

Uso e Circulação de Medicamentos em um Bairro Popular Urbano na Ceilândia, DF¹

Medicine's Use and Circulation in an Urban Popular Neighborhood in Ceilândia, DF

Soraya Fleischer

Doutora em Antropologia Social. Professora Adjunta II do Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília.

Endereço: Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, Brasil.

E-mail: soraya_fleischer@yahoo.com.br

¹ Esta pesquisa tem recebido apoio do CNPq, na forma de bolsas de Iniciação Científica.

Resumo

Nos subúrbios de Brasília, as cuidadoras da saúde doméstica são particularmente as mulheres idosas. Elas conhecem os atalhos oficiais e não oficiais no sistema de saúde, os medicamentos que cada membro da família deve tomar e os lugares onde os medicamentos são distribuídos ou podem ser comprados mais baratos. Elas também experimentam com pílulas e cápsulas – quais são fortes ou perigosas, quais precisam ser substituídas e combinadas com outros fármacos, etc. A partir de pesquisa etnográfica com moradores mais antigos do bairro da Guariroba na Ceilândia, DF, que convivem com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, este artigo pretende discutir como redes informais de compartilhamento farmacêutico e formas locais de comunicação entre famílias, vizinhos e profissionais de saúde determinam uma compreensão mais ampla e complexa de “saúde”. Alguns dados que nos apoiarão nessa discussão são as histórias de vida desses migrantes para o DF; o consumo de medicamentos como gerador de experiências corporais e sociais do adoecimento; a automedicação como prática também após o contato com a esfera biomédica. Esse artigo quis enfatizar que as opiniões técnicas e produtos emitidos pelos atores oficiais do cuidado da saúde não evitavam que uma rede muito mais ampla e criativa fosse constantemente acionada por essas mulheres entrevistadas, nem a substituíam. E que aperfeiçoar essa rede é uma demonstração pública do envolvimento e também do comprometimento destas cuidadoras com a recuperação ou, ao menos, a estabilidade do doente.

Palavras-chave: Medicamentos; Distrito Federal; Antropologia.

Abstract

In the suburbs of Brasilia, family health is taken care of in particular by elderly women. They know the official and non-official shortcuts inside the health system, medicines that each of the family members should take and the places where medicines can be bought cheaper or received for free. They also make experiments with pills and capsules - each ones are strong or dangerous, which ones have to be substituted or combined with different drugs, etc. This paper aims to discuss how informal networks sharing pharmaceutical knowledge and local forms of communication between family members, neighbors and health professionals determine a wider, more complex understanding of health. It is based on an ethnographic research with older residents of Guariroba district in Ceilândia, DF, which are in familiar terms with hypertension and diabetes mellitus. Some of the data that support the discussion are the life stories of these migrants towards the Federal District (Brasilia region, in Brasil); the consumption of drugs as a generator of bodily and social experiences of falling ill; self-medication as a practice even after having been seen at the local health agents. This paper wants to emphasize that technical opinion and products offered by official agents of health care did not prevent interviewed women of resorting regularly to a much wider and creative network, neither replaced it. It wants also to show that to perfection this network is a public demonstration of involvement and commitment of these caregivers with their patients' recovery or stability.

Keywords: Medicines; Federal District; Anthropology.

Introdução

A Ceilândia

Em 1960, Brasília foi inaugurada como a nova capital idealizada e planejada do Brasil. Ao redor desta cidade, surgiram outras, inicialmente denominadas de “cidades satélites”, e simbolicamente assim compreendidas pelo fato de gravitarem ao redor dos empregos, renda e decisões de Brasília. Hoje, são 29 “regiões administrativas” que compõem o Distrito Federal, quadrilátero imaginário no coração do estado de Goiás. Mas, estas cidades foram surgindo paulatinamente, cada uma com sua própria história e razão para se desenvolver.

A Ceilândia é a maior cidade do Distrito Federal, com cerca de 350 mil habitantes (segundo os censos oficiais, atualizados há 12 anos atrás) e quase 600 mil pessoas, nos cálculos informais. Hoje, ela se percebe de forma mais autônoma em relação à vida em Brasília, pois conta com serviços, comércios, escolas, universidades etc. Mas, desde seu surgimento, a Ceilândia foi marcada por um forte estigma. Isso pode ser percebido, a princípio, pelo seu nome. O prefixo “CEI” correspondia a “Centro de Erradicação de Invasões”, já que, depois das primeiras obras concluídas de Brasília, vários grupos de trabalhadores destas obras, que já se organizavam em vilas na capital, foram removidos forçosamente, num intuito de sanitização urbana e simbólica, para uma área a 35 quilômetros de distância. As “invasões” foram deslocadas para longe dos olhos oficiais. Cerca de 80.000 pessoas foram levadas para uma área que, aos poucos, se constituiria como a Ceilândia. À época, não havia sequer uma infra-estrutura básica com ruas asfaltadas, água encanada, luz elétrica, hospitais e escolas, telefones públicos etc. (Resende, 1985; Tavares, 2005).

Outra fonte de estigma, mais difícil de vencer do que a infra-estrutura que lentamente acaba chegando, é a identificação da cidade com a violência. O processo de densificação das periferias urbanas nas últimas três décadas tem sido generalizadamente observado no Brasil (Monteiro e col., 2009) e também na Ceilândia. Essa densificação é frequentemente associada à marginalização social, desemprego, tráfico de drogas e criminalidade. A cidade, tanto pela sua elevada população, quanto pela frequência

com que os jornais estampam seus casos de polícia, conflitos e assassinatos, tem consolidado uma imagem caricata da violência no Distrito Federal, embora talvez as estatísticas e a própria sensação de segurança e bem estar dos seus moradores possa relativizar o imaginário que permanece.

Muitos estudiosos têm apontado que a injustiça social (e a própria violência) no país tende a abrandar-se quando o Estado se faz mais presente na forma de políticas públicas e equipamentos sociais. Como exemplo destes investimentos, no Brasil, o maior sistema de saúde é público e gratuito. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no final da década de 1980, oferece desde hospitais de vários níveis, até assistência social, medicamentos, vigilância sanitária e epidemiológica, educação em saúde etc., tanto no que tange um aparato público quanto privado de saúde (Lima e col., 2009). Mais especificamente no bairro da Guariroba, onde a presente pesquisa tem circunscrito seu foco, o SUS conta com dois centros de saúde, farmácias comerciais, algumas poucas e pequenas clínicas biomédicas. O centro de saúde, onde temos realizado parte da presente etnografia, é o principal e imediato recurso de uma população de 35.000 pessoas, segundo nos foi informado pela diretora deste Centro. Este conta com uma equipe de médicos que se revezam em diferentes horários durante a semana, enfermeiros e técnicos em enfermagem, técnicos administrativos, uma farmácia que distribui gratuitamente uma oferta limitada de medicamentos, serviços de vacinação, exames bioquímicos, atendimento psicossocial, prevenção de DST/Aids e planejamento familiar.

