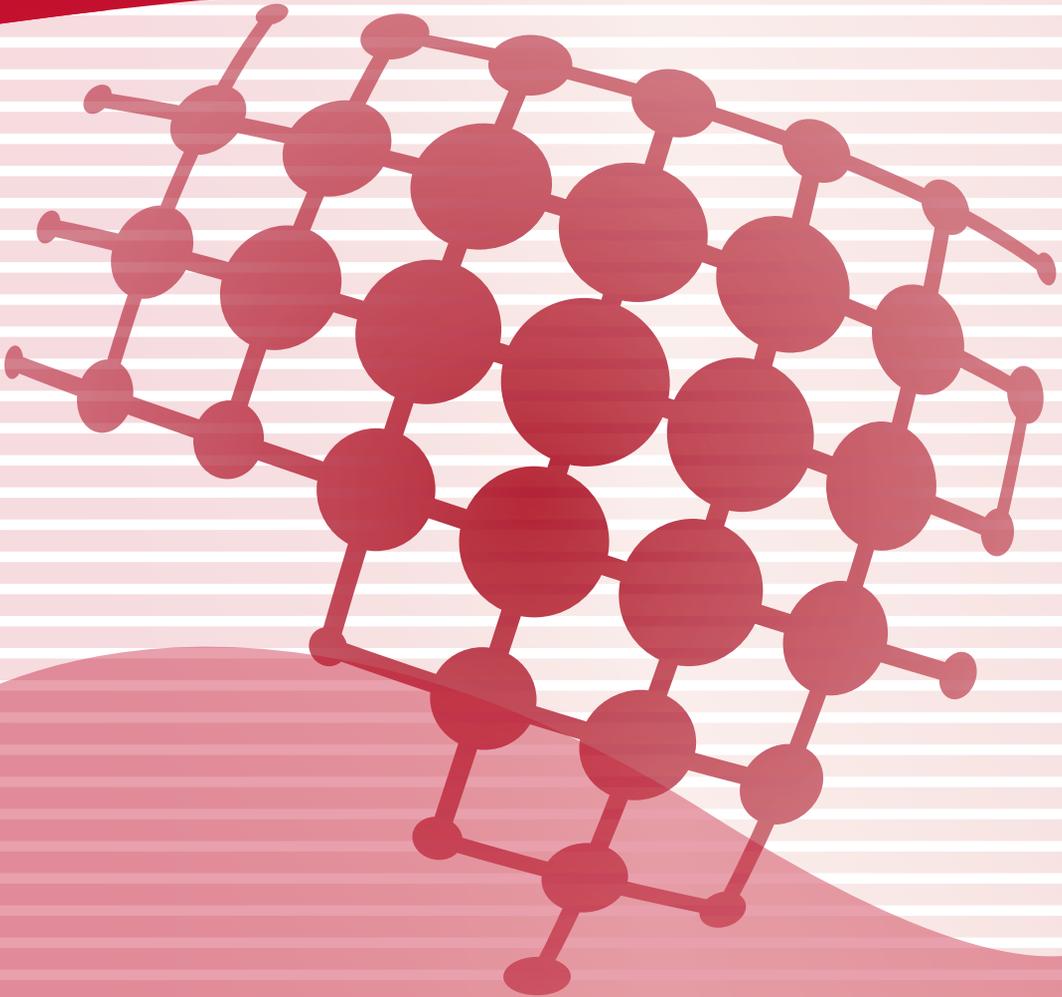


Gestão da Assistência Farmacêutica

EaD



Eixo 2: Serviços Farmacêuticos

Módulo 5: Dispensação
de medicamentos



CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO USO DE MEDICAMENTOS

MÓDULO 5

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) Mozart Júlio Tabosa Sales

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) Felipe Proença de Oliveira

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) Carlos Augusto Grabois Gadelha

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) José

Miguel do Nascimento Júnior

Responsável Técnico pelo Projeto UnA-SUS Francisco Eduardo de Campos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa e Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Chefe do Departamento Miriam de Barcellos Falkenberg

Subchefe do Departamento Maique Weber Biavatti

Coordenadora do Curso Eliana Elisabeth Diehl

COMISSÃO GESTORA

Coordenadora do Curso Eliana Elisabeth Diehl

Coordenadora Pedagógica Mareni Rocha Farias

Coordenadora de Tutoria Rosana Isabel dos Santos

Coordenadora de Regionalização Silvana Nair Leite

Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso Luciano Soares

Coordenação Técnica Alessandra Fontana, Bernd Heinrich Storb, Fernanda Manzini, Kaite Cristiane Peres, Guilherme Daniel Pupo, Marcelo Campese, Samara Jamile Mendes

AUTORES

Eliana Elisabeth Diehl

Esther Jean Langdon

© 2013. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Equipe Necont

Revisão Textual Judith Terezinha Müller Lohn

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Gráfico Felipe Augusto Franke

Ilustrações Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Ilustração Capa Ivan Jerônimo Iguti da Silva

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL (2ª EDIÇÃO)

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Produção de Material Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Soraya Falqueiro

Revisão Textual Judith Terezinha Muller Lohn

Design Gráfico Tais Massaro

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO USO DE MEDICAMENTOS.....	7
Lição 1 - Cultura, doença e autoatenção à saúde	10
Lição 2 - O uso de medicamentos sob o foco da Antropologia	27
REFERÊNCIAS	47

UNIDADE 1

MÓDULO 5

UNIDADE 1 – CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO USO DE MEDICAMENTOS

Ementa da Unidade

- Contextualização do uso de medicamentos a partir de uma abordagem sociocultural.

Carga horária da unidade: 15 horas.

Objetivos específicos de aprendizagem

- Compreender conceitos como cultura, doença e práticas de autoatenção, e suas implicações para o processo saúde-doença.
- Refletir sobre conceitos que envolvem medicamentos, à luz da noção de cultura, de doença e das práticas de autoatenção, sob uma abordagem da Antropologia.

Apresentação

Iniciaremos o Módulo 5, que trata da dispensação de medicamentos, com um conteúdo que ainda é pouco explorado durante a formação em Farmácia, bem como em outras áreas das ciências da saúde. Nesta unidade, intitulada “Contexto sociocultural do uso de medicamentos”, estudaremos alguns conceitos, fundamentais para a compreensão dos medicamentos para além de suas dimensões farmacológica, bioquímica, técnica e legal.

Na primeira edição do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância, esta unidade foi desenvolvida pela Professora Esther Jean Langdon, antropóloga e professora do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e pela Professora Eliana Elisabeth Diehl, farmacêutica e professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina. Também nessa primeira edição, o conteúdo foi dividido em quatro lições, sendo que as três primeiras foram oferecidas junto ao Módulo 2 - *Medicamento como insumo para a saúde* e a última, no Módulo 4 - *Serviços farmacêuticos*. Para a edição atual do Curso, avaliamos que esse conteúdo deve ser oferecido em sua íntegra junto ao conteúdo de dispensação de medicamentos, por trazer conceitos e reflexões mais bem relacionados com as diferentes habilidades e os conhecimentos necessários à dispensação. Além disso, como a dispensação têm seu principal foco sobre quem utiliza os medicamentos, queremos

que cada estudante tenha a oportunidade de ampliar sua visão sobre esse processo, colocando o usuário no centro da atenção à saúde. As lições desta unidade foram readaptadas a partir da primeira edição do Curso e, portanto, mantivemos a autoria original.

Enfatizamos que essa discussão está bastante centrada nos sujeitos e grupos sociais, bem como no uso e entendimentos que eles fazem e têm dos medicamentos. Porém, não ignoramos que muitos dos aspectos apresentados podem ser aplicados à dimensão da gestão da dispensação de medicamentos, foco deste Módulo.

Esta unidade, que corresponde a 15 horas-aula, está dividida em duas lições principais:

- Lição 1 – Cultura, doença e autoatenção à saúde: nesta lição, os conceitos serão discutidos na perspectiva da Antropologia simbólico-interpretativa, de acordo com Clifford Geertz (1989) e Esther Jean Langdon (2003), entre outros; e os saberes, práticas e experiências envolvidos no processo saúde-doença-atenção serão abordados na perspectiva das atividades de autoatenção, conforme Eduardo Menéndez (2003, 2009).
- Lição 2 – O uso de medicamentos sob o foco da Antropologia: vamos repensar alguns conceitos biomédicos que envolvem os medicamentos, à luz da abordagem antropológica de autores como Sjaak van der Geest (1987, 1996), Peter Conrad (1985), Eliana Diehl (2001, 2004, 2010, 2012) e outros. Nesta lição, os conceitos de adesão, uso racional de medicamentos, eficácia, entre outros, serão revisitados, visando desenvolver um olhar mais amplo que aquele disciplinado pelo saber biomédico.

Ao longo do conteúdo, faremos sugestões de leituras complementares e exercícios para reflexão sobre a temática.

Conteudistas responsáveis:

Eliana Elisabeth Diehl
Esther Jean Langdon

Conteudista de referência:

Eliana Elisabeth Diehl

Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

CONTEXTUALIZANDO

Nesta unidade, abordaremos conceitos que vêm do campo da Antropologia, em especial da Antropologia da Saúde.



Reflexão

Mas, por que esse tema é importante em um Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica?

Nossa formação é, geralmente, marcada pelo tecnicismo, e ainda é muito recente a inserção de conteúdos das ciências sociais e humanas nos currículos farmacêuticos, tornados essenciais pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, as quais reforçam que o farmacêutico deve ter um perfil humanista e ser capaz de compreender a realidade social, cultural e econômica de seu meio.

Além disso, quando falamos em integralidade da atenção à saúde, é necessário que nossas ações e serviços contemplem o ser humano e os grupos sociais em toda a sua complexidade. Assim, a Antropologia mostra-se como uma das ciências humanas adequadas para construir o perfil proposto pelas Diretrizes, visto que ela reflete sobre as coletividades humanas e suas relações nas diferentes sociedades.

Enfatizamos que a escolha pela Antropologia e não por outra ciência humana se deve ao fato de que vimos refletindo sobre sua abrangência e especificidade no campo da saúde – e sobre os medicamentos –, buscando ampliar a visão e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância dessa abordagem.



Ambiente Virtual

Acesse a *Resolução CNE/CNS n. 2*, de 19 de fevereiro de 2002, na Biblioteca, e observe que as prerrogativas relacionadas à formação vão além do tecnicismo.

No decorrer desta unidade, além de trazermos alguns autores que consideramos fundamentais para o tema, apresentaremos experiências vividas pelas autoras, bem como outros relatos, ilustrando as ideias que queremos compartilhar com vocês.

Vamos começar? Siga com seus estudos e bom aprendizado!

ENTRANDO NO ASSUNTO

Lição 1 - Cultura, doença e autoatenção à saúde

Esta lição tem como objetivo de aprendizagem apresentar alguns conceitos e suas implicações para o processo saúde-doença-atenção. Ao final deste estudo, esperamos que você compreenda esses conceitos e possa refletir sobre as suas potenciais contribuições para as ações profissionais que realizamos cotidianamente.

O que é cultura?

Idealmente, como profissionais de saúde, queremos que o usuário siga, de modo fiel, a receita do médico, que compartilhe da mesma racionalidade **biomédica**¹ e do mesmo entendimento sobre o valor e a eficácia do medicamento. De fato, cotidianamente esse não é o caso. O cumprimento das instruções, como determinado na receita médica, – tanto na aquisição quanto na frequência e dosagem indicadas – raramente acontece.

Vários fatores influenciam quanto, como e quando o doente adquire e autoadministra seus medicamentos. Você deve imediatamente pensar que o acesso e a questão econômica estão entre os aspectos mais importantes que condicionam o uso dos medicamentos. Vamos argumentar, durante esta unidade, que esses fatores são menos importantes que as experiências do sujeito e as avaliações feitas sobre suas necessidades.

Para entender as experiências, avaliações e necessidades, é preciso explorar o contexto cultural em que a pessoa vive. Fatores culturais são fundamentais na experiência da doença e nas decisões que a pessoa toma quando se trata de sua medicação. Defendemos, ainda, que, de uma perspectiva antropológica, a relação entre a cultura e os processos de saúde e doença deve ser parte da formação de qualquer profissional que trabalha com saúde e, particularmente, do farmacêutico, para que este desperte o interesse em entender o uso humano dos medicamentos.

O uso de medicamentos está determinado mais pela construção sociocultural da experiência da doença e menos pela experiência biológica.

