos seus territórios de atuação situações que exacerbam o uso inadequado de medicamentos, como, por exemplo, a estrutura demográfica, o perfil de morbidade, ações da indústria farmacêutica, mediatização do medicamento, oferta crescente de farmácias privadas, características socioeconômicas e culturais da população, dentre outras, somadas à prática de automedicação inapropriada dos usuários.

Promover o URM é uma tarefa complexa e inclui aspectos sociais, econômicos, educativos, epidemiológicos e clínicos. Diante desses fatos, é imprescindível que haja uma atenção voltada para essas questões, e o trabalho interdisciplinar pode ser um caminho viável para minimizar os riscos e aprimorar a AF. É pertinente que haja um vínculo entre ACS e Farmacêuticos, com o propósito de construir uma conexão entre o serviço e a comunidade, desejando não somente perceber as dificuldades relacionadas à atuação desses profissionais na unidade, mas também pensar sobre suas causas e determinantes.

Ações de IF, como revisão da farmacoterapia, conciliação dos medicamentos, avaliação e promoção da adesão terapêutica, aconselhamento ao usuário e acompanhamento dos resultados da farmacoterapia demonstraram ter bons resultados de saúde para os usuários. No entanto, educar para o URM significa transpor os limites das informações pertinentes à prescrição, educar tem que comprometer processos que cooperem para transformar a realidade. Quando o Farmacêutico atua em conjunto com os ACS, ampliando as possibilidades de ações educativas sobre o URM na AB, as informações sobre o URM podem ser difundidas na comunidade por meio da orientação das famílias (SCALCO & AMADOR, 2021). Este é um exemplo da potencialidade da atuação educativa colaborativa.

A ES torna-se imprescindível, um instrumento crucial na ampliação e construção de conhecimentos e práticas em saúde relacionados ao uso correto de medicamentos. Para tanto, é fundamental o fortalecimento dessas práticas, de maneira a contemplar as atividades de todos os profissionais envolvidos no processo de uso dos medicamentos na unidade. Por sua vez, os gestores precisam de comprometimento e sensibilidade para combater e superar os problemas estruturais e organizacionais encontrados na prática cotidiana da APS, para que haja um equilíbrio entre as atividades burocráticas e assistenciais.

Os resultados divulgados na forma desta dissertação de Mestrado serão futuramente apresentados, primeiramente, aos ACS e, em seguida, ao conjunto dos trabalhadores da APS de Manguinhos, na forma de exposição dialogada. A médio e longo prazos, pretende-se, por meio desse diálogo, identificar e discutir práticas que precisam ser modificadas e construir meios de ação educativa conjunta na APS, visando o URM pela população do território assistido, considerando as condições da realidade objetiva. Ainda que não se vislumbre a possibilidade de extinguir o uso irracional de medicamentos no território, há meios de minimizá-lo, promovendo ações que impulsionem uma farmacoterapia responsável.

Isto posto, em um contexto dotado de interesses políticos, econômicos e ideológicos ancorados pelo Estado, fomentar com estratégias educacionais o URM na AB não é negar a sua função de cura, que em muitos momentos protege vidas; ao contrário: é fortalecer o SUS. Compreender o medicamento como direito social é lutar para que esse seja uma estratégia para a socialização da medicina; enfrentar a complexidade das dores sociais intrínsecas à vida nos territórios; desconstruir uma concepção hegemônica de saúde como ausência de doença; romper com o sentido exclusivo de bem de consumo dado ao medicamento e valorizar o sujeito social que vive e trabalha no território.

Ao Farmacêutico inserido na AB, cabe superar limitações, resistir e lutar. O uso da fluoxetina não vai devolver à mãe o filho que ela perdeu para a violência policial ou para o tráfico; a ivermectina não vai resolver os problemas de saneamento básico do território; o sulfato ferroso não vai combater a desnutrição infantil; a insulina não vai diminuir a glicose de quem tem apenas um pão ao dia para se alimentar, e a dipirona não vai resolver a dor de um trabalhador explorado. Nesse sentido, buscamos a educação como meio de promover a transformação que a realidade exige. Nas inspiradoras palavras de Gramsci: “[...] instruí-vos porque teremos necessidade de toda a vossa inteligência.