A Guariroba

Geralmente, nossa equipe chega de Brasília ao bairro da Guariroba de metrô, que fica num plano um pouco mais elevado do que o solo. Do alto, notamos as casas térreas, quadradas e geminadas, predominantemente cobertas com telhas de zinco ou Eternit. Estas casas, que já foram mais visivelmente padronizadas, foram subsidiadas pelo Estado e vendidas a preços um pouco mais acessíveis para os primeiros moradores, ainda nos anos 70. Nesta época, a distri-

buição de terrenos e casas foi um forte atrativo para grupos socialmente excluídos de Brasília e de outras regiões do país (mas a sedução da “casa própria” perdura até hoje como tônica significativa das políticas públicas da cidade, como tem observado Borges, 2006). Muitas das pessoas do bairro migraram dos estados do Nordeste brasileiro, historicamente empobrecido, ou de regiões igualmente penalizadas pela desigualdade social, como o norte de Minas Gerais, interior do Goiás e Tocantins. Seguiram as notícias que se espalhavam à época sobre a idéia de “Eldorado” rapidamente associada à Brasília e sua construção. Assim, muitos dos maridos das mulheres que entrevistamos trabalharam, como nos disseram, “na grande obra”, e hoje estão aposentados ou procurando novos “bicos” para complementar a renda doméstica. Uma minoria conseguiu encaixar-se no “serviço público” e salários e aposentadorias um pouco mais generosas lhes permitiram gozar, na maturidade, de muito mais conforto do que quando chegaram ainda jovens.

“Conseguir um lote”, “sair do aluguel”, “ter a casa própria” são os motivos recorrentemente aventados para estas pessoas terem se mudado de outras partes do país ou do próprio Distrito Federal para a Guariroba. No início, as “casas da SHIS²” eram pequenas e, em seus quatro cômodos (cozinha, quarto, sala e banheiro), abrigavam jovens casais com seus primeiros filhos. Hoje, é difícil encontrar uma casa original, já que certa ascensão econômica foi conquistada por essas famílias e diversas modificações foram realizadas em suas propriedades: construção de garagens e varandas, adição de novos cômodos para trás e/ou para cima, gradeamento na parte frontal (em busca de segurança e privacidade) etc.

As ruas, que surgiram aos poucos na década de 1970, são paralelas à linha do metrô, que foi inaugurado em 2008. Vemos poucas árvores e as áreas de lazer são precárias, mas continuam sendo insistentemente utilizadas pelos meninos que jogam bola. Sem arborização, praças ou parques, a atmosfera cromática da Guariroba é predominantemente asfáltica.

As histórias de vida recolhidas por nós desde o

2 A “Sociedade de Habitação de Interesse Social” (SHIS), um dos primeiros órgãos de execução da política habitacional do Distrito Federal, ainda nos anos 1970 e 1980, construiu e distribuiu, gratuitamente ou a preços muito abaixo do mercado, casas e lotes para famílias de baixa renda que haviam chegado à cidade.

início de 2009 revelam entre si muitas semelhanças. A experiência de deixar a própria terra e família de origem, a aventura de migrar para uma distante cidade em construção, o trauma de ser “erradicado” e “instalado” num bairro (que naquele momento dificilmente poderia ser chamado como tal) apareceram nas conversas que temos tido com esses moradores. Temos conhecido mais mulheres, tradicionalmente associadas ao cuidado da saúde na cultura brasileira, e suas memórias relacionam os primeiros anos na Guariroba, entre as décadas de 1970-1980, à busca de água em tinas e latas de alumínio, às filas para usar o único orelhão eventualmente em funcionamento na rua, às distâncias percorridas a pé até se chegar ao ponto de ônibus mais próximo e ao périplo para se acessar algum recém-inaugurado serviço de saúde local ou do Distrito Federal como um todo.

Algumas mulheres lembram exatamente do ano em que o centro de saúde vizinho foi inaugurado, do brilho das portas recém pintadas ou dos aparelhos de aço inoxidável usados pelos médicos. Outras preferem lembrar como, desde aquela época, já era difícil encontrar profissionais da saúde disponíveis para tratamentos de urgência ou de rotina. Mesmo aquelas que mantêm algum romantismo do passado se tornam rapidamente críticas sobre o atendimento atual. Algumas das idéias mais associadas a este centro de saúde são: os resultados de exames e as consultas demoram meses para serem acessados; faltam medicamentos a serem distribuídos; e os profissionais, quando atendem, não são atenciosos como o esperado. Todas essas opiniões se refletem diretamente na maneira como estas pessoas cuidam de sua saúde e da saúde de seus familiares, como veremos com mais vagar na próxima sessão.

Além do centro de saúde, chamado localmente de “posto”, essa população conta com dezenas de farmácias comerciais, pequenas clínicas médicas e laboratoriais privadas e hospitais maiores e melhor equipados, públicos e também privados, no centro da Ceilândia, mas, sobretudo, na cidade vizinha de Taguatinga e no centro de Brasília. Tem-se observado também como essa população tem aderido aos planos de saúde particulares, seja através de seus empregadores ou familiares. Os “itinerários terapêuticos” (Langdon, 1994) são bastante diversos e criativos entre esses serviços de saúde procurados,

como veremos abaixo, sendo que meu foco aqui repousará, sobretudo, na experiência particularizada do consumo de medicamentos como um dos principais itinerários. Além destas alternativas mais institucionais, visíveis e formais, os moradores da Guariroba recorrem com a mesma seriedade aos seus familiares, vizinhos e amigos (da igreja, da escola ou do trabalho). As redes locais são um recurso fundamental no cuidado da saúde. E esse dado fica claramente sustentado pela história do bairro, com suas casas muito próximas, a identificação mútua com as dificuldades pela sobrevivência, as décadas de convivência, conivência e cumplicidade, as relações de parentesco e compadrio.

Os Medicamentos como Tema de Pesquisa

A ideia inicial foi pesquisar na Guariroba, bairro que circunscreve, desde meados de 2008, um novo campus da Universidade de Brasília, tanto para conhecer essa região pouco documentada pelas Ciências Sociais, quanto para fortalecer os laços deste campus com a comunidade local. Tenho primado por desenvolver pesquisas etnográficas em razão de meu pertencimento à Antropologia e da possibilidade que a conversa e a convivência nos oferecem para aprofundar o conhecimento sobre uma microlocalidade e um círculo circunscrito de indivíduos, geralmente, relacionados. Ademais, em minha experiência docente, também percebo como a etnografia oferece uma oportunidade positiva de pesquisa para jovens e neófitos graduandos, já que os coloca em contato direto com as pessoas, permite o ensaio da conversação mediante perguntas e anotações, estimula o retorno continuado ao bairro com novas indagações intercaladas com tempo disponível para metucioso registro em diário de campo e amadurecimento das reflexões. Os esforços etnográficos que temos empreendido ali, portanto, têm como objetivo mais geral familiarizarmo-nos com a Guariroba e a Ceilândia sob a perspectiva dos cuidados com a saúde e, a partir de uma mirada mais específica, conhecer a “cultura dos medicamentos”, dos aparelhos de aferição, o cotidiano da cronicidade e os trânsitos possíveis pelo SUS. Neste artigo, em particular, o trabalho etnográfico nos facultou a

aproximação entre os medicamentos utilizados para a hipertensão arterial e os fenômenos localmente compreendidos de memória, envelhecimento, gênero, classe social e local geográfico.