Utilizamos o termo ¹ “biomédico” ou “biomedicina” para designar a medicina ocidental hegemônica, cujo enfoque é a biologia, a fisiologia e a patofisiologia humanas.

Cultura² é um conceito central para a Antropologia. Nossa argumentação é que todos têm cultura, e é ela que determina, em grande parte, se a pessoa vai utilizar e como vai utilizar um medicamento.

A cultura inclui valores, símbolos, regras, costumes e práticas. Nessa definição, três aspectos devem ser ressaltados para se entender o que é atividade cultural: a cultura é aprendida, compartilhada e padronizada.

Ao dizer que é aprendida, estamos afirmando que não podemos explicar as diferenças do comportamento humano através da biologia. Sem negar um papel da biologia, a perspectiva cultural afirma que a cultura modela as necessidades e características biológicas.

Assim, a biologia oferece um pano de fundo ao nosso comportamento e às potencialidades de nosso desenvolvimento, mas é a cultura que torna essas potencialidades (as quais são iguais para todos os seres humanos) em atividades específicas, diferenciadas, segundo a cultura do grupo a que pertencemos. Porém, ser homem ou mulher, brasileiro ou chinês, não depende da composição genética, mas do que a pessoa aprende da sua cultura, ou seja, é a cultura que modela nossos comportamentos e pensamentos.



Ambiente Virtual

Para ampliar seu entendimento sobre a temática, sugerimos duas leituras pertinentes:

- Roberto da Matta – *Você tem cultura?*
- Maria Ignez Paulilo – *O peso do Trabalho Leve*. O texto trata da discussão sobre trabalho “leve” e “pesado” no Nordeste e em Santa Catarina.

Ambos estão disponíveis na Biblioteca.

Ao dizer que a atividade cultural é compartilhada e padronizada, salientamos a dimensão coletiva e separamos o comportamento cultural do comportamento individual. Assim, diferenças individuais devido às diferenças das experiências particulares e/ou características psicológicas particulares não fazem parte da cultura, sendo alvo de outra ciência, a Psicologia. Nosso interesse está na influência do contexto cultural na pessoa.

Para ilustrar essa afirmação, vamos conferir as diferenças de pensamentos e comportamentos sobre a comida. No Brasil, o feijão

2 Cultura é qualquer atividade física ou mental que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo.

e o arroz formam o básico do almoço completo para muitos grupos, que não satisfazem sua fome se esses dois alimentos não estão presentes. Outros sempre precisam de um prato de carne para se sentirem alimentados, e até saem com fome depois de comer uma abundante comida chinesa, cheia de legumes misturados com um pouco de carne. O chinês, por outro lado, sente-se completamente satisfeito com a sua comida.

Esther Jean Langdon ³ realizou pesquisa de campo sobre xamanismo e cosmologia na Colômbia, entre 1970 e 1974. Com base nessa pesquisa, obteve o doutorado na Tulane University, nos Estados Unidos, em 1974. O enfoque da sua tese de doutorado foi a relação entre cosmologia, doença e práticas cotidianas entre os índios Siona da Colômbia.

Quando eu, **Jean**³, morei com os índios na selva amazônica, sofri bastante nos dias em que a comida consistia de formigas com cassava (pão de mandioca), pois, embora as formigas sejam uma boa fonte de proteína e vitamina, sentia fome, mesmo após as refeições.

Segundo a cultura, não só o que comer é definido distintamente, mas também quando comer. A maioria dos brasileiros tem que comer a principal e mais farta refeição ao meio-dia para digerir bem e ficar bem alimentado para o trabalho da tarde. Comer muito à noite, sobretudo comidas pesadas, faz mal para o estômago. Por sua vez, o norte-americano não sente falta do feijão; em geral come pouco ao meio-dia e janta muito bem à noite, depois que sai do trabalho.

Tais considerações sobre o que comer e quando comer são relativas a atividades culturais que são compartilhadas e padronizadas pelos membros do grupo e, portanto, não são fundamentadas na biologia. A cultura de cada um dos grupos define o que e quando comer para considerar-se bem, e isso não depende da biologia. A biologia, nesse aspecto, só nos indica a necessidade de nutrição e certas limitações quanto a alimentos tóxicos.

Para o ser humano, a cultura desempenha um papel parecido com o papel dos instintos biológicos nos animais, ou seja, o papel de determinar como o grupo vai sobreviver. Cada grupo vive dentro de um ambiente, e a sua cultura determina como sobreviver nesse ambiente. O ambiente pode variar segundo a cultura, e assim é possível encontrar, dentro de um tipo ambiental, várias soluções culturais para resolver uma questão. A tecnologia humana e os grupos que participam das tarefas são resultantes da cultura do grupo.

O ser humano nasce com a capacidade de participar de qualquer cultura, aprender qualquer idioma e desempenhar qualquer tarefa, mas é a cultura específica, na qual ele nasce e se desenvolve, que determina o idioma que fala, as atividades que faz segundo idade, sexo e posição social, e como pensa sobre o mundo em que vive.

Chamamos a esse processo de desenvolvimento dentro de uma cultura de “enculturação” ou “socialização” e, nesse processo, a cultura determina tanto o que a pessoa deve fazer como o porquê de fazer. Este último aspecto, o porquê de fazer, é importante para entender a integração e a lógica de uma cultura.

A cultura, antes de tudo, oferece uma visão do mundo, isto é, uma explicação de como o mundo é organizado, de como atuar neste mundo construído pela cultura e quais são os valores sobre essas atividades. Assim, voltando ao nosso exemplo da comida, cada grupo com sua cultura, além de organizar um sistema daquilo que é comestível ou não e de como conseguir a comida dentro do ambiente e com as tecnologias disponíveis, também organiza os alimentos em classificações do tipo: o que é boa comida, comida fraca, comida leve etc., todas carregadas de valores.

Apesar de muitos profissionais de saúde reconhecerem que é necessário ter uma compreensão do conceito de cultura e de como ela afeta a percepção da doença e as decisões tomadas para retirar a doença, muitos têm uma visão de cultura como um obstáculo à percepção da racionalidade médica. Pensam que a cultura de um grupo ou de uma pessoa é algo dado, um estado estanque e fixo.

O conceito que estamos apresentando aqui difere muito dessa visão, visto que cultura refere-se a um aspecto abstrato e dinâmico dos grupos humanos, que resulta da capacidade de organizar seu mundo via símbolos e, assim, comunicar, simbolicamente, sobre esse mundo. No seu sentido dinâmico, cultura é definida por Clifford Geertz (1989) como um sistema de símbolos que fornece um modelo de e para a realidade.

Esse sistema simbólico é público e centrado no ator, que o usa para interpretar seu mundo e para agir, de forma que também o reproduz. As interações sociais são baseadas em uma realidade simbólica que é constituída de significados, e, por sua vez, constitui os significados, as instituições e as relações legitimados pela sociedade. A cultura é expressa na interação social, quando os atores comunicam e negociam os significados.

Aplicado ao domínio da medicina, o sistema de saúde é também um sistema cultural, um sistema de significados ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais. É aquele que integra os componentes relacionados à saúde e fornece ao indivíduo as pistas para a interpretação de sua doença e das ações possíveis.

Essa visão da ação simbólica enfatiza certos aspectos que são, frequentemente, ignorados na dinâmica da cultura. Um aspecto importante para nós é que o próprio significado das coisas não é dado, mas depende do contexto e emerge da interação social. Por exemplo, o significado de uma doença é definido pela interação das pessoas que estão comunicando sobre o assunto.

Numa pesquisa realizada entre as mulheres de uma comunidade no sul do Brasil, a médica-antrópologa Maria Lúcia da Silveira (2000) descobriu que os médicos e as mulheres têm percepções muito diferentes sobre uma aflição corporal e psíquica, conhecida localmente como “nervos”. Os médicos não conseguem identificar um diagnóstico com correspondência em seus manuais de medicina, enquanto, entre os membros da comunidade, essa aflição é comum e muito conhecida. De fato, nervos é uma doença bastante conhecida entre muitas comunidades por todo o nosso país. No caso dessa pesquisa, a médica-antrópologa observou que os médicos, nas unidades de saúde, tenderam a descartar a importância dessa doença na vida das mulheres e, frente à impotência deles para resolvê-la, a rotularam como doença “**psi**”⁴, receitando medicamentos controlados. Esses medicamentos, conhecidos pelas mulheres como de “receita azul”, foram valorizados por elas pelos seus efeitos calmantes, apesar de a aflição continuar existindo em suas vidas. Um resultado de sua valorização, baseado na experiência de tomar o medicamento, expressa-se na troca dessa receita entre elas para facilitar o acesso a outras mulheres.

O rótulo “psi”, utilizado 4 pelos médicos, designava, genericamente, a doença “nervos” como um problema psicológico, que podia ser tratado com psicofármacos.

Portanto, a cultura não é uma coisa dada. Não é mais possível afirmar que a cultura impede o outro de entender a nossa medicina ou é um obstáculo a ser superado por meio de programas de educação em saúde. Cultura é um sistema de símbolos fluidos e, podemos dizer, abertos à reinterpretção, ou seja, há a possibilidade de as pessoas criarem novos significados.

Sem descartar a ideia de que a cultura, como sistema simbólico, é compartilhada pelos membros de um grupo, sua análise passa para um enfoque na *praxis*: a relação entre a procura do significado dos eventos e a ação. Essa abordagem enfatiza os aspectos dinâmicos e emergentes. A cultura emerge da interação dos atores que estão agindo juntos para entender os eventos e procurar soluções. O significado dos eventos, seja a doença ou outros problemas, emerge das ações concretas tomadas pelos participantes. Essa visão reconhece que inovação e criatividade também fazem parte da produção cultural.

Falando em gestão

Vamos agora refletir sobre tudo o que estamos aprendendo sobre cultura e sobre como essa questão interfere na gestão de um serviço farmacêutico.

Pois é, entender que cultura é uma construção nos coloca dois desafios: o primeiro é o reconhecimento de que um gestor/gerente/condutor deve promover a interação entre os atores, exercitando o respeito às diferenças e às visões de mundo, isto é, atuar no sentido de promover consensos e fortalecer vínculos.

Num mundo em constante transformação, os vínculos por identidade de objetivos tendem a ser mais duradouros. Ou seja, alternativas de intervenção sobre a realidade concreta devem ser construídas a partir do debate entre diferentes opiniões e possibilidades.

O outro desafio para a gestão é favorecer um contexto criativo e capaz de produzir novos valores organizacionais, considerando que a cultura emerge da interação dos atores que agem para entender os eventos e procurar soluções para os problemas. Por exemplo, diz-se, de forma recorrente, algumas vezes com razão e em outras nem tanto, que os serviços públicos não têm uma cultura de avaliação, e, por essa razão, ninguém cobra nada de ninguém, e todo mundo faz o que quer.

Esse diagnóstico, ainda que possa ter, algumas vezes, propósito ideológico de desqualificar a administração pública, coloca uma responsabilidade para os gestores, no sentido de criar uma “cultura” de avaliação, de cobrança sobre resultados, de compromisso com a população, enfim, de construir novos valores que orientem e qualifiquem cada vez mais e melhor os serviços públicos.

Você, no seu dia a dia de trabalho na assistência farmacêutica, tem feito alguma coisa para mudar a forma de a população ver o serviço público? Você se preocupa com o fato de muitas pessoas não valorizarem os serviços públicos? De acharem que o SUS é utilizado apenas por um

Falando em gestão

público com baixo poder aquisitivo ou de baixa renda, e por isso não precisa ter serviços de saúde “bonitos”, bem instalados, confortáveis e bem assistidos?

Quantas vezes você já ouviu alguém se surpreender ao ser bem atendido nas unidades do SUS, pois o que se espera é um mau atendimento? O que você fez diante dessa situação?

Esses significados precisam ser alterados, e, para isso, é preciso que a realidade também seja transformada. Então... pense que, ao melhorar os serviços farmacêuticos, ao mudar a lógica de condução/gerência dos serviços de saúde, incluindo os diferentes atores no processo de decisão e ação, e buscando melhores alternativas, você estará, conseqüentemente, contribuindo para produzir outros valores sobre os serviços de saúde.

Vamos continuar aprendendo mais sobre cultura.