Agitai-vos porque teremos necessidade de todo o vosso entusiasmo. Organizai-vos porque teremos necessidade de toda vossa força” (*Ibidem*, 1987).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, João Márcio Mendes & PRONKO, Marcela (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014, p. 183-232.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034> Acesso: 02 de fevereiro de 2021.

ARAÚJO, A. da L. A. de. PEREIRA, L. R. L. UETA, J. M FREITAS, O. de. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.13, p.611-617, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010> Acesso: 05 de fevereiro de 2021.

ARAÚJO, P. S. *et al.* Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. supl. 2, 22 set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007109> Acesso: 08 de fevereiro de 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Documento técnico de posicionamento da Rede APS – Fortalecer a ESF no enfrentamento da COVID-19**. 19 abr. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/06/25/documento-tecnico-de-posicionamento-da-rede-aps-fortalecer-a-esf-no-enfrentamento-da-covid-19/>. Acesso em: 18 mai. 2020.

BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. dos A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.30772017> Acesso: 12 de fevereiro de 2021.

BARBOSA, R. H. S.; MENEZES, C. A. F. M.; DAVID, H. M. S.; BORNSTEIN, V. J. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 42, set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300013> Acesso: 14 de março de 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços farmacêuticos clínicos na Atenção Primária à Saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00240> Acesso: 13 de janeiro de 2022.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 23, n. 6, 2018, pp.1937-1949. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. Lei 8.080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mai. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. P 16-19.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente a atual situação epidemiológica referente ao COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo, Cortez; Brasília, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. P13-24.

CAETANO, M. C., SILVA, R. M., LUIZA, V. L. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde à luz do modelo ambiguidade-conflito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online] v. 30, n. 04, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300420> Acesso: 22 de fevereiro de 2022.

CARNEIRO, C. C. G., MARTINS, M. I. C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2015, p. 45-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029> Acesso: 20 de janeiro de 2022.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A Reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna V.; LOPES, Marcia R. (Orgs.) **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011. p. 33-58.

COELHO, H. L. L.; PINHEIRO, R. M.; TORRES-MAGARINOS, R. Assistência Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO C. G. S. **Assistência Farmacêutica: gestão e práticas para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.283-291.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA / DATAFOLHA. Uso de medicamentos. 2019. Acesso: out. 2020. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/Uso%20de%20Medicamentos%20%20Relat%c3%b3rio%20_final.pdf

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Coronavírus: atuação do farmacêutico frente à pandemia da doença causada pelo Coronavírus**. Plano de resposta para a farmácias privadas e públicas da Atenção Primária. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Levantamento mostra como o medo da Covid-19 impactou venda de medicamentos. **Conselho Federal de Farmácia** [online].

2020. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5747>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Venda de remédios sem eficácia comprovada contra a Covid dispara. **Conselho Federal de Farmácia** [online]. 2021. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/noticia.php?id=6197&titulo=Venda+de+remédios+sem+eficácia+comprovada+contra+a+Covid+dispara>>. Acesso em: 16 fev. 2022.

COSTA, E. A. *et al.* Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública** [online]. São Paulo, 2017, v. 51, supl. 2. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007107>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CUETO, M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, Nov. 2004.

DALLA VECCHIA, M. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde:** fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 109-121.

DANTAS, V. A. Direito universal à saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um flash sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na Saúde. In: SILVA, L. B. & DANTAS, A. V (Orgs.). **Crise e pandemia:** quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

DANTAS, André Vianna; PRONKO, Marcela Alejandra. Estado e dominação burguesa: revisitando alguns conceitos. In: STAUFFER, Anakeila de Barros *et al.* (Orgs.). **Hegemonia burguesa na educação pública:** problematizações no curso TEMS (EPSJV/Pronera). Rio de Janeiro: EPSJV, 2018. p. 73-96.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da Atenção Primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, Rio de Janeiro, jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104120> Acesso: 10 de abril de 2022.

DAVID, H. M. S. L. Educação em Saúde e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. In: MIALHE, F. (Org.). **O Agente Comunitário de Saúde:** práticas educativas. São Paulo. UNICAMP, 2011. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home> Acesso: 15 de abril de 2022.

DOMINGUES, P. H. *et al.* Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 36, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005709> Acesso: 18 de maio de 2022.