Pelo fato dos medicamentos alopáticos serem uma das frentes terapêuticas mais hegemônicas no Brasil (que está, inclusive, entre os maiores consumidores de fármacos do mundo), interessou-me conhecer como estavam sendo recebidos, percebidos e utilizados no nível local e cotidiano. Minha hipótese geral era de que principalmente as pessoas, chamadas pelos profissionais de saúde de “polimedicadas”³, teriam muito que nos contar a respeito dos medicamentos em suas vidas e, por utilizarem itens dependentes de prescrição médica, muito poderiam nos informar sobre os seus trânsitos e experiências pelos diferentes serviços de saúde. Uma antropologia dos medicamentos só recentemente começou a se desenvolver no Brasil (Desclaux, 2006), e ainda se mantém, por um lado, afeita ao um certo exotismo (Geest, 1984), como a etnofarmacologia das medicinas indígenas, por exemplo (Souza, 2007; Diehl e Rech, 2004: 158; Montagner-Melatti, 1991), e por outro lado, focada no “consumo” dos fármacos (Azize, 2006; Azize e Araújo, 2003).

A Antropologia tem muito a contribuir com a discussão farmacêutica, sobretudo ao descrever cenários etnográficos detalhados e complexos para pensarmos políticas mais atentas e adaptadas às particularidades vividas pelos usuários e suas redes imediatas de cuidado com a saúde, sobretudo no diálogo, nem sempre amistoso, com os serviços de atendimento e dispensação de quimioterápicos. E, nesse sentido, nossa pesquisa se identifica bastante com os estudos de Leibing e Groisman (2004), que perceberam, nos morros cariocas, como os medicamentos eram inseridos nas diversas linhas de significado que perpassam o cotidiano destas pessoas. E, como estes autores também notaram, os principais “polimedicados” que temos encontrado na Guariroba, são pessoas com hipertensão arterial sistêmica e com diabetes mellitus, dois freqüentes

problemas de saúde entre a população brasileira. Embora considerada por alguns autores como uma pandemia mundial, pelo fato de atingir 1 bilhão de pessoas no mundo segundo dados da Organização Mundial da Saúde (Varela, 2009), a hipertensão arterial sistêmica tem recebido pouquíssima atenção dos antropólogos brasileiros (Canesqui, 2007; Maciel, 1994). E, junto com a diabetes mellitus, observa-se como o comportamento, as relações intra-familiares, o contato com os serviços de saúde e as concepções de corpo e alimento, por exemplo, são todos elementos fundamentais para se estabelecer alguma adesão a tratamento medicamentoso e um nível auto-proclamado de bem estar. No caso da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, imaginamos que informações reveladoras pudessem surgir a partir de nossa convivência na Guariroba, sobretudo para se entender as dificuldades apresentadas pelas pessoas diante das doenças e seus tratamentos. Há muitos dados compilados esperando por reflexão e, nesse artigo, apresento um primeiro esforço de sistematização analítica.

O contato com moradores da Guariroba se deu, de início, a partir de um estudante que vive no bairro. Ele se interessou por integrar a equipe de pesquisadores e gentilmente se prontificou a nos apresentar a alguns vizinhos que eram identificados como “tomadores de muitos remédios”. Estes nos indicaram ainda outros vizinhos e a rede de contatos se expandiu paulatinamente. A primeira visita em geral servia para que a equipe apresentasse seus objetivos e interesses de pesquisa. Conversávamos, geralmente, sobre a história de vida daquela pessoa e sua família, relacionando sempre com a presença no bairro. As entrevistas foram gravadas ou descritas em diários de campo. Releituras deste primeiro material nos levaram a novas perguntas e visitas sucessivas foram empreendidas, desde que as pessoas tivessem se identificado de alguma forma com a interlocução que se iniciava, e consentissem com nossa presença. Sempre que uma entrevista era marcada, aproveitava-se para visitar, mesmo que rapidamente, outras pessoas já conhecidas, para que

3 “Polimedicados” seriam as pessoas que consomem, sob prescrição biomédica, uma grande variedade e/ou quantidade de medicamentos alopáticos, recebidos gratuitamente no centro de saúde ou comprados nas farmácias comerciais. Permito-me utilizar essa categoria ainda de forma provisória já que, do ponto de vista dos pacientes, considera-se também medicamentos não alopáticos e prescritos/sugeridos por atores não biomédicos.

nossa presença fosse gradativamente reconhecida e tornada familiar para essas pessoas e suas redes. Em geral, as visitas e entrevistas mais formais são realizadas em duplas ou até trios de pesquisadores, sempre na perspectiva de apoio mútuo entre jovens e iniciantes pesquisadores.⁴

Nossa convivência na Guariroba tem nos mostrado que os medicamentos são um profícuo e primeiro assunto para se falar de muitos outros que não somente o consumo e administração de pílulas, comprimidos, xaropes, pomadas, supositórios, injeções etc. Os medicamentos têm se revelado um excelente “atalho etnográfico” para conhecermos o cuidado com a saúde no âmbito familiar e vicinal, como os serviços oficiais de saúde são entendidos e freqüentados, como os itinerários terapêuticos são alinhavados e, sobretudo, como estes sujeitos demonstram uma agência muito criativa no trato dos três “corpos”, individual, social e político (Scheper-Hughes e Lock, 1987). O tema dos medicamentos, que começou aqui por uma “antropologia do concreto”, no sentido de atentar para a materialidade e significação destes objetos, transformou-se num tema muito versátil para entendermos a história do bairro, a relação com as esferas do SUS, a conjugalidade e o parentesco e as dinâmicas cotidianas dentro e fora de casa.

Medicamentos e Agency

Depois de falar sobre a chegada e adaptação ao bairro, dirigíamos a conversa, como já era esperado, para os tipos de medicamentos sendo tomados. Foram diferentes as posturas e respostas a partir desse momento. Algumas pessoas listavam rapidamente todos os medicamentos. Com outras, a conversa era toda dedicada à história de um único medicamento, desde quando a doença foi primeiramente sentida e diagnosticada (pelos médicos, pela pessoa ou sua

família), até as experiências mais recentes com troca de composto químico ou de dosagem. E, por fim, era comum decidirem nos mostrar suas “farmacinhas”, alegando que “é mais fácil vocês verem logo”.⁵ Antigas caixas de sapato, sacos plásticos de supermercado ou vidros e latas eram trazidos do interior da casa (do banheiro, quarto ou cozinha) e colocados na mesa de centro da sala ou na mesa de jantar ou mesmo sobre nossos colos, enquanto estávamos sentados no sofá ou em uma cadeira, na varanda.