Também central nesse conceito de cultura é o enfoque do indivíduo como um ser consciente, que percebe e age. A doença é vista, a partir dessa perspectiva, como uma construção sociocultural e subjetiva. Reconhecer essa subjetividade implica, ainda que nos grupos mais isolados e distantes de outras culturas, que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação. É uma visão que permite heterogeneidade, não só porque as culturas sempre estão em contato com outras, que têm outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos, dentro de uma cultura, por serem atores conscientes e individuais, têm percepções heterogêneas devido à sua subjetividade e à sua experiência, que nunca são iguais as dos outros. Como observaremos, essa ideia da cultura, que ressalta a relação entre percepção-ação, heterogeneidade e subjetividade, tem várias implicações na nova visão sobre saúde-doença.

A doença como processo e como experiência

Segundo a visão de cultura como um sistema simbólico, a doença é conceituada como um processo e não como um momento único, nem como uma categoria fixa. É uma sequência de eventos motivada por dois objetivos: entender o sofrimento, no sentido de organizar a experiência vivida; e, se possível, aliviar o sofrimento.

A interpretação do significado da doença emerge do seu processo. Assim, para entender a percepção e o significado, é necessário

acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos participantes envolvidos em cada passo da sequência de eventos. O significado emerge deste processo entre percepção e ação.

O estudo de itinerários terapêuticos é útil para compreender vários aspectos do comportamento de um grupo ou de uma pessoa frente à experiência da doença. Ele aponta para um fato pouco considerado pelos profissionais de saúde, qual seja, o de que, fora do âmbito hospitalar, onde o usuário é sujeito a maior controle, o doente e seus familiares são os atores principais nas práticas de atenção à saúde. Ainda mais, todos os grupos humanos desenvolvem práticas para manter a saúde do grupo, visando sua preservação tanto quanto a resolução dos agravos que o atacam.

Um episódio de doença apresenta um drama social que se expressa e se resolve com a aplicação de estratégias pragmáticas de decisão e ação. O uso de medicamentos é uma estratégia importante, mas é determinado pela experiência do usuário e pela sua percepção dos efeitos e benefícios.

Em termos gerais, os seguintes passos caracterizam a doença como processo (LANGDON, 2003):

- a) o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença,
- b) o diagnóstico e a escolha de tratamento,
- c) a avaliação do tratamento.

Acompanhe cada um deles:

- **Reconhecimento dos sintomas:** os eventos começam com o reconhecimento do estado de doença baseado nos sinais que indicam que o todo não vai bem. Segundo Jaqueline Ferreira (1994), médica-antropóloga, a definição dos sinais que são reconhecidos como indicadores de doença depende da cultura. Esses não são universais, como pensados no modelo biomédico. Cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o diagnóstico, as possíveis causas e o prognóstico. Diferente da biomedicina, os sinais da doença não

estão restritos ao corpo ou aos sintomas corporais. O contexto, seja das relações sociais, seja do ambiente natural, faz parte também de possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar a doença, suas causas e seu significado. A procura de sinais fora do corpo é particularmente comum nas doenças sérias, nas quais o doente quer entender o porquê de estar sofrendo.

- **Diagnóstico e escolha de tratamento:** uma vez que um estado de mal-estar é reconhecido como doença, o processo diagnóstico se institui para que as pessoas envolvidas possam decidir o que fazer. Esse momento inicial, normalmente, acontece dentro do contexto familiar, onde os membros da família negociam entre eles para chegar a um diagnóstico que indicará qual tratamento deve ser escolhido. Se não chegam a um diagnóstico claro, pelo menos procuram um acordo, por meio da leitura dos sinais da doença, de qual tratamento deve ser escolhido. No caso de se tratar de uma doença leve e conhecida, a cura pode ser um chá ou uma visita à unidade de saúde. No caso de uma doença séria, com sintomas anômalos ou interpretada como resultante de um conflito nas relações sociais ou espirituais (por exemplo, quebra de tabu), talvez a benzedeira, o pai de santo, o xamã ou outro especialista em acertar relações sociais será escolhido primeiro.
- **Avaliação do tratamento:** uma vez feito o tratamento, as pessoas envolvidas avaliam os seus resultados. Em casos simples, a doença desaparece depois do tratamento e todos ficam satisfeitos, mas, frequentemente, a doença continua. Assim, é preciso rediagnosticar a doença, baseado na identificação de novos sinais ou na reinterpretação dos sinais reconhecidos anteriormente. Com o novo diagnóstico, outro tratamento é selecionado, realizado e avaliado. Essas etapas se repetem até que a doença seja considerada terminada. Casos graves ou prolongados envolvem vários eventos de diagnóstico, tratamento e subseqüentes avaliações. Muitas vezes a doença se torna uma crise que ameaça a vida e desafia o significado da existência. Muitas pessoas e muitos grupos são mobilizados no processo terapêutico e os significados da doença no contexto mais abrangente (relações sociais, ambientais e espirituais) são explorados. Por meio dos episódios da doença, envolvendo diagnósticos, tratamentos e avaliações sucessivas, as pessoas procuram os sinais extracorporais, tais como nas relações sociais ou nos movimentos cosmológicos, por exemplo, para compreender a experiência do sofrimento.

O processo terapêutico não é caracterizado por um simples consenso, sendo mais bem entendido como uma seqüência de

decisões e negociações entre várias pessoas e grupos de pessoas, com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. As divergências podem ocorrer porque os sinais de uma doença são ambíguos por natureza, levando a diferentes interpretações sobre suas manifestações. Na teoria, a classificação das doenças, segundo seus sintomas, pode ser bem organizada em categorias discriminadas, sem aparência de ambiguidade. Na prática, porém, um sinal de doença não é, necessariamente, claro e fácil de interpretar, devido à sua manifestação ambígua.

Diferentes diagnósticos de uma mesma doença aumentam, consideravelmente, quando os participantes no processo representam diferentes conhecimentos, experiências e interesses sobre o caso em pauta.

Entre os membros de um grupo, nem todos possuem o mesmo conhecimento, devido a vários fatores: idade, sexo, papel social (por exemplo, a pessoa comum ou um especialista em cura), redes sociais e alianças com outros. Por isso, cada passo do episódio é caracterizado por visões diferentes dos participantes e por negociações para chegar a uma interpretação que indique o tratamento necessário, cada um exercendo seus diferentes conhecimentos, experiências e poderes.

A doença como experiência é melhor entendida como um processo subjetivo, construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. 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.

Podemos citar a experiência da dor como um exemplo simples dessa ideia. Sabemos que membros de culturas diferentes experimentam e expressam suas dores diferentemente, como mostrou Maria Lucia da Silveira (2000), em sua pesquisa entre as mulheres, em relação aos nervos. Enquanto os médicos rotularam sua doença como uma manifestação psíquica inespecífica, elas expressaram a sua aflição por meio de sintomas corporais.

Em uma mesma sociedade, a dor é experimentada de maneira diferenciada, dependendo de fatores como sexo, classe social e etnicidade. Há muitas pesquisas no Brasil que demonstram essas diferenças. Como exemplo, temos uma pesquisa pioneira, realizada

entre os descendentes dos açorianos, na Ilha de Santa Catarina, pela enfermeira Ingrid Elsen (1984), que registrou que os homens entrevistados não sentem dores e sintomas de doença na mesma frequência que as mulheres.

A experiência do parto é outro exemplo. Enquanto mulheres de certos grupos enfrentam o parto com grande medo da dor e expressam a experiência por meio dela, mulheres de outros lugares ou classes passam pela experiência com pouca referência à dor. Entre as mulheres indígenas Siona da Colômbia, apesar de a gravidez e o período de pós-parto serem permeados por vários tabus quanto à alimentação e outras restrições, o parto em si recebe pouca atenção. Não existe o papel de parteira, nem de uma pessoa reconhecida com um saber especial. Na primeira gravidez, a moça vai à roça para dar à luz acompanhada por sua mãe ou outra mulher com experiência. Em partos subsequentes, ela simplesmente vai sozinha, dá à luz e volta para casa.

Na nossa sociedade, a gravidez é mais e mais medicalizada, particularmente se examinamos as estatísticas sobre o número crescente de cesarianas, embora esta seja uma tendência mais recente. Por volta da década de 1970, o conceito de “parto natural” implicava um parto sem nenhuma intervenção para aliviar a dor. Hoje, no Brasil, com as taxas altas de cesarianas, “parto natural” é entendido entre as mulheres como um “parto vaginal”, sem cirurgia (mas, ainda assim, com assistência médica).

Não estamos dizendo simplesmente que a dor se manifesta diferentemente, dependendo da cultura ou do grupo, um fato que parece ser bem estabelecido. A relação corpo-cultura vai bem além da questão de sofrimento físico. 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 na qual o corpo, sua percepção e os significados se unem numa experiência particular, que vai além dos limites do corpo em si.

Voltando ao tema da gravidez, Heloísa Paim (1998), pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, pesquisou um grupo de mulheres de baixa renda, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Como outros estudiosos sobre o tema, ela argumenta que a gravidez e a maternidade não se esgotam apenas como fatores biológicos, mas remetem ao universo simbólico em que a mulher vive. Nesse sentido, a experiência do corpo grávido abrange dimensões que são construídas cultural, social, histórica e afetivamente. A percepção e a valorização do corpo grávido são baseadas na experiência social, no papel feminino ideal dentro do grupo. Assim, diferente de muitas mulheres de classe média, as

mulheres participantes da pesquisa descrevem a experiência em função de suas grandes responsabilidades junto à família. Para elas, os incômodos durante a gravidez, as dores intensas do parto e as marcas corporais são descritos com orgulho, em função da imagem da mulher valente, e não da mulher frágil.

Ultimamente há uma tendência, não só na Antropologia, mas também nas ciências da saúde, de reconhecer que a divisão cartesiana entre o corpo e a mente não é um modelo satisfatório para entender os processos psicofisiológicos da saúde e da doença. As representações simbólicas não só expressam o mundo, mas, por intermédio da experiência vivida, também são incorporadas ou internalizadas até o ponto que influenciam os processos corporais. Já existem casos registrados, nos quais o contexto sociocultural é o fator central no desencadeamento do processo da doença, como demonstraram a médica-antropóloga Maria Lúcia da Silveira (2000) e a pesquisadora Heloisa Paim (1998).

Práticas de autoatenção

Eduardo Menéndez (2003, 2009), antropólogo com vasta experiência em serviços primários, saúde comunitária e projetos de intervenção em saúde, resume bem a questão da cultura e da centralidade da família no processo terapêutico, por meio de seu conceito de autoatenção.

O autor diz que, nas sociedades latino-americanas atuais, coexistem diferentes formas de atenção às enfermidades, como a biomedicina, as medicinas populares ou tradicionais, as alternativas, as baseadas em outras tradições médicas acadêmicas (acupuntura, medicina ayurvédica etc.) e em autoajuda (alcoólicos anônimos etc.). Para esse autor, nos processos de adoecimento, os sujeitos e grupos sociais buscam saídas, cuja *praxis* está orientada no restabelecimento da saúde, sem excluir ou privilegiar uma forma de atenção, ou seja, são os sujeitos e grupos sociais que geram a maioria das articulações entre as diversas formas de atenção, sendo que as possíveis incompatibilizações e diferenças são superadas pela busca de uma solução pragmática ao problema.

Para Menéndez (2003), os sujeitos e grupos sociais são agentes que, além de utilizarem as diferentes formas de atenção, também as “sintetizam, articulam, misturam ou justapõem”, reconstituindo e organizando

uma parte destas formas de atenção em atividades de ‘autoatenção’, sendo que a autoatenção constitui não só a forma de atenção mais frequente, mas o principal núcleo de articulação prática das diferentes formas de atenção, a maioria das

quais não pode funcionar completamente se não se articula com o processo de autoatenção (p. 190-191).

Para esse antropólogo, portanto, a primeira forma de atenção é a autoatenção, centrada nos sujeitos e na coletividade, e ele conceitua autoatenção como:

As representações e práticas que a população utiliza em nível de sujeito e grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, ainda que estes sejam a referência da atividade de autoatenção, de tal maneira que a autoatenção implica decidir a autoprescrição e o uso de um tratamento de forma autônoma ou relativamente autônoma (MENÉNDEZ, 2003, p. 198).

Nossa experiência com profissionais de saúde indica que muitos confundem esse conceito com o de autocuidado, termo que, segundo Menéndez (2003, 2009), é utilizado pelo setor saúde para entender as ações efetuadas pelos indivíduos com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de certas doenças e promover cuidados em favor da boa saúde, ou seja, esse é um conceito com foco no indivíduo.