DURÃO, A. V.; MOROSINI, M. V.; CARVALHO, V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. (Orgs.). **Para Além da Comunidade:** trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 119-159.

DURÃO, A. V. A naturalização do feminino no programa de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Revista Trabalho Necessário**, v. 19, n. 38, Rio de Janeiro, 2021. p. 176-195.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FERNANDES, T. M., COSTA. R. G. As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro. **Revista Tempo**, v. 19, n. 34, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5533/TEM-1980-542X-2013173410> Acesso: 25 de maio de 2022.

FIOCRUZ. **Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da Covid-19**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude> Acesso: 20 de maio de 2022.

FIOCRUZ. **Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude> Acesso: 20 de maio de 2022.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. p.71-80.

FONSECA, A. F. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. de B. (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 139 -208.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **APS em Revista**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2021. p. 210-223. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300005> Acesso em: 20 de janeiro 2022

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 3, Rio de Janeiro, 2013. P. 525-552.

FRAZÃO, P.; MINAKAWA, M. M. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. **Trab. educ. saúde**, v. 16, n. 2, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00123> Acesso: 22 de março de 2022.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 12 ed. Tradução de Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martins. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade – I: a vontade do saber**. 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. V. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 594-607.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H.; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C.; GALVÃO, L. A.; SANTOS, R. F. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, Rio de Janeiro, 2019, p. 1-6. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2021.

GOMES, Rogério Miranda. **Humanização e desumanização do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 5-100.

GOMES, R. M. *et al.* A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, São Paulo, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.126161> Acesso: 25 de março de 2022.

GOUVÊA, M. M. A culpa da crise não é do vírus. In: MOREIRA, E. *et al.* (Orgs.). **Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, p. 19-28, 2020.

GRAMSCI, A. **Ordine Nuovo**, 1919-1920. Torino: Einaudi, 1987.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere, volume 1: introdução ao estudo da filosofia, a filosofia de Benedetto Croce**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. P. 83-92

GUIMARÃES, C. Programa Saúde com Agente divide opiniões e expectativas. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio** [online]. 05 jul. 2021. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/programa-saude-com-agente-divide-opinioes-e-expectativas>>. Acesso em: 09 mai. 2022.

GUIMARAES, B. E. B.; BRANCO, A. B. A. C. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. **Rev. Psicol. Saúde** [online], v. 12, n. 1, Mato Grosso do Sul, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669> Acesso: 21 de abril de 2022.

GUIMARAES, M. S. A. *et al.* Estratégia saúde da família e uso racional de medicamentos: o trabalho dos agentes comunitários em palmas (TO). **Trab. educ. saúde[online]**, v. 15, n. 1, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00037> 26 de fevereiro de 2022

HARVEY, D. A loucura da razão econômica. In: HARVEY, D. **A loucura da razão econômica**. São Paulo: Boitempo, 2018. p. 168-202.

KONDER, Leandro. **A questão da ideologia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
KRAMER, D. G. *et al.* Automedicação em pacientes da unidade de saúde básica de uma cidade brasileira. **Revista Interdisciplinar. Saúde e Meio Ambiente**, v. 9, Santa Catarina, 2020, p. 120-129.

LASTE, G. *et al.* Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 5, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500024> Acesso em: 21 de fevereiro de 2022.

LEITE, I. C. P. *et al.* Automedicação em acadêmicos: um estudo transversal. **Boletim Informativo Geum**. 2016. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/geum/> Acesso 03 de março de 2022.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: PEREIRA, J. M. M. & PRONKO, M. (Orgs.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014.

LIMA, J. P. *et al.* Marx como referencial para análise de relações entre ciência, tecnologia e sociedade. **Ciênc. educ.** v. 20, n. 1, Bauru, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-731320140010011> Acesso 13 de abril de 2022.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, supl. 2, 2017, p.1-19.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, supl. 2, Rio de Janeiro, 2020.

MARIN, N. *et al.* (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS, 2003. P.197-201

MARIN, N. CORDEIRO, B. C. Assistência Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO C. G. S. **Assistência Farmacêutica: gestão e práticas para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

MARINHO, R. A., CARDOSO, G. P., FERREIRA, W. A. Vantagens e desvantagens da automedicação: princípios gerais. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, v. 23, n. 2, 2018.