A materialidade dos medicamentos foi o início dessa prosa, contudo, ela tomou outros rumos, densamente complexificados por essas pessoas ao nos explicarem sobre suas vidas e doenças. Muitas vezes, pegar na caixa de comprimidos ajudava a lembrar do seu tamanho e conseqüente dificuldade de serem engolidos. Outras vezes, uma cartela recortada dinamizava uma conversa sobre empréstimos e trocas de medicamentos com outras pessoas adoentadas. Contudo, uma prática que ficou muito clara para nós era a formulação de **opiniões** sobre os medicamentos que tinham sido comprados de forma autônoma ou sob sugestão de outra pessoa que já usava o fármaco ou, mais comumente, que tinham lhes sido prescritos pelos médicos e recebidos da farmácia do centro de saúde. E estas opiniões, informadas por variadas experiências corporais e geralmente sociais, geravam sempre uma ação e postura. E, aqui, vale lembrar, nos aliamos a idéia de “experiência” desenvolvida por Langdon:

A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura. [...] A relação corpo/cultura vai bem além da questão de sofrimento físico. O corpo serve para o ser humano como uma matriz simbólica que organiza tanto sua experiência corporal como o mundo social, natural,

4 A equipe de pesquisa foi composta por Gustavo Angeli, Amanda Frenkle, Mariana Marchão, Ana Paula Barbosa, Natália Almeida, Natharry Almeida e Gilvan Junior. Atualmente, Helena Lancelotti e Polliana Esmeralda estão em atividades de pesquisa. Sempre houve a intenção de promover oportunidades interdisciplinares de pesquisa, e os pesquisadores vinham de várias áreas, não apenas Antropologia. Todos são da Universidade de Brasília, seja do Campus da Ceilândia, seja do Campus Darcy Ribeiro, em Brasília. Dada a natureza coletiva dessa pesquisa e a fim de ressaltar ao longo do texto essa coletividade interpretativa, optamos por grafar o olhar do sujeito pesquisador sempre na terceira pessoa do plural.

5 A prática da “farmacinha caseira” é amplamente encontrada no Brasil, em todas as classes. E isso pode se dar na forma de medicamentos alopáticos ou não, plantas medicinais no fundo do quintal ou em jardineiras, coleção organizada de bulas para informar uma automedicação futura etc.

e cosmológico. O que o corpo sente não é separado do significado da sensação, isto é, a experiência corporal só pode ser entendida como uma realidade subjetiva onde o corpo, a percepção dele, e os significados se unem numa experiência única que vai além dos limites do corpo em si. (1995, p. 17)

Vejamos alguns exemplos de como o medicamento pode conduzir e alinhar essas experiências corporais, mas também necessariamente sociais do adoecimento. D. Claudia⁶ é uma senhora com quase 60 anos. Boliviana de nascimento, ela veio para o Brasil ainda adolescente e, depois de se casar no estado do Mato Grosso do Sul, veio morar no Distrito Federal, mais especificamente na Guariroba. Ela sempre foi dona de casa e seu marido foi porteiro de prédios de classe média alta no centro de Brasília; com ele, D. Claudia teve três filhos, hoje todos adultos e com suas famílias formadas. Atualmente ela é viúva e conta com a aposentadoria deixada pelo marido. Conta também com a presença diária do filho e nora que moram na “casa dos fundos” de seu quintal e com aportes financeiros de uma filha bem casada com um microempresário e moradora de uma cidade vizinha. D. Claudia é considerada uma “paciente de hipertensão”. Não satisfeita com os efeitos do medicamento que lhe foi prescrito, ela voltou ao consultório e exigiu uma revisão da prescrição:

Eu tomo o remédio todo dia. Eu tomava Mediodop [Metildopa], mas eu ficava dormindo demais. Dormia toda hora. Eu falei isso pro médico. Eu não estava gostando disso, não. O médico me passou outro, que eu esqueci o nome agora... Depois, me passou outro, o Atenolol 50mg. Eu tomo um de manhã. Pego do governo esse.

Essa atitude confrontacional (no nível quimioterápico e não necessariamente sobre as interpretações sobre sua doença ou a autoridade do terapeuta), não representa o que notamos na maior parte de casas que visitamos. Poder-se-ia até discordar das decisões dos médicos e vocalizar isso nas entrevistas, mas isso não se transformava em uma visita ou um retorno ao centro de saúde, como foi o caso de D. Claudia. Diante de uma insatisfação com um

medicamento, iniciativas independentes da consulta aos profissionais de saúde seriam primeiramente experimentadas. Suspender ou, ao menos, reduzir ou modificar as dosagens dos medicamentos é a primeira decisão tomada quando o mesmo promove reações indesejadas ou inesperadas. E, talvez, o fato de a hipertensão arterial sistêmica ser bastante “silenciosa”, e nem sempre provocar sintomas identificáveis facilite a alteração de uso do medicamento prescrito. Assim, diante de algum incômodo, estes efeitos colaterais imediatos pareciam ser priorizados aos efeitos terapêuticos continuados das pílulas. Talvez os efeitos indesejados não fossem diretamente relacionados à doença mais global, no caso, a pressão sanguínea elevada e outras decorrências relacionadas às funções cardiológicas. Vejamos, então, como estas alterações sobre os medicamentos aconteciam.

D. Evelyn, por exemplo, fez opções rápidas e individuais. Essa senhora com 76 anos vive há mais de 30 na Guariroba. Veio casada de Minas Gerais e teve sua única filha no bairro. O marido, pedreiro, nunca trouxe muito dinheiro para casa e, por toda a vida, ela teve que se debruçar sobre o tanque e “lavar roupa para fora”. Perdeu a filha há mais de 10 anos e hoje vive sozinha em sua casa bastante original da SHIS, com a eventual companhia de um sobrinho, que vive nos “fundos”, com a esposa. Em sua pequena sala, mobiliada com dois pequenos sofás e uma estante com eletrodomésticos antigos, ela nos contou como alterou a posologia de duas prescrições, por motivos diferentes:

Da última vez, o doutor me passou um bocado de remédio. Foram uns 140 AAS. Muito mesmo. Eu tomei um bocado, depois parei. Fiquei enjoada de tomar. Tem um gosto de framboesa que me enjoou. Diz que é bom pro coração, né. Por isso que ele me passou. Mas eu não tenho problema de coração. Diz que é pra afinar o sangue. Primeiro, eu tava tomando dois comprimidos três vezes por dia. Depois eu cansei, e fiquei tomando um comprimido três vezes por dia.

Eu estava passando também uma pomada. Eu tenho sorriase, sabe. Olha aqui a palma da minha mão. Tenho aqui do lado das canelas também. No

6 Os nomes dos interlocutores são pseudônimos para se evitar possíveis constrangimentos ou exposições desnecessárias.

joelho, tinha uma chaga grande, mas melhorou. Só aqui da perna que não diminuiu. O doutor mandou passar de duas em duas horas. Mas quando que eu consigo fazer isso? Eu pego na água o tempo todo! Não tem como passar assim como ele mandou. Aqui no cotovelo, eu até consigo passar mais. Mas eu também me esqueço. Mas tô passando.

Estas alterações podem ser motivadas porque, simplesmente, é difícil conciliar o uso do medicamento com as rotinas diárias, como no caso da pomada e o trabalho de lavadeira. Incompatibilidades de ordem fisiológica e de percepção também podem ser a razão, como no caso do enjôo por um sabor específico. Além disso, outro desafio é continuar o consumo de um medicamento para o qual não se vislumbra o propósito nem o efeito. Talvez a hipertensão arterial sistêmica, também chamada aqui de “pressão alta”, não seja relacionada com o sistema cardíaco, os “problemas de coração” e até o sangue, e estejamos, portanto, diante de distintas cosmologias corporais.