Menéndez (2003, 2009) escolheu autoatenção precisamente para contrastar com a perspectiva individualista e para enfatizar a natureza social e cultural das atividades dos sujeitos e não a visão dos profissionais. Como pode ser visto, pela expressão “em nível de sujeito e grupo social” no conceito de autoatenção, ele salienta as ações coletivas dos conjuntos sociais.

Assim como os pioneiros que fundaram o campo da Antropologia da Saúde, ele reconhece que todas as culturas desenvolvem seus valores, saberes e práticas sobre a saúde e que estes são compartilhados pelos membros do grupo. No cotidiano, várias atividades são práticas, segundo os preceitos de como é viver bem e do que é uma vida saudável para o conjunto social e para o indivíduo.

E mais, a saúde, no sentido *lato* ou amplo, não pode ser separada da vivência em grupo.

Menéndez (2003, 2009) ainda destaca que a autoatenção pode ser pensada em um sentido amplo (*lato*) e em um sentido restrito. O primeiro refere todas as atividades que asseguram a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos sociais, como alimentação, regras de

limpeza, formas de obtenção e uso da água, regras de parentesco, rituais de passagem (nascimento, casamento, morte), proibições e tabus, festas etc., não havendo intencionalidade para o processo saúde-doença-atenção (s-d-a). Trata, portanto, da continuidade do grupo e da vivência coletiva, aspectos não reconhecidos pelo modelo de atenção biomédica.

O sentido restrito é caracterizado pela intencionalidade dos sujeitos e grupos no processo s-d-a, isto é, diz respeito a todas as práticas e representações, acionadas quando se deseja restabelecer a saúde. Assim, os diagnósticos feitos pela família, as recomendações dos vizinhos, a atenção dada ao doente, os curadores e os saberes fitoterapêuticos e outras atividades e pessoas, acionadas para resolver um estado percebido como doença, são mais fáceis de reconhecer como práticas de autoatenção.

O importante nas reflexões de Menéndez (2003, 2009) é a dinâmica observada nas práticas de autoatenção. Como foi apontado anteriormente, qualquer grupo tem à sua mão vários modelos de atenção. No caso dos indígenas, por exemplo, eles procuram seus parentes com conhecimentos, seus curadores e pajés, as farmácias da cidade e a unidade de saúde. Em um contexto urbano contemporâneo, as opções se multiplicam.

A sociedade brasileira tem um amplo elenco de escolhas, que pode ser buscado em sequência ou simultaneamente. Não é possível caracterizar um grupo social como sendo aquele que opta por formas não biomédicas mais que outras. Se as comunidades populares procuram mais a benzedeira, o curador ou outras práticas conhecidas como tradicionais, na mesma medida a classe média também procura alternativas, nem sempre reconhecidas pela ciência médica, tais como: os florais de Bach, naturologia e rituais que fazem parte dos novos grupos espirituais da **Nova Era**⁵.

Nossa intenção é discutir os processos da doença na perspectiva do sujeito e grupo social e não do profissional de saúde. Como argumentado anteriormente, todos os atores, em um episódio de doença, têm percepções sobre o corpo e os tratamentos adequados. Frequentemente, em um encontro entre o profissional e o usuário, essas percepções são bastante diversas, devido às suas experiências, aos seus conhecimentos e às influências culturais. Podemos dizer que os profissionais, por um lado, compartilham a cultura da biomedicina, com seus valores e conhecimentos. Por outro lado, os usuários são parte de outras coletividades ou grupos sociais, que também têm seus conhecimentos e valores. Em relação ao tema da saúde, chamamos a essas práticas das coletividades e dos grupos sociais de autoatenção.

5 Para Elisete Schwade (2006), a Nova Era é um fenômeno, um conjunto de práticas que tem levado a mudanças de comportamento, especialmente entre camadas médias urbanas. Para a autora, a presença da Nova Era nas cidades é observada “por meio da implementação progressiva de uma rede de produtos e serviços, fundamentada na perspectiva de uma reorientação de diversos aspectos da vida cotidiana, com a finalidade de orientar e promover o ‘bem-estar’” (p. 9). Entre tais serviços e produtos, são exemplos a valorização de alimentação específica (naturalista, vegetariana, macrobiótica), massagens, tarô, astrologia etc.

Assim, introduzimos o conceito de autoatenção na tentativa de demonstrar que o doente e seus familiares tomam decisões sobre quais ações devem ser desenvolvidas/executadas quando surge uma doença e que, de fato, o profissional de saúde tem pouco controle sobre a tomada de decisões e a procura de terapias.

Vamos relembrar alguns pontos essenciais?

Iniciamos nossa discussão tentando entender a cultura como um conceito que remete à dimensão dinâmica da ação humana e que nos ajuda a compreender as decisões tomadas por uma pessoa com relação às suas aflições físicas e psíquicas e ao uso de medicamentos. Essa ideia de que a cultura é dinâmica e não um acervo de “crenças” ou “representações” que determinam as decisões e ações parece simples. De fato, a maior parte dos profissionais de saúde entende a cultura nesse sentido mais estanque, ou seja, entendem a cultura como uma coleção de crenças, atitudes, valores e costumes fixos, que servem, mais que tudo, como um obstáculo do usuário para a compreensão das recomendações biomédicas. Essa ideia não pode estar mais longe da realidade. Pesquisas antropológicas, que acompanham os itinerários terapêuticos das pessoas doentes, têm demonstrado que o doente e seus familiares decidem escolher um terapeuta em especial e seguir as suas instruções de uma maneira bastante criativa e experimental, que depende da construção sociocultural da doença, ao longo de seu processo.

⁶ Etnografia trata da escrita do pesquisador sobre a cultura de um grupo. É baseada na experiência de vivência entre o grupo, seja este um grupo diferente e desconhecido ou um grupo urbano com quem ele tem bastante familiaridade. A palavra etnografia também é usada para referir ao método qualitativo na coleta de dados. Baseia-se no contato intersubjetivo entre o antropólogo e o sujeito da pesquisa, em que o antropólogo procura entender a visão de mundo que o grupo tem e a lógica de suas práticas.

Nesta lição, procuramos demonstrar que a Antropologia, atualmente, conceitua a saúde como o resultado da articulação entre o biológico, o cultural e a experiência subjetiva. Esperamos que uma visão mais ampla dos processos saúde-doença possa estimular os profissionais de saúde a refletirem sobre suas práticas e seu conhecimento.

A noção de doença como experiência tem outra implicação para a prática clínica. É necessário enxergar os usuários como seres humanos que retêm informações importantes sobre suas aflições. Não estamos dizendo que o médico, o enfermeiro ou o farmacêutico devam se tornar antropólogos. Antropologia, antes de tudo, é um método para conhecer o outro e não um acúmulo de dados **etnográficos**⁶ exóticos. É necessário que o profissional ouça o usuário, permitindo que ele fale sobre sua experiência, expressando, nas suas palavras, o que está acontecendo e como ele está percebendo seu corpo e o significado da doença.

Falando em gestão

Ouvir é uma ação muito importante para a gestão. Uma das mais importantes ferramentas de gestão, a negociação, é pautada, sobretudo, no ato de ouvir. Só ouvindo você poderá compreender o desejo do outro. Uma condução democrática requer o exercício da “escuta”. Mas o ato de ouvir, de escutar, não é simplesmente ficar em silêncio. Eu posso estar calado, mas não estou ouvindo o que o outro diz. Só escuto quando “considero” o que o meu interlocutor diz. Considerar significa respeitar, procurar entender sua lógica, sua racionalidade, em síntese: os valores que orientam o seu pensamento. Infelizmente presenciamos muito mais o “silêncio” do que a “escuta” em nossas organizações, em nosso trabalho.

Existe uma fábula milenar chamada Sons da Floresta, de autor desconhecido, que estamos disponibilizando para você ler e, após a leitura, refletir sobre o ato de gerência, sobre os requisitos de um bom administrador. Leia e depois reflita sobre:

- O que significa para você “ouvir o inaudível”?
- No seu dia a dia de trabalho, você precisou decifrar outros sinais que não o da palavra dita?
- Será que tudo que os seus colegas dizem, o que você diz para o secretário de saúde sobre os problemas da assistência farmacêutica é “a” verdade? Ou é a maneira como você quer ver a situação?

Um gerente precisa exercitar muito todos os sentidos, entender todas as formas de expressão, ter uma sensibilidade aguçada para poder conhecer, de forma mais ampla possível, a realidade em que atua. Conhecer as pessoas com quem trabalha. E, para conhecer “gente”, é preciso ouvir o inaudível, isto é, observar outras formas de expressão. Às vezes, o corpo diz mais do que as palavras...Pense nisso! Lembre-se de que as relações humanas envolvem poder, e este se manifesta em diferentes situações. Continue com a leitura da unidade e você terá outras evidências do que estamos falando.



Ambiente Virtual

Você encontrará o texto *Sons da Floresta* na Biblioteca.

Enquanto o modelo biomédico localiza as doenças no corpo material e biológico, os modelos de atenção à saúde da população leiga refletem um contexto mais amplo para diagnosticá-las e tratá-las. Durante uma enfermidade, principalmente as graves ou que se mantêm por um período mais longo, vários atores entram em cena para opinar, recomendar e ajudar, construindo explicações que, nem sempre, concordam entre si. O doente e sua família são os atores principais nos dramas de doença, e não são as crenças nem as representações que determinam as medidas a serem tomadas para resolver o caso. A cultura não opera como obstáculo, e o itinerário terapêutico é guiado por fatores de natureza social, econômica e de acessibilidade no processo saúde-doença-atenção.

A cultura é importante para guiar a interpretação do processo e dar maior significado aos sintomas e aos resultados.

Para finalizar esta lição, concebemos o encontro entre o profissional de saúde e o doente como um evento, relacionado às diferenças de poder. Em geral, o profissional presume que ele tem o papel de modificar o comportamento do doente. De fato, ele, normalmente, tem mais poder no encontro médico, e, frequentemente, exhibe atitudes avaliativas que rotulam o usuário como errado por não seguir suas instruções como deveria. Podemos pensar algumas dessas avaliações como etnocêntricas – tais como, dizendo que o usuário não tem educação, é relaxado, ou que, em alguns casos, é ignorante, age segundo crenças erradas e que não tem a cultura adequada para entender as instruções.

O etnocentrismo é a atitude pela qual um indivíduo ou um grupo social considera sua cultura como sistema de referência, julga outros indivíduos ou grupos à luz dos seus próprios valores. O etnocentrismo pressupõe que o indivíduo ou grupo de referência se considera superior àqueles que ele julga, e também que o indivíduo ou grupo etnocêntrico tenha um conhecimento muito limitado dos outros, mesmo que viva na sua proximidade. A atitude etnocêntrica é aquela que, normalmente, temos quando pensamos nos costumes dos outros, mas não entendemos o porquê deles. Quando julgamos costumes alimentares (como comer insetos ou comer sem o auxílio de talheres), modos de se vestir (como cobrir completamente a cabeça) e práticas de cuidado com o corpo (como não tomar banho todos os dias), classificando-os como errôneos, estamos sendo etnocêntricos. A perspectiva cultural requer que a pessoa tente abandonar esses julgamentos etnocêntricos e venha a olhar a cultura

segundo seus próprios valores e costumes, reconhecendo que são integrados em um sistema cultural, em uma visão do mundo. Esse relativismo cultural nos permite entender o porquê das atividades e dos saberes, segundo a lógica e integração da cada cultura em si mesma. Quando relativizamos, estamos afirmando que todos os sistemas culturais são, intrinsecamente, iguais em valor e que os aspectos característicos de cada um têm que ser avaliados e explicados dentro do contexto do sistema em que aparecem.

Como aponta Eduardo Menéndez (2003, 2009), as pessoas são autônomas nas suas decisões sobre sua saúde. Elas não negam os benefícios e as recomendações dos profissionais, mas avaliam e adaptam as recomendações médicas à luz de seus conhecimentos e práticas de autoatenção. Tal comportamento é baseado na sua experiência e na lógica sociocultural que faz parte de seu grupo, mas que é ignorado pelo profissional de saúde.