MARQUES, T. C. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde e a promoção do uso racional de medicamentos no nordeste do Brasil. **Scientia Plena**, n. 16, Sergipe, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14808/sci.plena.2020.094501> Acesso 13 de julho de 2022.

MARX, Karl. **O capital: crítica a economia política: livro I: o processo de produção do capital**. Tradução de Rubens Enderle. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846). São Paulo: Boitempo, 2007.

MATTA, G. C. MOROSINI, M. V. G. C. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B. LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. n. 2. Ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-50

MAXIMO, S. A., ANDREAZZA, R., CECILIO, L. C. O. Assistência farmacêutica no cuidado à saúde na Atenção Primária: tão perto, tão longe. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 30, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300107> Acesso 13 de janeiro de 2022.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 8, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720> Acesso 06 de maio de 2022.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. de. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, jan. 2017, p. 235-244. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.16202015> Acesso 09 de janeiro de 2022.

MELO, E. A.; MEDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103> Acesso 23 de janeiro de 2022.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 303-310

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, n. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P.155-162

MOROSINI, M. V. **Educação e Trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. P.61-69

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601> Acesso 25 de janeiro de 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventários de conquistas e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, n. 1, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117> Acesso 25 de janeiro de 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; CHINELLI, F.; CARNEIRO, C. C. G. Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS. In: SILVA, L. B. &

DANTAS, A. V. (Org.). **Crise e pandemia**: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. P.93-113

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9, Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220> Acesso 25 de janeiro de 2022.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 2, Rio de Janeiro, 2010, p. 229-248.

NASCIMENTO, A. Propaganda de medicamentos: como conciliar uso racional e a permanente necessidade de expandir mercado?. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2007, v. 5, n. 2, pp. 189-250. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000200002> Acesso: 06 de agosto de 2022.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, mai. 2016, p. 1565-1572. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17412014> Acesso 21 de abril de 2022.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011. P.03-30

NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde Soc.**, v. 28, n. 3, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180783> Acesso 13 de maio de 2022.

NUNES, C. A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, n. 2, 2018, p.127-144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209> Acesso 11 de maio de 2022.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 24, n. 12, Rio de Janeiro, dez. 2019, p. 4555-4568. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019> Acesso 05 de abril de 2022.

OLIVEIRA, L. C. F. *et al.* Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031> Acesso 12 de abril de 2022.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**. Documento de posición de la OPS/ OMS. Washington, DC: OPS, 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas) DC: OPAS, 2013.

Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875>. Acesso em: 2 jun. 2022.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, Rio de Janeiro, jan./abr. 2009a. p. 28-33.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009b. p.05-35

PAIVA, C. H. A. TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 21, n.1, Rio de Janeiro, jan.-mar. 2014, p. 15-35.

POULANTZAS, N. As lutas políticas: o Estado, condensação de uma relação de forças. (segunda parte). In: POULANTZAS, N. **O Estado, o Poder, o Socialismo**. São Paulo: Edições Graal, 1980, p. 145-162.

PINTO, Isabela C. de M.; MEDINA, Maria G.; PEREIRA, Rosana A. G.; VILASBÔAS, Ana Luiza Q. **Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil**. Relatório de Pesquisa. Projeto de cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador: Universidade Federal da Bahia-Instituto de Saúde Coletiva, 2015.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ 2010. p. 197-219.

RIZZOTTO, M. L. F. Neoliberalismo. In: PEREIRA, I. B. LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** n. 2, ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P.275-281

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trab. educ. saúde**, v. 15, n. 3, 2017, p.745-769. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00075> Acesso 13 de março de 2022.

SANTOS-PINTO, C. D. B., MIRANDA, E. S., OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. O “kit-covid” e o programa farmácia popular do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00348020> Acesso 27 de maio de 2022.

SCALCO, T., AMADOR, T. A. O Agente Comunitário de Saúde e o Uso Racional de Medicamentos: Atitudes na Prática Profissional. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, Curitiba, 2021, p. 121-322.

SEMERARO, G. Anotações para uma teoria de conhecimento em Gramsci. **Revista Brasileira de Educação**, n. 16, Rio de Janeiro, 2001.