Notamos outro tipo de decisão individual, mais associada a características observadas nos próprios medicamentos. Quando perguntei à D. Margarete que medicamentos são administrados ao seu marido (recentemente acometido por um acidente vascular cerebral, com consequente dificuldade para se locomover, se cuidar e se comunicar), ela escolheu comentar sobre um deles:

Tem o Halo, que é para o tratamento dele. Esse dissolve na água. A gente pode cortar e amassar só aqueles medicamentos que não quebram o efeito. Tem a comida também, né? Tem remédio que é muito forte e tem que comer antes de tomar. O Halo é forte. Quando eu pinga na colher, muda a cor da colher. Eu acho que deve ser muito forte, né? Então, eu pingo um pouco de água no remédio, antes de dar pro Batista, porque é forte demais. Acho que, se mancha a colher, imagina o que faz dentro da gente, né? Ele era bem agitado antes desse remédio.

D. Margarete, alguns anos mais velha que o marido, é hoje sua principal cuidadora. Quando veio para a Ceilândia no início dos anos 70, de uma zona rural mineira bastante depauperada pelos efeitos de estímulos recorrentes, seus 8 filhos eram ainda crianças. Hoje, todos estão casados, têm empregos e ajudam

disciplinadamente com a doença do pai. Levam-no às consultas, compram-lhes os medicamentos que não estão disponíveis no “posto”, revezam-se para diariamente dormir com ele e deixar que a mãe descanse, levam-no para passear etc. Segundo seu depoimento, a eficácia do “Halo” é comunicada de três maneiras: a) pela mudança positiva de comportamento de S. Batista; b) pela necessidade de amortecer o caráter “forte” do medicamento “forrando o estômago com comida”; c) e pelo efeito visível sobre uma resistente colher de metal. Porém, embora considere que o estado do marido precise de um “remédio forte”, não pode ser “forte demais” a ponto de lhe fazer mal. Ela nos chama atenção para o valor ambíguo dos medicamentos que, em excesso, podem ter efeito contrário ao esperado, isto é, podem gerar efeitos colaterais negativos e ainda mais complicados do que o próprio estado patológico em questão. Embora suponhamos que não tenha sido orientada a diluir o medicamento, D. Margarete tomou a decisão de fazê-lo, priorizando o que imaginava ser a integridade do marido.

À exceção do “Halo”, D. Margarete não dizia os nomes da dúzia de medicamentos que freqüentavam aquela casa. Ela se referia a eles como “aquele da caixa amarela” ou “esse maiorzinho” e “aquele do comprimido azul”. Como D. Claudia, acima, muitas pessoas também tinham dificuldade de lembrar-se dos medicamentos tanto pelo princípio ativo específico quanto pelo nome comercial ou nome “fantasia” (Schenkel, 1996). Era frequente tentarem lembrar, ensaiarem alguns nomes semelhantes e desistir, apelando para características físicas, como nos mostrou D. Margarete, ou para apelidos, como ouvimos algumas vezes as pessoas se referirem à “Tia Zilda” no lugar do hidroclorotiazida. Sobretudo nas casas com polimedicados, é possível que a relação estabelecida com os medicamentos se dê pelo exercício de individualizá-los, isto é, identificar e/ou associar características específicas a cada um deles. Esta seria uma estratégia para, obviamente, classificá-los, mas também para conseguir organizar e lembrar de sua administração e até mesmo controlar os efeitos que, por ventura, pudessem causar. “Gosto de framboesa”, “50mg”, “o da cartela prateada” são formas de identificação talvez mais fáceis, talvez mais próximas do que os compridos nomes científicos ou comerciais, ao mesmo tempo anôni-

mos e distantes. Apropriavam-se dos medicamentos não apenas em relação aos seus efeitos e dosagens, mas trazendo-os para dentro de seu mundo de cores, números, sabores e formatos, como outras pesquisas têm mostrado de forma semelhante (Diehl e Rech, 2004). E aperfeiçoar esse **saber**, que identifica e distingue os medicamentos, é uma demonstração pública do envolvimento e também do comprometimento destas cuidadoras com a recuperação ou, ao menos, a estabilidade do doente.

Mais frequentemente, consultas informais às pessoas próximas são bastante utilizadas e eficientes para conhecer certo medicamento e balizá-lo de forma comparativa. Assim, além das experiências individuais, como nos mostrou D. Evelyn e D. Margarete, o que mais temos encontrado são depoimentos como os que seguem:

O [meu marido] Bruno aqui tomou o captopril também. Mas começou a tossir, a tossir, a tossir. Não parava mais. A gente não sabia o que era. Mas aí, um dia, eu tava na fila do posto, e eu ouvi uma mulher na fila dizendo que a mãe dela quase morreu tomando o captopril. Tossia muito também. Aí, eu voltei para casa e disse, “Meu velho, chega. Você não vai mais tomar esse remédio. Eu ouvi que pode causar essa tosse aí”. Ele parou de tomar, e parou a tosse de repente. Era mesmo o remédio, né? Depois, a gente marcou uma consulta com o médico e ele falou mesmo que esse remédio dá tosse. Agora, me conta, por que eles passam remédio se já sabem que faz mal para gente? Eu não entendo isso.

D. Jacqueline, uma dona de casa ativamente envolvida na manutenção da renda doméstica, é diarista na casa de uma senhora a duas ruas abaixo e ajuda a olhar S. Batista, quando a vizinha, D. Margarete precisa descansar ou sair. Ela também recebe doações de retalhos de tecidos e produz tapetes e colchas como um *patchwork* autodidata. Veio da Bahia com S. Bruno e criou na Guariroba

seus cinco filhos. Até hoje, ele trabalha de forma autônoma na construção civil, mas está meio “encostado” por constante falta de ar e cansaço. Além de cuidar dos medicamentos da “pressão alta” do marido, D. Jacqueline tem tentando encaminhá-lo para fazer exames e consultas para diagnosticar o problema respiratório. Só assim, ela acredita, esperançosa, ele poderá voltar a trabalhar e contribuir com o orçamento. Enquanto isso, é ela quem circula pela rua, vizinhança e centro de saúde. Ela alinhava informações que ouve na casa dos outros, na cozinha de sua patroa, nos bancos da igreja que frequenta. No depoimento acima, uma dessas informações lhe ajudou a entender a tosse repentina do marido e tomar a decisão de descontinuar o medicamento.