Lição 2 - O uso de medicamentos sob o foco da Antropologia

Esta lição tem como objetivo de aprendizagem fazer refletir sobre conceitos que envolvem medicamentos, à luz da noção de cultura, de doença e das práticas de autoatenção, sob uma abordagem da Antropologia.



Reflexão

Como repensar alguns conceitos que cercam o uso dos medicamentos?

A visão biomédica é a preponderante quando tratamos do tema “medicamento” e está baseada nas patologias, na eficácia instrumental e na explicação biológica da ação dos medicamentos.

A perspectiva biomédica é a que aprendemos durante nossa formação e, embora ela nos dê suporte para as ações e os serviços de saúde que envolvem os medicamentos, seus conhecimentos, muitas vezes, não são suficientes quando desejamos que nossas intervenções promovam a adesão e o uso racional, por exemplo. Além do mais, para que a integralidade da atenção à saúde se concretize, é fundamental que nossas competências e habilidades sejam, também, mediadas por saberes de outros campos científicos, que são muito importantes para ampliar nossa compreensão sobre os medicamentos e seus usos.

Entre outras abordagens, a da Antropologia é uma das que se destaca a partir dos anos 1980, por meio de estudos e pesquisas sobre medicamentos, realizados, principalmente, em países não desenvolvidos e emergentes, com foco em populações indígenas ou que vivem em zonas rurais. Na década de 1990, se observa uma tendência ao desenvolvimento de estudos também entre populações urbanas, cruzando temas como: uso de medicamentos e gênero, descrito no livro de Susan Whyte e colaboradores, publicado em 2002; e globalização e medicamentos (os vários artigos no livro de Adriana Petryna e colaboradores, de 2006), entre outros.

No Brasil, ainda são raras as pesquisas antropológicas sobre medicamentos, podendo ser citados os trabalhos de Marcos Queiroz (1993, 1994), de Brani Rozemberg (1994), de Maria Lúcia Silveira (2000), de Rogério Azize (2002, 2010) e de Eliana Diehl e colaboradores (2010), realizados entre grupos não indígenas. Entre povos indígenas brasileiros, Marlene Novaes (1996, 1998), Marcos Pellegrini (1998), Eliana Diehl (2001), Eliana Diehl e Francielly Grassi (2010) e Eliana Diehl e Ledson K. de Almeida (2012) focalizam, especificamente, os medicamentos em uma perspectiva antropológica.

Portanto, esse símbolo da moderna medicina torna-se um dos focos centrais em pesquisas antropológicas, o qual, para Sjaak van der Geest e Susan Whyte (1988), compõe uma nova linha denominada “antropologia farmacêutica” ou, ainda, “antropologia da prática farmacêutica”, como dizem Mark Nichter e Nancy Vuckovic (1994a). Para pesquisadores como Sjaak van der Geest, Anita Hardon, Susan Whyte e Nina Etkin, entre outros, não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas, mas, sim, observar as situações dinâmicas nas quais estes são percebidos e utilizados.

Conforme Eliana Diehl e Norberto Rech (2004), esses estudos lançam uma nova luz sobre os medicamentos, visto que as abordagens macropolíticas e macroeconômicas, comumente empregadas nas pesquisas, embora tragam dados sobre gastos, consumo, acesso e políticas de medicamentos,

não têm sido suficientes para explicar por que, por exemplo, o consumo de medicamentos é prática relevante, mesmo onde os serviços de saúde são deficientes; os medicamentos de venda sob prescrição são disponíveis livremente; e a automedicação é importante recurso de cuidado (DIEHL; RECH, 2004, p. 155).



Links

Podemos citar, como exemplo de análises macropolíticas e macroeconômicas, documentos que vêm sendo produzidos pela Organização Mundial da Saúde, tal como *The World Medicines Situation Report*, já em sua terceira edição, de 2011. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/index.html>

Por sua vez, a antropologia farmacêutica enfatiza que as pesquisas devem ser conduzidas em contextos locais de distribuição e uso dos medicamentos, segundo Sjaak Van der Geest (1987), sendo útil na medida em que, nos processos de saúde-doença-atenção, os sujeitos e grupos sociais, muitas vezes, elaboram explicações baseadas no tipo, na quantidade e no “poder” dos medicamentos e/ou remédios utilizados, como enfatizaram Mark Nichter e Nancy Vuckovic (1994b).

A seguir, exploramos alguns conceitos, muito utilizados pelo modelo biomédico, procurando abordá-los a partir de uma dimensão sociocultural.

Adesão

Revisando, na literatura, conceitos e pressupostos adotados sobre adesão à terapêutica medicamentosa, Silvana Nair Leite e Maria da Penha Vasconcellos (2003) apontam que não há consenso entre os autores, variando os conceitos e o foco para compreender o fenômeno, que pode estar no paciente ou em fatores externos a ele. Em 2005, Rob Horne e colaboradores publicaram um documento para o Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service/NHS*) do Reino Unido, explorando vários temas relacionados a *concordance*, *adherence* e *compliance* ao uso de medicamentos, partindo da premissa que a *nonadherence* a medicamentos prescritos apropriadamente é um problema global de saúde, muito relevante para o NHS. Os autores partem do pressuposto que há diferenças importantes entre as definições dos três termos:

- *compliance* é quando o comportamento do paciente corresponde às recomendações médicas;
- *adherence* enfatiza que o paciente é livre para decidir se segue ou não as recomendações médicas; e

- *concordance*, termo relativamente novo na literatura, é uma combinação obtida após negociação entre o paciente e o profissional de saúde, respeitando as crenças e os desejos do primeiro em decidir se, quando e como os medicamentos serão tomados.

O uso de um ou outro termo, segundo Horne e colaboradores (2005), denota diferentes relações, sendo que *compliance* indica que o prescritor decide o tratamento e as instruções apropriadas, e o paciente obedece, se submete passivamente; a *noncompliance* “pode ser interpretada como incompetência do paciente em seguir as instruções, ou pior, como comportamento desviante” (p. 33). Já, *adherence* envolve a autonomia do paciente e a *nonadherence* não é motivo para culpabilizá-lo. *Concordance* é “uma aliança na qual o profissional de saúde reconhece a primazia da decisão do paciente sobre tomar a medicação recomendada” (p. 33). Os autores optam pelo termo *adherence*, pois é “adequado e benéfico caso envolva um processo que permite aos pacientes decidirem e uma apropriada escolha de medicamento feita pelo prescritor” (HORNE *et al.*, 2005, p. 13), isto é, os medicamentos são indicados corretamente e o paciente adere de forma consciente.

A adesão aos medicamentos, normalmente, é tratada na perspectiva biomédica, sendo que a não adesão é considerada um problema. Muitos estudos vêm sendo desenvolvidos sob esse olhar, desde os anos 1960, e a medida da adesão tem especial interesse, pois indicaria o quanto o usuário do medicamento segue a prescrição médica.

Não há um padrão-ouro para medir adesão, dividindo-se as medidas em diretas e indiretas.

As diretas envolvem a detecção de metabólitos no sangue e/ou na urina, porém são métodos caros e difíceis de serem realizados, pois, normalmente, são feitos em ambiente hospitalar.

As medidas indiretas correspondem à aplicação de questionários com os usuários, à contagem dos medicamentos que restam nas cartelas, aos dados de prescrição, entre outros métodos.

Explorando um pouco esses métodos quantitativos de medida da adesão aos medicamentos, Silvana Nair Leite e Maria da Penha Vasconcellos (2003) criticam o seu caráter invasivo, que desconsidera o “direito do paciente de decidir sobre o seu corpo” (p. 780),

dizendo, além disso, que os questionários ou mesmo a contagem de medicamentos são métodos superficiais, pois têm potencial de constranger e pressionar o paciente e de induzi-lo a responder o que seria correto do ponto de vista de quem aplica o método.

Estudar adesão sob o ponto de vista dos sujeitos, por outro lado, demonstra que eles podem ter boas razões para usar os medicamentos de maneira diversa daquela recomendada pelo prescritor. Peter Conrad (1985), em seu estudo de três anos, com **homens e mulheres**⁷ de 14 a 54 anos, portadores de epilepsia, concluiu que, do ponto de vista dos epiléticos, a manipulação do tratamento medicamentoso era mais autorregulação do que adesão/submissão (*compliance*) ao tratamento.

A autorregulação é mais do que uma reação aos efeitos adversos: é uma tentativa intencional e ativa dos sujeitos no uso de medicamentos. O estudo apontou que, dos 80 entrevistados, 42% se autorregulavam, tendo como critérios: reduzir ou aumentar a dose diária por semanas ou mais; pular ou tomar doses extras, regularmente, em situações específicas (quando bebe ou fica acordado, sob estresse); parar completamente os medicamentos por três dias consecutivos ou mais. A razão para tomar medicamentos era instrumental, pois controlava convulsões ou reduzia a probabilidade de má função do corpo; era psicológica, reduzindo preocupações com as convulsões, independente do número destas; era para assegurar normalidade, ou seja, levar uma vida normal, acreditando que, ao tomar medicamentos, se evitaria o risco de ter convulsões na frente dos outros (CONRAD, 1985).

A pesquisa de Conrad (1985) destaca que entender o manejo como autorregulação e não como problema de adesão (*compliance*) permite observar a prática de modificar o uso de medicamentos como sendo uma questão de controle (e autocontrole) sobre a doença.

Em um estudo realizado, no Brasil, por Fátima Cecchetto, Danielle de Moraes e Patrícia de Farias (2011), abordando o uso estético de esteroides anabolizantes androgênicos por homens jovens da cidade do Rio de Janeiro, frequentadores de academias de lutas, foi observado que esses homens controlam o risco envolvido no uso dos anabolizantes, ajustando-o por “ciclos”, que iniciam com pequenas doses que são aumentadas, gradualmente, por 15 a 21 dias e depois diminuídas. Para os usuários, esse é

um modo seguro de obter os efeitos desejados a curto prazo. Tal procedimento possibilitaria gerenciar os riscos, minimizando os efeitos nocivos do uso prolongado das ‘bombas’, numa configuração de poder sobre o corpo, considerado sinal de distinção masculina nesse circuito [academias de luta] (CECCHETTO *et al.*, 2011, p. 11).

7 A amostra era composta por uma maioria vivendo em área metropolitana do meio-oeste dos Estados Unidos, e um pequeno número oriundo de uma grande cidade da costa leste; boa parte de classe média baixa em termos de educação e salário.

Como salientam as autoras, sob o ponto de vista médico, essa conduta é considerada arriscada.

Em uma etnografia realizada em uma vila de classe popular, na periferia de Porto Alegre (RS), a médica-antropóloga Jaqueline Ferreira (1998) observou que “o manejo das medicações obedece a uma lógica particular, a qual não segue os referenciais da biomedicina” (p. 55), salientando que, para esses sujeitos, era importante a quantidade de frascos ingeridos e não o número de dias de tratamento, isto é, “um tratamento é dado por completo quando foi tomado o ‘vidro inteiro’, independente do número de dias estabelecidos pelo médico” (p. 55). Outro fator, que afetava o cumprimento conforme as ordens médicas, era a falta de relógio nas casas, dificultando o controle do horário de tomada dos medicamentos.

Quando eu, Eliana, fiz pesquisa entre os Kaingáng de uma Terra Indígena, em Santa Catarina, pude descrever algumas situações, nas quais os indígenas relatavam manipular os tratamentos medicamentosos, interpretando essa manipulação como oriunda de noções nativas sobre força e fraqueza.

Os medicamentos eram considerados, de maneira geral, mais fortes do que os remédios do mato (em geral preparados com plantas) e, por isso, a sua utilização precisava ser modificada, diminuindo, por exemplo, o número de gotas ou de frascos a serem tomados. Medicamentos que eram prescritos para serem usados mais de três vezes ao dia, dificilmente eram administrados à risca, adotando-se um regime mais conveniente às necessidades e atividades cotidianas (por exemplo, compatível com idas à roça). Os tratamentos com injeção também demonstraram o quanto experiências prévias definem os modos de adesão. Segundo um Kaingáng, já idoso, “nós já estamos tudo queimado de injeção. Dizem que com um certo tempo faz mal, estraga o sangue” (DIEHL, 2001, p. 143); por isso, justificou ele, preferia usar o remédio do mato. Para outro, as injeções deixam a pessoa fraca. Uma mulher considerou a injeção mais forte que o comprimido e relacionou o aparecimento de desmaios, no filho de três anos, com uma sequência de injeções aplicadas no posto de saúde da aldeia – o menino passou, então, a ser tratado com o anticonvulsivante Tegretol®, receitado por um neurologista. Outra Kaingáng, ao relatar doença que um dos filhos teve aos cinco anos, culpou a injeção, que havia deixado o filho paraplégico. Já, outra salientou que, antigamente, na unidade de saúde da aldeia davam

muita injeção, mas que, agora, somente consultando; para ela, a injeção é mais forte e mais rápida, porém provoca muita dor. Da mesma maneira, outra mulher decidiu, por causa da dor, tomar só uma dose de Penicilina® por dia, quando haviam sido prescritas duas doses ao dia. Essas percepções, que indicam claramente uma ambiguidade em relação às injeções, podem explicar por que as aplicações, para serem feitas na unidade de saúde da aldeia, nem sempre foram cumpridas completamente pelos indígenas, contradizendo o argumento de Anne Reeler (1990) sobre o maior controle do profissional de saúde na adesão às injeções.