SILVA, D. DA. **Indicadores da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária em Saúde no Rio de Janeiro e sua utilidade na tomada de decisões** [documento online], p. 81-83, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

SOUTO, L. R. F. OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, 2016, p. 204-218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017> Acesso 27 de fevereiro de 2022.

SOUSA, M. C. V. B. *et al.* Complexidades do trabalho do agente comunitário de saúde com pacientes em uso de medicamentos. **Trab. educ. saúde** [online], v. 16, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00115> Acesso 12 de março de 2022.

SOUZA, L. E. P. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 8, Rio de Janeiro, 2019, p. 2783-2792. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018> Acesso 02 de março de 2022.

SILVA, W. L. F. *et al.* Fatores associados à não adesão à farmacoterapia em pessoas idosas na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 24, n. 4, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210156> Acesso 08 de abril de 2022.

TEIXEIRA, C. F. de S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 9, Rio de Janeiro, 2020, p. 3465-3474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020> Acesso 16 de janeiro de 2022.

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação & Realidade**, v. 21, n. 2, 1996. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71626> Acesso 15 de março de 2022.

VASCONCELOS, D. M. M.; CHAVES, G. C.; AZEREDO, T. B.; SILVA, R. M. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 8, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.02432017> Acesso 22 de fevereiro de 2022.

VOZA, P. Intelectual orgânico. In: LIGUORI, G; VOZA, P. **Dicionário Gramsciano**. São Paulo: Boitempo, 2017. p. 431-435.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; JÚNIOR, B. B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n.

6, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013> Acesso 14 de março de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs:** Report of the Conference of Experts. World Health Organization, Nairobi, 1987, p. 329.

World Health Organization. The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998. Geneva: World Health Organization; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies:** evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

APÊNDICE I

Projeto de Pesquisa “O Uso do Medicamento no Território de Manguinhos: reflexões a partir do diálogo com os agentes comunitário de saúde, visando o uso racional”

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESF DO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS (CSEGSF/FIOCRUZ)

I. Perfil do Entrevistado

Nome do entrevistado:

Código atribuído pelo entrevistador:

1. Idade: _anos.
2. Sexo de nascimento:
 - a. Homem
 - b. Mulher
 - c. Prefiro não informar
3. Gênero: Qual?
4. Qual a sua Escolaridade/ Formação:
 - a. Ensino Fundamental
 - b. Ensino Médio
 - c. Graduação. Qual?
 - d. Pós- Graduação. Qual?
5. Há quantos anos você atua como ACS no território de Manguinhos?
6. Em que área você atua no território de Manguinhos?
7. Quantas famílias você atende no território de Manguinhos?

II. Sobre o trabalho como ACS e o tema dos medicamentos

8. Nós gostaríamos de compreender como é a sua rotina de trabalho.
Quais são as principais atividades que você realiza no seu cotidiano de trabalho e com qual frequência você as executa? Quantas visitas domiciliares você realiza em média por dia?

9. Agora, nós queremos saber o que você encontra a respeito dos medicamentos nas suas visitas. Nas VDs que você realiza, você faz algum tipo de atividade relacionada ao uso de medicamentos? Quais? Durante as VDs, você identifica dúvidas relacionadas ao uso de medicamentos? Na sua opinião, quais são os principais problemas e dificuldades que você encontra em relação ao uso de medicamentos pelos moradores de Manguinhos? E quais são as principais informações sobre medicamentos solicitadas pelos usuários? Na sua opinião, quais são as principais situações de risco envolvendo o uso de medicamentos que você identifica nas visitas domiciliares?

10. A quem você recorre quando precisa de ajuda para orientar melhor os usuários sobre o uso dos medicamentos?

11. Na sua opinião, o que você considera que sejam fatores que contribuem para esses problemas, dificuldades e dúvidas relacionadas ao uso de medicamentos no território?

12. Você percebe problemas que estão sendo tratados com medicamentos e que você considera que deveriam ter outro tipo de abordagem?

13. Qual a sua opinião sobre o atendimento na Farmácia da unidade? Qual a sua opinião sobre as orientações oferecidas pela equipe de farmácia? A equipe de Farmácia é acessível? O Farmacêutico participa de ações propostas pela sua equipe de saúde?