Desejo chamar atenção aqui para um fenômeno que é pouco observado pelas políticas públicas de assistência farmacêutica no país, constantemente preocupadas em coibir a automedicação e a intoxicação por medicamentos. A automedicação muitas vezes não acontece antes de visitar o médico, mas também depois desse contato. Claro, as pessoas primeiro tentam resolver seus desconfortos no nível imediato e familiar (por exemplo, Helman, 1981), mas depois que se consultam e voltam para casa com receitas médicas, não é garantido que vão segui-las até que os sintomas desapareçam. Em geral, nossos interlocutores pareciam acreditar na eficácia simbólica de seus prescritores, o que significa, num primeiro e imediato nível, adquirir e consumir os medicamentos. Mas, depois das primeiras experiências – muitas vezes no nível da sensação, mas também ao trocar impressões com parentes e vizinhos –, dosagens, horários e interações medicamentosas são adaptadas. As concepções sobre a interação entre os corpos e os medicamentos são construídas coletivamente. Não ouvimos, por exemplo, sobre a individualidade de cada corpo diante de um fármaco; ao contrário, uma similitude parecia perpassar os corpos, geralmente **positivados**⁷ em relação ao poder

7 A idéia de um “corpo positivado” se refere ao fato de que são os medicamentos que tendem a não se adaptar aos corpos doentes e não o oposto. Essa não adaptação pode se dar porque, como percebemos, os medicamentos são “fortes” ou “fracos” demais; não foram desenvolvidos o suficiente e, por isso, provocam efeitos colaterais nocivos; os médicos não prescrevem o medicamento mais adequado para o caso do paciente etc. Este dado se mostra oposto ao que outras pesquisas têm encontrado. Diehl e Rech, por exemplo, mostram que “quando um medicamento é adequado para uma pessoa, mas não para outra, esta pode culpar sua constituição ou o modo de administração. De maneira similar, se uma injeção retira sangue ou provoca dor ou abscesso, a constituição do indivíduo é considerada culpada ou o aplicador da injeção tem uma ‘mão ruim’. A injeção raramente falha, o medicamento sozinho nunca é o culpado (Senah, 1994)” (2004: 157). Aqui, parece haver uma positividade do próprio corpo, mas essas idéias ainda carecem de maior e futura elaboração.

ambíguo que identificavam nos medicamentos e até nos serviços de saúde.

Assim, nossos dados mostram que a “automedicação”, um dos grandes desafios assumidos pelas autoridades sanitárias no Brasil, principalmente porque é extremamente fácil comprar medicamentos sem receitas médicas no país, acontece também depois que o serviço foi acionado e pode significar a **modificação** e, sobretudo, a **suspensão** de uma prescrição. No último exemplo, D. Jacqueline nos mostra como suspender um medicamento que apresenta severos efeitos indesejados é tido por ela como uma medida de precaução e, assim, como parte integrante de sua responsabilidade pela sua família.

Claro que as explicações que acompanham o desuso de um medicamento prescrito podem ser uma reação à nossa presença, talvez identificada com o mundo letrado e socialmente branco dos profissionais de saúde no Brasil. E nossas perguntas sobre medicamentos, especialmente como estão sendo utilizados, muito se parecem com o diálogo que transcorre dentro dos consultórios, quando os médicos precisam averiguar se a prescrição está sendo seguida e se tem surtido os efeitos esperados em seus pacientes. Quer dizer, poderíamos ter nossos objetivos identificados com uma espécie de “monitoramento da adesão”, geralmente a prioridade observada entre médicos e enfermeiros do centro de saúde do bairro. Sonolência, enjôo ou tosse são justificativas que essas pessoas julgam suficientemente legítimas para descontinuarem o uso de certos medicamentos designados para a hipertensão arterial sistêmica, por exemplo. E talvez escamoteiem ou, ao menos, distraiam nossa atenção como pesquisadores de outras razões mais difíceis de assumir publicamente, como: medo de violência institucional (admoestação por parte do terapeuta, turnos inteiros gastos em filas e esperas, reconhecimento do analfabetismo diante da uma receita médica); esquecimento dos horários e rotinas posológicas; desemprego e falta de recursos para comprar os itens prescritos; efeitos colaterais desabonadores ou tidos como indignos e humilhantes (como a diurese ou a impotência sexual provocada por muitos anti-hipertensivos); ou mesmo a falta de desejo de tomar o medicamento (e os entrevistados podem supor que identifiquemos esse comportamento como um rechaço da biome-

dicina e, assim, uma postura “menos moderna” ou “esclarecida”). Por outro lado também, a situação de entrevista pode se transformar em uma ocasião de desabafo e confidência, revelando decisões que nem a família contígua conhece, ou mesmo permitindo que nossas opiniões fossem buscadas, como mais uma opinião diante de medicamentos e decisões a serem tomados. Falar com estranhos, como nos lembrou Simmel (1983), pode conferir segurança pelo eventual anonimato e distanciamento.

Este comentário pretende relativizar uma ênfase, eventualmente excessiva, na autonomia que estas pessoas pretendem nos comunicar, mas sem perder de vista que elas sempre tentam - com maior ou menor sucesso, de forma mais explícita ou não, de modo socialmente chancelado ou não - assumir o controle sobre os medicamentos e remédios que consomem e, em última instância, sobre o cuidado da saúde naquele núcleo doméstico. Sugiro que entre as dezenas de pessoas com quem temos conversado ali na Guararoba haja uma espécie de prática localizada de *agency*, similar ao conceito que Ortner (2007) tem desenvolvido. Claro que esta agência não se manifestava tão visivelmente na relação com os médicos e a prescrição dos medicamentos, mas, sobretudo na definição dos variados itinerários terapêuticos na busca por tratamentos de saúde no bairro e pelo Distrito Federal e, sobretudo, numa espécie de aconselhamento e também balizamento coletivo sobre os sintomas, as doenças e os efeitos dos medicamentos. Ortner nos lembra que

Os indivíduos/pessoas/sujeitos sempre estão inseridos em teias de relações, de afeto ou solidariedade, de poder ou de rivalidade ou, muitas vezes, em alguma mescla dos dois. Seja qual for a “agência” que parecem “ter” como indivíduos, na verdade se trata de algo que é sempre negociado interativamente. Nesse sentido, nunca são agentes livres, não apenas no sentido de que não têm liberdade para formular e atingir suas próprias metas em um vazio social, mas também no sentido de que não têm capacidade de controlar completamente essas relações para seus próprios fins. Como seres sociais - fato verdadeiro e inescapável -, só podem atuar dentro de muitas teias de relações que compõem seus mundos sociais. (2007, p. 74)

O que queremos dizer, portanto, é que, a partir de uma experiência concreta e corporal de mal estar, ligada em nossa pesquisa a algum sintoma da hipertensão ou diabetes, era necessário que nossos interlocutores localizassem essa experiência num quadro mais amplo, socialmente informado pelos vários atores à sua volta e pelas relações empreendidas com cada um deles. A partir do corpo, como nos lembrou acima Langdon (1995), é que era possível organizar e dialogar com um mundo ao redor, no nível cosmológico inclusive. Mas, e aqui repousa a nossa ênfase, esse diálogo era empreendido pelos indivíduos - D. Margarete, D. Claudia, D. Evelyn, por exemplo - repletos de opiniões, ações e avaliações. E o resultado concreto destas opiniões, ações e avaliações - os itinerários terapêuticos - só poderia surgir, nos lembra Ortner (2007), a partir de muitas “negociações” tomadas dentro de uma “teia de relações”, seja com o parente adoentado, os familiares e conhecidos, os profissionais de saúde etc. Queremos chamar atenção para o que de melhor a etnografia pode trazer: são **peças** que cuidam da saúde e que para tal acionam eventual e criativamente uma variedade de medicamentos. A etnografia as revela, mas sem deixar de balizar uma suposta “independência” ou “autonomia” radical destas pessoas, ancorando-as em seus locais, seus territórios, suas histórias de vida. Tanto “experiência” como “agência” nos ajudam a alinhar os processos de adoecimento e tratamento, o uso cotidiano dos medicamentos, os trânsitos pela cidade e pelo tempo biográfico.