Em outra pesquisa que eu, Eliana, Fernanda Manzini e Marina Becker (2010) conduzimos, em uma unidade de saúde de um município de Santa Catarina, observamos que a manipulação da posologia pode, ainda, ter outros desdobramentos, como no caso do uso de antidepressivos.

Uma mulher, usuária de fluoxetina há algum tempo, relatou que manejava a sua terapia, reduzindo o número de cápsulas por dia, porém não contava ao médico para que ele mantivesse a prescrição com um número maior de cápsulas, de modo que ela, que já havia enfrentado o desabastecimento do medicamento na rede pública de saúde, pudesse manter um estoque em casa.

Eficácia

Eficácia é um dos critérios fundamentais para a seleção de medicamentos, desde aqueles que compõem as listas de medicamentos para a Atenção Básica até os do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, bem como deve ser um dos critérios para a prescrição adequada. Estudos farmacoeconômicos, que avaliam os medicamentos tanto do ponto de vista clínico quanto das políticas de saúde, têm sido o padrão-ouro para a definição de listas e registro de novos fármacos em um número expressivo de países, definindo uma área de pesquisa que cresce significativamente, visto os recursos financeiros astronômicos envolvidos para os sistemas públicos de saúde na disponibilização de medicamentos.

A eficácia de um medicamento (ou de uma intervenção médica) refere-se à ação farmacológica atingida em condições ideais, normalmente em testes clínicos contra placebo ou contra outro medicamento já conhecido e utilizado e que tem ação semelhante. As medidas se dão por meio de redução dos sintomas e outras alterações físicas e/ou mentais, de modo a restaurar a saúde.

Porém, como salientaram Van der Geest, Whyte e Hardon (1996), é necessário ir além dessa simples generalização advinda da biomedicina, pois “os efeitos das substâncias medicinais são também sociais, culturais, psicológicos e ainda metafísicos” (p. 167).

Confira, a seguir, uma explicação sobre cada efeito. Acompanhe!

Segundo os autores, os **efeitos sociais** relacionam-se à procedência do medicamento (os de mais longe costumam ser mais eficazes, pois são considerados mais fortes e potentes) e possibilitam abreviar relações sociais, isto é, em problemas que envolvem vergonha, como doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose, por exemplo, a relação doente-profissional de saúde, normalmente, é marcada somente pela prescrição e entrega dos medicamentos, sem estabelecimento de diálogo. Os **efeitos culturais** estão ligados ao fato de que os medicamentos carregam significados, tendo papel crucial na identificação e interpretação da doença e contribuindo na construção cultural do processo saúde-doença-atenção. Quanto aos **efeitos psicológicos**, os autores reforçam que a eficácia está ligada à prescrição, ou seja, os medicamentos livram os médicos e seus pacientes de suas ansiedades.

Finalmente, o funcionamento dos medicamentos confirma que as percepções sobre a realidade estão corretas, reforçando ideias em seres que não vemos (bactérias e outros microrganismos) e em dogmas não inteligíveis (como teoria da infecção e da imunidade), demonstrando seus **efeitos metafísicos**.

A compreensão da eficácia como construção cultural, tema debatido por antropólogos de diferentes correntes teóricas, como Victor Turner (1980), Claude Lévi-Strauss (1989) e Nina Etkin (1988), faz a discussão ganhar contornos muito mais elaborados, já que permite interpretá-la de dentro, ou seja, do ponto de vista **êmico**⁸. Para Nina Etkin (1988, p. 300), “a perspectiva êmica (local) é específica à cultura e consistente com a ideologia da sociedade sob estudo”.

Êmico relaciona-se com 8 os conhecimentos, as práticas e os valores cujos significados fazem sentido dentro do sistema cultural ao qual pertencem.

Van der Geest (1988), citando Helman, considerou o “efeito total da droga”, cujos aspectos incluem, além da substância química, os atributos do paciente que recebe a droga, os atributos das pessoas que a prescrevem ou a dispensam, o cenário onde ela é administrada e os atributos da própria droga (cor, sabor, forma, nome). Assim, quando um medicamento foi adequado para uma pessoa, mas não para outra, esta última pode culpar sua constituição ou o modo de administração e não o medicamento *per si*.

As diferentes ideias e concepções de saúde, doença e cura afetam as maneiras pelas quais os medicamentos e remédios são usados e avaliados pelos indivíduos. Para Nina Etkin (1992), em alguns casos, o que é considerado efeito adverso ou colateral pela medicina ocidental é adotado por outro sistema terapêutico como um requisito que faz parte do processo de cura. Desta forma, vômitos, diarreias, pruridos ou salivação decorrentes do uso de um medicamento podem indicar, por outro lado, que a doença e seus agentes estão sendo expulsos do corpo.

Ou seja, os sujeitos e grupos sociais constroem os significados para a experiência da doença, criando uma linguagem que pode assimilar elementos de outras formas de atenção.

Esse processo dinâmico, no qual os medicamentos ocidentais tornam-se imbuídos das qualidades culturais e da história de uma determinada sociedade, foi chamado, por Arthur Kleinman (1980), de indigenização; ou de reinterpretação, por antropólogos como Nina Etkin (1992). A forma farmacêutica dos medicamentos é considerada uma das principais características na escolha de um medicamento, passível de reinterpretação cultural.

Comprimidos, cápsulas, injeções, gotas, pomadas, entre outras, têm sua **eficácia**⁹ medida e comparada, de acordo com o contexto cultural e com as representações e experiências no processo saúde-doença-atenção.

Por exemplo, Mark Nichter (1980) observou que os líquidos para uso oral são bastante populares, em regiões da Índia, para fraqueza e anemia, pois são percebidos com a capacidade de juntar-se prontamente ao sangue, sendo, assim, considerados ótimos para

9 Ao utilizarmos o termo “eficácia”, estamos nos referindo ao conceito comumente utilizado pela Antropologia, que, em geral, não diferencia “eficácia” de “efetividade”, como o fazem as definições utilizadas pelas ciências da saúde.

grávidas. Porém, a população pesquisada apresentou outras percepções: comprimidos não são adequados para elas, pois reduzem a capacidade digestiva e podem causar doenças no feto. A cor escura, tendendo ao preto, é poderosa e boa para vômito, febre e ataques, mas não para desordens digestivas, fraqueza ou anemia, o que torna, por exemplo, os comprimidos escuros de sulfato ferroso impopulares para grávidas e pessoas anêmicas. Medicamentos vermelhos são quentes e apropriados para reduzir a tosse e o resfriado, assim como para produzir mais sangue. Os amarelos também são quentes e como tópicos têm ação purificadora. Os sabores adstringente e amargo são frios; o sal é perigoso para os ossos; e o sabor acre é um bom digestivo e próprio para tosse, mas não para doenças cutâneas, reumáticas ou do trato urinário. Enfatizou esse autor que, muitas vezes, o especialista utilizava a estratégia de combinar medicamentos com diferentes características, visando contrabalançar os efeitos adversos de cada um.

Nina Etkin e colaboradores (1990) descrevem que entre os Hausa da Nigéria não há polarização de uso entre os medicamentos e as plantas medicinais, que são usados concomitantemente, tanto por indicação de especialistas nativos como em situações de automedicação. Isso inclui a interpretação e a manipulação dos efeitos primários e secundários da terapia medicamentosa, da mesma maneira que a sequência do uso de plantas é manejada. Por exemplo, as plantas com látex têm propriedades galactogogas; as plantas com óleo ou que facilmente deixam cair suas flores ou amadurecem seus frutos são apropriadas para parturientes; as plantas com sabor amargo são ideais para dores estomacais. Para os medicamentos, os mesmos critérios são usados: a solução branca de penicilina é ingerida para estimular a lactação; as suspensões farmacêuticas oleosas são usadas para facilitar o nascimento; o sabor amargo do cloranfenicol é eficaz nas desordens estomacais. As plantas e os medicamentos de cor amarela tratam icterícia e as de coloração vermelha tratam malária, pois fortificam o sangue (ETKIN *et al.*, 1990).

Marlene Novaes (1996, 1998) observou, entre os indígenas Wari de Rondônia, no Brasil, a manipulação simbólica dos medicamentos, transformando-os em correlatos dos remédios nativos que operam no nível causal das doenças, sendo coadjuvantes dos atos xamânicos na eliminação das causas. Assim, os medicamentos são usados antes da cura xamânica como terapia de alívio sintomático das doenças, como, por exemplo, na eliminação da febre, pois o xamã só age depois de excluir a febre do corpo. Para os Wari, a maioria das doenças graves e/ou crônicas são explicadas a partir da atuação do *jamikarawa*, que compõe uma categoria de seres que não possuem um corpo humano, tratando-se de animais que assumem um espírito (*jam*) definidor da pertinência no mundo dos Wari gente,

ou seja, são ancestrais mortos dos Wari que incorporaram seu *jam* em um corpo animal. As terapias tradicionais Wari de uso da fumaça e de aromas são eficazes, pois entorpecem o *jamikarawa*, facilitando a ação do xamã. Da mesma maneira, medicamentos que exalam odores e/ou desprendem cheiro do corpo do doente, como antibióticos, quimioterápicos, expectorantes balsâmicos e Vick-vap-o-rub®, deixam o *jam* do animal agressor tonto e o *jamikarawa* não pode investir contra o xamã; as injeções e os soros endovenosos enfraquecem o *jam* do animal malfeitor porque, ao sacrificarem muito o corpo do doente, agridem o *jam* do animal que, descontente, vai embora voluntariamente.

Os Kaingáng também se manifestaram sobre a apresentação dos medicamentos. Em minha pesquisa (DIEHL, 2001) entre os Kaingáng, observei que comparações de cor, odor e sabor definem se o remédio da farmácia ou o remédio do mato é bom.

Quando perguntadas sobre as características organolépticas dos medicamentos, as mães Kaingáng citaram, muitas vezes, o sabor e o cheiro, ligando-os a uma melhor eficácia do medicamento: “Essa ampicilina é doce no início e no fim fica amarguinha. Em parte é bom pra garganta o docinho, pras crianças”. “E aquele amoxicilina elas [as filhas] gostam de tomar, de certo ele é cheiroso, né? Tem um gosto de açúcar”. Outra Kaingáng ainda referiu-se à cor, exemplificando com uma situação em que a unidade de saúde da aldeia dava, sem receita, um “remédio preto”. Para ela, esse remédio era muito forte e não usava com as crianças. Em relação aos remédios do mato, uma curandeira associou a cor das suas preparações a determinadas doenças, como: o preto para a “recaída das mães” (tontura e dor de cabeça); o amarelo para o amarelão; o vermelho para a pressão alta; e o branco para todo tipo de doença. Para as diferentes formas farmacêuticas, uma Kaingáng comparou o comprimido com o líquido, dizendo que não havia diferença em relação ao efeito, mas somente à facilidade em tomar: o comprimido precisa ser tomado com água e a pessoa pode engasgar, enquanto que com o líquido não. As injeções ou outras formas farmacêuticas são avaliadas de acordo com o poder de cura ser mais ou menos rápido. Em referência ao uso de injeção, uma Kaingáng disse ter tomado uma vez, quando a filha do meio era pequena; lembrava-se de que tinha sido pior, pois, ao chegar em casa, precisava deitar-se, tinha calorão; depois de uns momentos de conversa, citou a vacina do tétano, que deixou sua perna dura por dois dias. As injeções, ao mesmo tempo que são mais fortes que os comprimidos e líquidos e têm efeito rápido,

causam dor, endurecimento do membro, o que pode impedir para o trabalho, e podem até causar outras doenças, como já salientado antes, na discussão sobre a adesão.