14. Que proposta você teria para uma atuação conjunta entre os ACS, a equipe de Farmácia e os demais trabalhadores da equipe da ESF, que pudesse colaborar para a promoção do uso racional do medicamento no território de Manguinhos?

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **O Uso do Medicamento no Território de Manguinhos: Reflexões a partir do diálogo com os agentes comunitário de saúde, visando o uso racional**". Esta pesquisa pretende realizar entrevistas com Agentes Comunitários de Saúde que compõem a Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ), no município do Rio de Janeiro / RJ. É desenvolvida por **Isabella Cristina Lopes de Sousa**, Bacharel em Farmácia e, aluna do Curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da fundação Oswaldo Cruz (EPSV/FIOCRUZ), sob orientação da professora Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini.

O objetivo do estudo é compreender as possibilidades e os desafios do trabalho educativo conjunto entre o Farmacêutico da Atenção Primária à Saúde e o Agente Comunitário de Saúde, visando potencializar o Uso Racional de Medicamentos no território de Manguinhos. A finalidade deste trabalho é contribuir para ampliar o debate sobre Uso Racional de Medicamentos na comunidade de Manguinhos, pensando as políticas de saúde e a atuação multidisciplinar dos profissionais envolvidos nesse processo.

Solicitamos a sua participação em uma entrevista, com duração de aproximadamente 30 minutos. As entrevistas serão transcritas e arquivadas em meio eletrônico, com acesso exclusivo da pesquisadora responsável. Cada entrevista receberá um código que substituirá o nome do entrevistado, utilizando um sistema de codificação que será de conhecimento apenas da pesquisadora responsável. A pesquisadora responsável se compromete, com cada entrevistado, a preservar o sigilo, anonimato e privacidade dos dados individuais.

Solicitamos também a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome também será mantido em sigilo absoluto.

Toda pesquisa com seres humanos possui riscos em tipos e gradações variadas. Nesse estudo, os riscos são baixos e podem estar associados a algum desconforto emocional gerado por algum tema da entrevista. No caso de haver algum desconforto durante a entrevista, você poderá não responder às perguntas que o incomodarem e até mesmo interromper temporariamente a entrevista ou desistir de participar da mesma.

A princípio sua participação poderá não trazer qualquer benefício direto a você, além da oportunidade de refletir sobre o seu trabalho e o uso racional de medicamentos. Entretanto, os resultados da pesquisa poderão contribuir para o aperfeiçoamento das ações voltadas ao uso

racional de medicamentos, com efeitos benéficos para o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família e para os usuários do CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ.

O participante que se sentir prejudicado poderá buscar indenização por eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa, segundo Resolução CONEP 510/2016, Art. 6, VI e VII e Art. 19 §2º.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem será necessária nenhuma justificativa. Do mesmo modo, poderá desistir de participar da entrevista, mesmo após o início da mesma, em qualquer etapa. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora responsável

Rubricas_____

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Rio de Janeiro, _de _de 2021

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisadora responsável: Isabella Cristina Lopes de Sousa

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde

Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – EPSJV, sala 118.

Telefones: (21) 3865-9732/ 3865-9733/3865-9776

**Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
(EPSJV/FIOCRUZ)**

Avenida Brasil, 4365, Manguinhos – EPSJV, Container 7.

Telefone: (21) 3865-9809

E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Rubricas_____

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, Isabella Cristina Lopes de Sousa, discente do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Cruz - EPSJV/FIOCRUZ, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “**Desafios e potencialidades da ação conjunta do Farmacêutico com o Agente Comunitário de Saúde: promoção do Uso Racional de Medicamento no território de Manguinhos**”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nas gravações feitas com os participantes das entrevistas feitas para a pesquisa, a fim de obtenção dos objetivos previstos no projeto de pesquisa e somente após receber a aprovação do sistema CEP-

CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade e a privacidade dos dados coletados nos arquivos gravados. Esclareço que os dados a serem coletados se referem aos problemas relacionados ao uso de medicamentos no território Manguinhos, observando se é possível compreender e discutir os desafios do trabalho educativo multidisciplinar entre o Farmacêutico e o Agente Comunitário de Saúde na Atenção Primária à Saúde no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria do referido território.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de zelar pela integridade das informações e garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações será submetida à apreciação do CEP/EPSJV.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 31 de agosto de 2021



Assinatura da pesquisadora responsável