A Pluralidade do Cuidado com a Saúde

É bom lembrar que, muitas vezes, ao chegar ao médico, outras soluções já podem ter sido tentadas, num itinerário terapêutico variado, mais ou menos institucional, mais ou menos solitário, mais ou menos visível ou medicamentoso. Opiniões, como destaquei acima, eram constantemente aventadas

e discutidas - em casa, nas salas de espera dos consultórios, no comércio local - em todos os momentos desse itinerário, desde o aparecimento dos primeiros sintomas até os efeitos provocados por uma medicação receitada. E, nos casos de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, a manutenção dos índices de pressão sanguínea e glicose sanguínea, bem como o evitamento das “crises⁸” eram os ideais a serem atingidos com um medicamento tido como “bom”, “acessível” e sem “efeitos colaterais”. A cronicidade destas doenças parece manter por um tempo ilimitado a atenção sobre a relação com a saúde e os medicamentos.

Lembro que D. Evelyn, buscando resolver suas feridas na pele (semelhantes, segundo ela, à psoríase), usou várias pomadas sugeridas por médicos do “postinho” e também de hospitais maiores. Foi também a um médico que atendia em um centro espírita, no entorno do Distrito Federal. Em outro momento, ela contou que apesar de não ter osteoporose, prefere se prevenir. Um vendedor, vindo de Goiânia, passou na rua de D. Evelyn oferecendo xaropes caseiros, que prometiam curar a osteoporose. Ela comprou e tomou por um tempo. Além e também a partir das opiniões ouvidas por essas mulheres, várias soluções concretas são combinadas para se resolver problemas pontuais ou mesmo os mais graves e perenes. Para nossos interlocutores, não parece haver uma incompatibilidade entre essas pontas e sim uma complementaridade terapêutica, similar ao que Kleinman (1980) nos mostrou no contexto chinês. Estas informações sobre vendedores ambulantes, chás fitoterápicos, curandeiros eram também circuladas e avaliadas nas redes por onde essas mulheres transitavam.

Em todas essas etapas, dificilmente estas mulheres estiveram sozinhas para avaliar alternativas, tomar decisões e depois notar as repercussões de suas escolhas. Conheci uma mulher que recorria à sua vizinha de porta, dia sim dia não, para medir sua pressão sanguínea, em vez de caminhar até o

8 As “crises” eram representadas como momentos em que a pressão sanguínea ou os índices glicêmicos subiam rápida e inesperadamente, provocando intensas ondas de mal estar e um desespero contagiante a todo núcleo familiar e, por vezes, vicinal. Carros, táxis ou ambulâncias precisavam ser acionadas imediatamente para encaminhar a pessoa ao serviço de saúde mais próximo e eficiente. Algumas pessoas associavam a descontinuidade dos medicamentos às “crises”; outras consideravam momentos difíceis e conflituosos nas relações pessoais, alimentação inadequada e, frequentemente, a ineficácia ou inadequação do medicamento prescrito. Todas as pessoas já tinham vivido ou presenciado uma “crise” entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e temiam uma reincidência.

“posto” para conseguir o mesmo serviço. Imagino que nessa “passadinha” na casa ao lado, os números que surgissem no visor do aparelho motivassem muitas conversas sobre a idéia de “normalidade”, eventos recentes que poderiam ter provocado uma leve ou brusca alteração da pressão sanguínea, adaptabilidade aos medicamentos receitados, avaliação dos serviços oferecidos às pessoas com hipertensão arterial sistêmica no centro de saúde etc. O mesmo acontece com D. Margarete, por exemplo, que conta com a assídua presença de seus 8 filhos e ainda noras, netos e sobrinhos para cuidar do marido. Essa intensa convivência aproxima esses indivíduos das várias esferas de cuidado oferecidas ao S. Batista. E, justamente por isso, todos estes membros familiares ajudavam, constantemente, a tomar decisões sobre como melhor proceder diante de cada novo desafio apresentado pelo septuagenário. A rejeição ou a reação a um medicamento, a dificuldade de caminhar, um comportamento agitado ou violento eram problemas a serem discutidos por todos estes personagens que freqüentavam diariamente a casa de D. Margarete e S. Batista.

Reforço esse ponto para destacar que mesmo atitudes que nos são comunicadas como decisões individuais podem ter sido construídas coletivamente. Conversa-se sempre que possível sobre os medicamentos. Experiências com o mesmo medicamento são trocadas, soluções testadas anteriormente são oferecidas, nomes de outros médicos ou postos de saúde são lembrados. Trocar opiniões sobre os medicamentos é o começo de um diálogo muito mais amplo, que diz respeito às concepções de saúde e corpo, mas também explícita o tipo de laço existente e em constante construção entre os enunciantes. Os medicamentos são um tema versátil e produtivo que comunica significados diretamente relacionados com o bem estar corporal daquela pessoa, mas também uma idéia mais social, sobre a família e os vizinhos, ou até mesmo uma idéia mais política de “bem estar”, por exemplo quando os comentários sobre os medicamentos remetiam aos enfrentamentos vividos nos consultórios, farmácias e hospitais. E, portanto, esperamos tirar máximo proveito da aproximação entre as idéias de agência individual, rede de relações e negociação social, de Ortner (2007), e de experiência corporal e social do adoecimento, de

Langdon (1995).

Não pretendo aqui dar a impressão de que essas pessoas sejam anti-medicamentos, anti-alopatia ou anti-biomedicina. Pelo contrário, é generalizada uma valorização dos medicamentos e foram várias as situações observadas nesse sentido. Quando D. Claudia, D. Evelyn, D. Margarete, D. Jacqueline e outras mulheres que conhecemos eram induzidas a comentarem sobre os serviços oferecidos no “posto”, a principal associação era: “Ali faltam muitos medicamentos”. Um dos funcionários responsáveis por entregar os medicamentos na farmácia deste centro de saúde nos explicou que muitos pacientes reclamam quando passam por toda a burocracia e espera para serem atendidos numa consulta e o médico conclui que o caso clínico não necessita de medicamentos. E, sobre a relação com os pacientes ali na farmácia, ele comentou, “Um problema que eu enfrento aqui é quando o paciente fica bravo com a falta de medicamentos. Um já quis partir pra cima de mim aqui dentro”. E, numa das tardes que cheguei ao “posto” para continuar algumas conversas e entrevistas, havia uma equipe de televisão. Quando perguntei o que lhes trazia até ali, sobretudo porque são poucas às vezes em que a Ceilândia aparece na mídia do Distrito Federal com outras pautas que não a violência, a repórter explicou que vinham por conta de uma denúncia que havia sido feita sobre o desfalque de medicamentos no “posto”.

Assim, embora vários de nossos interlocutores tecessem críticas aos serviços de saúde - públicos e privados - tinham apreço pela possibilidade de acessar uma opinião tida como “técnica”, no caso de um médico ou um farmacêutico, e também de acessar uma gama de medicamentos tidos como “importantes” (também porque gratuitos). Contudo, esse artigo quis reforçar que essas opiniões e produtos emitidos pelos atores oficiais do cuidado da saúde não evitava nem substituía que uma rede muito mais ampla e criativamente composta fosse constantemente acionada por essas mulheres entrevistadas. As doenças, mas também os medicamentos, abriam possibilidades de conversas e práticas e, assim, um **saber coletivo** sobre a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus eram paulatinamente construídos ali na Guariroba.