Ainda entre esse grupo indígena, eu, Eliana, ouvi, de muitas mães, o relato de que tratavam as diarreias de seus filhos com antibacterianos (principalmente amoxicilina e sulfametoxazol + trimetoprima), prática bastante recorrente em outras realidades, como você já deve ter vivenciado (ou vivencia cotidianamente). No meu estudo de 2001, evidenciei, ainda, que os profissionais de saúde que atuavam na Terra Indígena demonstravam uma predileção pelo uso de antibacterianos nos episódios diarreicos, o que contribuía para estimular, na perspectiva da autoatenção, o uso desses medicamentos pela população local.

Anita Hardon (1987) observou que médicos filipinos prescreviam três ou mais medicamentos para a maioria das diarreias simples, sendo que os antibióticos constavam em aproximadamente 30% das prescrições, enquanto que, na automedicação, os usuários, normalmente, usavam um medicamento. Conforme Trisha Greenhalgh (1987), entre médicos do setor privado na Índia, uma variedade de antibacterianos foi prescrita para tratar casos de diarreia, sendo que, em 43% de todos os casos, foram indicados dois ou mais medicamentos desse grupo terapêutico. Por outro lado, estudos têm demonstrado que os sais de reidratação oral, terapia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para tratar a maior parte das diarreias, não fazem muito sucesso entre diferentes grupos sociais.



Links

Para saber mais sobre as recomendações da OMS ao tratamento de diarreias, acesse:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf>

Por exemplo, Paredes e colaboradores (1996) descreveram que as mães peruanas que saíram da consulta médica somente com a indicação de sais de reidratação oral para a diarreia consideraram o médico charlatão, que não sabia curar; para elas, o bom médico era aquele que dava injeção.

Notei (DIEHL, 2001) que, no caso dos Kaingáng, ao contrário da grande aceitação dos antibacterianos no tratamento das diarreias, as mães eram reticentes em usar os sais de reidratação oral, reclamando quando os médicos ou os outros profissionais do posto de saúde indicavam somente esses sais.

Por exemplo, a filha menor de uma delas consultou quatro vezes no período de setembro de 1999 a fevereiro de 2000, as duas primeiras vezes com infecção aguda das vias aéreas superiores e as duas últimas com diarreia; em todas as consultas foram prescritos medicamentos. A mãe demonstrou descrédito com o pediatra do posto, comparando quando levava a outro médico, que receitava medicamento, e os filhos logo saravam. O descontentamento referia-se ao fato de que o médico do posto “*só dava soro*” (sais de reidratação oral) para a diarreia, que, na sua opinião, deixava a criança “*desnutrida*”. Em um episódio de diarreia, segundo ela, provocado pela carne de galinha que a menina comera, deu um pouco de sulfa três vezes, mesmo sabendo que para “*sarar bem tem que dar 2 ou 3 vidros*”. Ela considerava a sulfa fraca e por isso “*tem que misturar com chá*” [da casca de pitanga]. Outras mães citaram o gosto desagradável do “*sorinho*”, o que não incentivava as crianças a tomarem a preparação.

Somando-se a essas percepções de eficácia em relação à terapia de reidratação oral e aos antibacterianos, podemos dizer que a aparente resolução rápida, proporcionada pelo uso dos antibacterianos, contrapõe-se a uma terapia baseada em substâncias cotidianas (fluidos e alimentos) (PAREDES *et al.*, 1996) e que exige uma atenção especial, com um número maior de administrações ao dia, o que, muitas vezes, é dificultado pela não disponibilidade de tempo da mãe ou do cuidador.

Se os vários exemplos citados enfatizam populações indígenas, quando focamos em outros grupos sociais, também observamos que a eficácia dos medicamentos é avaliada segundo experiências e saberes construídos culturalmente.

A médica-antropóloga Jaqueline Ferreira (1998) observou que, para as mulheres de uma vila de Porto Alegre, a eficácia dos contraceptivos

orais está relacionada ao fato de que “os comprimidos ficam ao redor do útero e quando termina de tomar eles saem todos na menstruação” (p. 54), ou seja, sua ação é mecânica e não química, conforme o mecanismo de ação farmacologicamente definido.

Quando eu, Eliana, Fernanda Manzini e Marina Becker (2010) pesquisamos sobre o uso de antidepressivos por usuários de um centro de saúde, observamos que uma das mulheres entrevistadas estabeleceu uma relação de dependência com o medicamento fluoxetina, que foi, segundo ela, o principal responsável por sua melhora: “*Eu atribuo a minha melhora ao remédio. Não à psicoterapia, não à consulta com o psiquiatra. Mas eu tenho percebido que depois que eu comecei a tomar a fluoxetina, eu ‘tô’ mais tranquila pra cuidar dos outros problemas*” (p. 354).

A fluoxetina passou a fazer parte de seu cotidiano:

É uma coisa assim bem engraçada porque o comprimido na realidade, ele tem me ajudado muito assim, ele tornou, pra mim, meu melhor amigo. Se eu vou pro centro, eu levo o comprimido, se eu vou viajar eu levo o comprimido... Qualquer lugar que eu vá, eu levo o comprimido, porque eu não sei né se eu vou ficar ou se eu vou voltar... Eu não posso deixar acontecer (p. 354).

Ela também deixou claro que não pretendia largar o tratamento:

Nunca abandonei [o medicamento], não vou abandonar. Posso abandonar marido, filho, colega [...] porque eu tenho a impressão de que se eu parar a fluoxetina agora, eu vou ter uma crise redobrada de TOC [Transtorno Obsessivo Compulsivo] (p. 355).

Para encerrar a discussão sobre eficácia, gostaríamos, ainda, de chamar a atenção para o que Sjaak van der Geest e colaboradores (1996) salientaram em relação à origem do medicamento. Para eles, na construção cultural da eficácia, a procedência do medicamento é um outro elemento importante. A enorme atração exercida pelos medicamentos que vêm de países desenvolvidos foi associada, por Mark Nichter (1996), à modernização que eles representam, faceta muito explorada pela propaganda das indústrias farmacêuticas. E, ainda, a ideia de que os medicamentos são mais fortes do que os recursos terapêuticos nativos faz parte da avaliação da eficácia em muitas culturas, como já demonstramos em alguns exemplos abordados.

Uso racional e automedicação com medicamentos

Em 1985, em Nairobi, no Kenia, a OMS organizou uma “Conferencia de expertos sobre uso racional de los medicamentos”, cujas deliberações, publicadas em 1986, abrangeram políticas farmacêuticas, comercialização de medicamentos, programas nacionais de medicamentos essenciais e educação e formação, entre outras. Foi definido que

para um uso racional é preciso que se receite o medicamento apropriado, que este esteja disponível e a um preço exequível, que se dispense nas condições adequadas e que se tome na dose indicada, nos intervalos e durante o tempo prescritos. O medicamento apropriado será eficaz e de qualidade e inocuidade aceitáveis (OMS, 1986, p. 62).

Desde então, países membros têm formulado políticas que contemplam a questão, como o Brasil, a exemplo da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, assunto já abordado no Módulo 2 - *Políticas de saúde e acesso aos medicamentos*.

A definição da OMS contempla:

- a prescrição, ou seja, o prescritor deve receitar medicamentos quando necessário e corretamente para cada situação específica de doença;
- a entrega do medicamento, que deve ocorrer de acordo com padrões farmacêuticos adequados; e
- o seu uso, que deve seguir o recomendado na prescrição.

Porém, mesmo que o conceito da OMS contemple diferentes sujeitos e grupos sociais (o prescritor, o dispensador/entregador e o usuário), o uso de medicamentos fora dos padrões farmacológicos comprovados é, normalmente, tratado pelo setor saúde de modo a **culpabilizar**¹⁰ o usuário, acusando-o de **“irracional”**¹¹.

Talvez, o mais importante, quando se trata da questão “uso racional” versus “uso irracional” ou “uso racional” versus “uso segundo outros saberes e práticas” (visão êmica), é ter presente o que James Trostle (1996) chamou a atenção: a ênfase no “conceito de ‘uso racional de medicamentos’ pode limitar a compreensão da variedade de maneiras que os medicamentos são prescritos, dispensados e usados” (p.119).

10 Quando referimos “culpabilizar”, queremos dizer que os profissionais de saúde, ao observarem o uso de medicamentos fora dos padrões farmacológicos comprovados, em geral fazem um julgamento de valor a partir de seus conhecimentos, definindo o usuário como ignorante e sem conhecimentos, “culpado” pelo uso “errado”. Conforme veremos na sequência, essa atitude etnocêntrica dos profissionais não se sustenta quando ampliamos nosso olhar sobre o processo saúde-doença-atenção.

11 O termo “irracional” tem um impacto importante sobre os estudantes e os profissionais da área da saúde, pois reforça a ideia de que somente o conhecimento científico-biomédico é válido, é “racional”.

Como discutimos anteriormente, o uso de medicamentos conforme regras próprias de posologia e noções particulares de eficácia e de reinterpretação, evidencia que os sujeitos e grupos sociais têm autonomia baseada em seus saberes e experiências no processo saúde-doença-atenção. Também já argumentamos que os sujeitos, em um episódio de doença, têm percepções sobre o corpo e os tratamentos mais adequados para resolver o problema, que muitas vezes são bastante diversas dos profissionais. Os profissionais compartilham os valores e os conhecimentos da cultura da biomedicina, enquanto os doentes, que fazem parte de outras coletividades ou grupos sociais, também possuem valores e conhecimentos próprios, traduzidos por atividades e práticas, que podem ser denominadas de autoatenção.



Reflexão

E a automedicação? O que tem a ver com tudo isso?

A automedicação com medicamentos é uma das práticas mais difundidas em diferentes sociedades, incluindo a brasileira, na busca por saúde, ocorrendo, principalmente, na esfera doméstica, longe do controle da biomedicina, que a critica duramente por sua “irracionalidade” e pelos riscos potenciais.

Para o antropólogo Menéndez (2003, 2009), a automedicação é uma das principais atividades de autoatenção, ampliando a noção, comumente divulgada, de que ela se refere somente aos medicamentos da indústria químico-farmacêutica. Para ele, o uso de plantas medicinais, de bebidas alcoólicas, de maconha etc., e de outras atividades (como massagens), acionadas de modo intencional para controle, alívio, solução, cura ou prevenção de processos que afetam a saúde, são também práticas de automedicação.

A automedicação enquanto atividade de autoatenção revela duas dimensões importantes: a primeira refere-se à agência e autonomia de quem utiliza os medicamentos; e a segunda ao impacto do modelo e à organização dos serviços de saúde em diferentes contextos.

A prática da automedicação demonstra a dinâmica da autonomia dos grupos sociais em desenvolver formas de autoatenção influenciadas, mas não controladas, pelos profissionais de saúde. Segundo Menéndez (2003,2009), a automedicação com medicamentos é a decisão, mais ou menos autônoma, de utilizar determinados fármacos sem a intervenção direta ou imediata dos profissionais de saúde, pressupondo que há um saber sobre o processo saúde-doença-atenção que afeta a maneira como os medicamentos são usados e avaliados, conforme já discutimos na lição 1 desta unidade. Para Esther Jean Langdon (2003), os sujeitos e grupos sociais constroem significados para a experiência da doença, o que possibilita uma linguagem e práticas que, conforme Menéndez (2003), podem assimilar elementos de outras formas de atenção à saúde, como da biomedicina e das medicinas “tradicionais” ou “populares”.

Eduardo Menéndez ainda aponta que, de modo geral, os profissionais de saúde costumam julgar a automedicação de forma negativa ou pernicioso, que é fruto da falta de educação ou da ignorância, identificando-a como um comportamento das classes sociais mais pobres. Para o autor, essa avaliação está baseada na própria experiência clínica ou na tradição oral institucional, bem como na posição contrária do setor saúde frente à automedicação, mas não em pesquisas sistemáticas sobre os malefícios ou benefícios da automedicação.

Menéndez (2003, 2009) quer dizer com isso que a biomedicina identifica apenas os aspectos negativos da automedicação, como, por exemplo, no caso do desenvolvimento de resistência de vetores a certos medicamentos, como aos antibióticos; ou dos efeitos cancerígenos devido ao uso indiscriminado de certos fármacos, mas não investiga, de maneira continuada, as atividades de automedicação nas doenças crônicas, visando determinar se essa prática realmente é positiva ou negativa.