Percebo que o contato com o médico, tido como um

especialista que conhece o leque e as especificidades de substâncias terapêuticas, é uma espécie de senha de acesso as estas informações biomédicas. E, depois da consulta, o paciente ganha uma autonomia para receber ou comprar, experimentar, avaliar, comentar e modificar o uso dos medicamentos. Não só o uso dos medicamentos revela a participação muito ativa das pessoas no cuidado com sua saúde, como vimos na maior parte desse artigo, mas a própria relação com o “posto” tem constituído uma oportunidade de reforçar e vocalizar esse saber localmente produzido entre amigos, parentes, vizinhos e até companheiros de doença.⁹ Brigar com o farmacêutico, encaminhar denúncias para um programa de televisão, acionar a justiça para receber um medicamento, questionar porque os médicos passam medicamentos com efeitos colaterais previstos são todas táticas, nos moldes sugeridos por Scott (1985), que caminham na direção de uma agência no cuidado com a saúde.

De certa forma, estas demandas revelam a importância conferida aos fármacos. Contudo, isto não equivale exatamente a uma sobrevalorização ou uma valorização acrítica dos mesmos. A história de vida e a convivência com o próprio corpo, a família e o bairro da Guariroba ajudam estas pessoas a ponderar o consumo de várias coisas, dentre elas, os medicamentos. Este artigo pretendeu revelar os sentidos atualizados por um grupo de mulheres sexagenárias com hipertensão arterial sistêmica e com diabetes mellitus (ou cuidando de pessoas acometidas por esses estados) na relação material e simbólica com os medicamentos. As experiências práticas e os esforços interpretativos, simultâneos e intercambiáveis, demonstravam tanto como elas se posicionavam em relação aos profissionais de saúde, quanto como se viam enquanto figuras centrais do cuidado de si e dos seus. Falar e manusear os medicamentos fazia estas mulheres alcançarem esferas que, de forma muito complexa, lhes exigiam formular opiniões, ações e avaliações constantes.

Referências

AZIZE, R. L. Saúde e estilo de vida: divulgação e consumo de medicamentos em classes médias urbanas. In: LEITÃO, D. K.; LIMA, D. N. O.; MACHADO, R. P. (Org.). *Antropologia e consumo: um debate entre Brasil e Argentina*. Porto Alegre: Editora AGE, 2006. p. 119-37.

AZIZE, R. L.; ARAÚJO, E. S. A pílula azul: uma análise de representações sobre masculinidade em face do Viagra. *Antropolítica*, Niterói, v. 14, p. 133-51, 2003.

BORGES, A. Barraco: etnografia dos meios e dos modos de vida no Recanto das Emas. In: BRITES, J.; FONSECA, C. (Org.). *Etnografias da participação*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2006. p. 212-243.

CANESQUI, A. M. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Olhares antropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec, p. 87-110, 2007.

DESCLAUX, A. Antropologia dos medicamentos. *Mediações*, Londrina, v. 11, n. 2, p. 113-30, 2006.

DIEHL, E. E.; RECH, N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 149-69.

HELMAN, C. Disease versus illness in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, Londres, v. 31, p. 548-22, 1981.

KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. An exploration of the borderline between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

9 Alguns centros de saúde, o de número 4 entre eles, têm organizado o que denominam de “grupos de apoio” a pessoas convivendo com a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus. Por exemplo, as pessoas com hipertensão atendidas por esse “posto” são divididas em “grupos” (identificados por letras do alfabeto) de 20 pacientes. Uma vez por quadrimestre, esse “grupo” tem sua consulta já previamente marcada e comparece ao “posto”. Antes da consulta, eles têm sua pressão sanguínea averiguada por enfermeiras e depois assistem a uma palestra dada pela assistente social sobre alguma especificidade da doença. Em seguida, aguardam algumas horas até que seu nome seja chamado pelo médico, de dentro do consultório. Como o grupo é fixo, as mesmas pessoas se encontram, pelo menos, três vezes por ano ali no centro de saúde e, depois de alguns anos, já se reconhecem e passam a manhã trocando impressões sobre a doença, o atendimento, os medicamentos, a alimentação, as dificuldades enfrentadas com a “pressão” etc. Denomino essas pessoas, nessa configuração específica, de “companheiros de doença”. Esse ponto merece ser mais explorado futuramente.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica. UFSC. Palestra oferecida na conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/1995. Fonte: <http://www.webartigos.com/articles/62592/1/A-morte-social-em-pacientes-do-sexo-masculino-com-cancer-de-cabeca-e-pescoco-um-estudo-de-caso/pagina1.html#ixzz1KBhhBvSz>

LANGDON, E. J. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana”. In: SANTOS, R. V. e COIMBRA, C. E (org.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

LEIBING, A. G. A.; GROISMAN, D. Tão alto quanto o morro - identidades localizadas de mulheres hipertensas na favela da Mangueira. In: LEIBING, A. (Org.). *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004. p. 277-299.

LIMA, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MACIEL, C. L. C. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: ROMANO, W. B. (Org.). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 2-38.

MONTEIRO, M. ; ANDRADE, A. P. M. ; TORNQUIST, C. S. ; MALUF, S. W. . Gênero, saúde mental e subjetividades: o caso da Nova Esperança. In: I Seminário Nacional Sociologia & Política: Sociedade e Política em Tempos de Incerteza, 2009, Curitiba. Anais do I Seminário Nacional Sociologia & Política: Sociedade e Política em Tempos de Incerteza, 2009. MONTAGNER-MELATTI, D. Mani Pei Rao: remédios do mato dos Marúbo. In BUCHILLET, D. (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém,: MPEG/Edições Cejup/UEP, 1991. p. 463-87.

ORTNER, S. Poder e projetos: Reflexões sobre a agência. In GROSSI, M.; ECKERT, C.; FRY, P. *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas*. Blumenau: Nova Letra, 2007. p. 45-80.

RESENDE, M. L. S. *Ceilândia em movimento*. 1985. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, Brasília.

SCHENKEL, E. P. (Org.). *Cuidados com os medicamentos*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1996.

SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. M. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, Malden, , v. 1, n. 1, p. 16-41, 1987.

SCOTT, J. *Weapons of the weak: everyday forms of peasant resistance*. New Haven: Yale University Press, 1985.

SIMMEL, G. O estrangeiro. In: MORAES FILHO, E. (Org.). *Simmel: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983, p. 50-61.

SOUZA, L. C. Remédios do mato e remédios de farmácia: relações ente o sistema médico Fulni-ô e o sistema oficial de saúde. In *Anais da I Reunião de Monitoramento, Medicina Tradicional indígena em contexto*. Brasília, FUNASA, 2007. p. 55-62.

TAVARES, B. L. *Feira do rolo*. Na pedagogia da malandragem: memória e representações sociais no espaço urbano de Ceilândia-DF. 2005. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, Brasília.

VARELA, D. “O descontrolado da pressão”. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 12 set. 2009.

VAN DER GEEST, S. Anthropology and pharmaceuticals in development countries. *Medical Anthropology Quarterly*, Malden, v. 15, 1984, p. 59-62, 87-90.

Recebido em: 12/04/2010

Reapresentado em: 21/04/2011

Aprovado em: 18/05/2011