Explorando um pouco a segunda dimensão (impacto do modelo e organização dos serviços de saúde), no caso da automedicação com medicamentos, a biomedicina, paradoxalmente, é forte estimulante do seu uso, na medida em que seus profissionais fundamentam suas práticas clínicas na prescrição ou indicação de medicamentos.

Uma das consequências mais diretas do ato médico de prescrever é que legitima e encoraja a escolha de medicamentos sintomáticos, influenciando a automedicação e, conseqüentemente, a prescrição informal.

Também, a demanda do usuário é um forte apelo para que ocorra tanto a prescrição formal quanto a informal, ou seja, a consulta é percebida como válida quando é marcada, ao seu final, pela prescrição de um ou mais medicamentos. Para Nichter e Vuckovic (1994a), em cenários onde há um grande número de medicamentos de prescrição e de venda livre, que podem ser adquiridos a qualquer momento pelo paciente, os provedores de atenção à saúde são colocados frente a uma população que demanda por coisas novas.

Para Menéndez (2003, 2009), apesar das críticas e dos julgamentos negativos da autoatenção em termos de automedicação, a biomedicina e seus serviços de saúde estimulam atividades de autoatenção em termos de autocuidado, como o uso do termômetro, a apalpação dos seios femininos, o planejamento familiar através da pílula contraceptiva, o uso da camisinha, a reidratação oral, a autoinjeção de insulina, a leitura da glicose no sangue, entre tantos outros exemplos.

Talvez as pesquisas sobre diabetes demonstrem bem, não só a avaliação negativa dos profissionais de saúde sobre as práticas de autoatenção, mas também como os profissionais acabam estimulando a automedicação.

Fabiane Francioni (2010), enfermeira, realizou uma pesquisa qualitativa sobre as práticas de autoatenção, em uma comunidade de pescadores no sul do país, focada em pessoas que têm diabetes *mellitus* (DM) e que participam, há vários anos, de encontros organizados pelos profissionais da unidade de saúde local. Nesse caso, os profissionais têm uma longa história com a comunidade e são bem recebidos, sendo vistos como vizinhos e pessoas de confiança. Porém, a pesquisa identificou, entre as práticas de autoatenção, que muitas são decorrentes dessa interação com os profissionais.

As pessoas com DM demonstraram uma grande aceitação e legitimidade aos medicamentos alopáticos e aos diagnósticos dados pelo médico, por meio de resultados de exames. Porém, eles reapropriaram e articularam essas informações com outros conhecimentos e práticas que julgaram interessantes e acreditaram ter efetividade. O uso da medicação oral é o tratamento mais aceito, mas fazem adaptações, alterando os horários e a frequência ou as dosagens tomadas, baseados nos efeitos observados em relação ao controle glicêmico.

O resultado de um exame apontando glicemia normal ou próxima da normalidade é interpretado como justificativa para a redução da medicação ou o consumo de comidas, geralmente, não aconselhadas, tais como os doces ou as frituras. A dieta sem açúcar

e com pouca gordura recebe ênfase especial nos encontros com os profissionais, mas para as pessoas com DM, comer é um ato social que faz parte das relações de amizades e das atividades festivas que são vistas como essenciais para a saúde. A flexibilidade da dieta é resultado dos valores associados às práticas de sociabilidade da comunidade, que, na definição de Menéndez (2003, 2009), fazem parte das práticas de autoatenção no sentido amplo.

Em uma pesquisa, realizada em dois povoados do interior da Bahia, Hildebrando Haak (1989) demonstrou que antibióticos, analgésicos, vitaminas e anticoncepcionais foram os grupos farmacológicos mais utilizados por “autoprescrição”, sugerindo um uso excessivo desses medicamentos.



Ambiente Virtual

Para saber mais sobre a pesquisa de Hildebrando Haak, recomendamos a leitura do artigo *Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil)*, publicado no periódico Revista de Saúde Pública. O artigo está disponível na Biblioteca.

Em suas conclusões, o autor sugere que “a automedicação poderia tornar até uma parte importante da ‘Assistência Primária à Saúde’” (p. 150), desde “que a população seja informada sobre o justo uso e sobre os perigos associados aos medicamentos” (p. 150). Para ele, dessa forma, o consumidor teria uma participação ativa na atenção básica à saúde. Esse estudo nos auxilia na reflexão sobre o que significa o consumo de medicamentos e a automedicação em uma perspectiva local, isto é, nos faz entender essas práticas, a partir do que os sujeitos e grupos sociais avaliam como sendo importantes para o processo saúde-doença-atenção, sem julgamento de valor baseado em uma racionalidade biomédica.

Análise Crítica

Os tópicos que discutimos nesta lição (adesão, eficácia, uso racional e automedicação com medicamentos) demonstram que os sujeitos e grupos sociais reapropriam e ressignificam o uso de medicamentos, segundo saberes e atividades que fazem sentido em um contexto cultural e social específico, de maneira autônoma, quer seja em relação aos serviços ou aos profissionais de saúde.

A unidade *Contexto sociocultural do uso de medicamentos* do Módulo 5, finalizada agora, procurou enfatizar que não podemos ignorar que a biomedicina compõe mais um possível conjunto de valores, conhecimentos e práticas para a ação sobre o processo saúde-doença-atenção, dentre outros inúmeros conjuntos de valores, conhecimentos e práticas. Como profissionais de saúde, é importante não assumir posições etnocêntricas, pois julgar os outros a partir de nossas próprias referências culturais e valores nos cega para as variadas maneiras, muitas vezes criativas, que uma pessoa ou comunidade, com a qual, cotidianamente, nos relacionamos nos serviços de saúde, utiliza em suas decisões sobre sua saúde.

Indo mais além, compreender a relação entre a cultura e os processos de saúde-doença-atenção/autoatenção e o uso de medicamentos auxilia o profissional de saúde em seu trabalho a, efetivamente, entender a visão de mundo do outro, permitindo, nas palavras de Eduardo Menéndez (2003, 2009), a inclusão articulada, por meio das práticas de autoatenção, dos sujeitos e grupos sociais com os serviços de saúde biomédicos e com outras formas de atenção.



Ambiente Virtual

Concluimos os estudos desta unidade. Acesse o AVEA e confira as atividades propostas.

Referências:

AZIZE, R. L. **A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras.** 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

AZIZE, R. L. **A nova ordem cerebral: a concepção de 'pessoa' na difusão neurocientífica.** 2010. 294 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. CNE – Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 2/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9.

CECCHETTO, F.; MORAES, D. R.; FARIAS, P. S. Hipermasculinidade e riscos à saúde: discursos sobre o uso de esteroides anabolizantes entre homens jovens. In: **IX Reunião de Antropologia do Mercosul**, Curitiba, Paraná, 2011. Anais.

CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. **Social Science and Medicine**, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

Da MATTA, R. Você tem cultura? In: **Explorações: Ensaio de Sociologia Interpretativa.** Rio de Janeiro: Rocco, 1986. Disponível em: <<http://www.furb.br/site/arquivos/788660-650601/vocetemcultura.pdf>>. Acesso em: 08 agosto 2010.

DIEHL, E.E. **Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil).** 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

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 Antropologia participativa.** Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004. p. 149-169.

DIEHL, E. E.; MANZINI, F.; BECKER, M. “A minha melhor amiga se chama fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um Centro de Atenção Básica à Saúde. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org.). **Gênero, Saúde e Aflição** – abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 331-365.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, 2010.

DIEHL, E. E.; ALMEIDA, L. K. Medicamentos em contexto local indígena: A “farmácia caseira” Xokleng, Santa Catarina. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.4, n.1, p.189-206, 2012.

ELSEN, I. **Concepts of Health and Illness and Related Behaviors among Families Living in a Brazilian Fishing Village**. 1984. Thesis (Philosopher Doctor) - University of California, San Francisco, 1984.

ETKIN, N. L. Cultural constructions of efficacy. In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. **The Context of Medicines in Developing Countries Studies in Pharmaceutical Anthropology**. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988. p. 299-326.

ETKIN, N. L. “Side effects”: Cultural constructions and reinterpretations of Western Medicine. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 6, n. 2, p. 99-113, 1992.

ETKIN, N. L.; ROSS, P. J.; MUAZZAMU, I. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. **Social Science and Medicine**, v. 30, n. 8, p. 919-928, 1990.

FERREIRA, J. O corpo signico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (org.) **Saúde e Doença** – um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.101-112.

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 49-56.

FRANCIONI, F. F. **Compreendendo o processo de viver com Diabetes Mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina**: Das práticas de Autoatenção ao apoio social. 2010. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GREENHALGH, T. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. **Social Science and Medicine**, v. 25, n. 3, p. 307-318, 1987.

HAAK, H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 143-151, 1989.

HARDON, A. P. The use of modern pharmaceuticals in a Filipino Village: doctor's prescription and self medication. **Social Science and Medicine**, v. 25, n. 3, p. 277-292, 1987.

HORNE, R.; WEINMAN, J.; BARBER, N.; ELLIOTT, R.; MORGAN, M. **Concordance, adherence and compliance in medicine taking** – Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D. London: NHS, 2005. Disponível em: <http://www.medslearning.leeds.ac.uk/pages/documents/useful_docs/76-final-report%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 20 julho 2011.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. Cultura e os Processos de Saúde e Doenças. In: **Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença** (L.S. Jeolás, M. Oliveira, org.). Londrina, Ministério da Saúde, Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, 2003. p. 91-107.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEVIS-STRAUSS, C. **Antropologia Cultural**. 3 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atenção dos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, Saberes e Estruturas** – uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec/Aderaldo & Rothschild, 2009. p. 17-70.

NICHTER, M. The layperson's perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context. **Social Science and Medicine**, v. 14B, n. 4, p. 225-33, 1980.

NICHTER, M. Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition. In: NICHTER, M.; NICHTER, M. (orgs.). **Anthropology and International Health - Asian Case Studies**. Sem local: Gordon and Breach Publ., 1996. p. 265-326.

NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. **Social Science and Medicine**, v. 39, n. 11, p. 1509-25, 1994a.

NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Understanding medication in the context of social transformation. In: ETKIN, N. L.; TAN, M. L. (ed.). **Medicines: Meanings and Contexts**. Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University of Amsterdam, 1994b. p. 285-303.

NOVAES, M. R. **A Caminho da Farmácia**: Pluralismo Médico entre os Wari' de Rondônia. 1996. 254 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

NOVAES, M. R. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari' de Rondônia. **Revista de Divulgação Cultural**, v. 64, p. 69-76, 1998.

OMS (Organización Mundial de la Salud). **Uso racional de los medicamentos**. Informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi. Ginebra: OMS, 1986.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo, gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 31-47.

PAREDES, P.; LA PEÑA, M.; FLORES-GUERRA, E.; DIAZ, J.; TROSTLE, J. Factors influencing physicians' prescribing behaviour in the treatment of childhood diarrhoea: knowledge may not be clue. **Social Science and Medicine**, v. 42, n. 8, p. 1141-54, 1996.

PAULILO, M. I. O peso do Trabalho Leve. **Ciência Hoje**, v. 5, n. 28, p. 64-70, 1987. Disponível em: <www.cfh.ufsc.br/~naf/doc/OPesodoTrabalhoLeve.doc>. Acesso em: 08 agosto 2010.

PELLEGRINI, M. **Falar e Comer**: Um Estudo sobre os Novos Contextos de Adoecer e Buscar Tratamento entre os Yanomamê do Alto Parima. 1998. 150 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. **Global Pharmaceuticals** – ethics, markets, practices. London: Duke Univ. Press, 2006.

QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 272-282, 1993.

QUEIROZ, M. S. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (org.) **Saúde e Doença** - Um Olhar Antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 153-166.

REELER, A. V. Injections: a fatal attraction? **Social Science and Medicine**, v. 31, n. 10, p.1119-25, 1990.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 300-308, 1994.

SCHWADE, E. Neo-esoterismo no Brasil: Dinâmica de um Campo de Estudos. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 61, p. 5-24, 2006.

SILVEIRA, M. L. **O Nervo Cala, O Nervo Fala**: A Linguagem da Doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

TROSTLE, J. Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries. **Social Science and Medicine**, v. 42, n. 8, p. 117-20, 1996.

TURNER, V. Un doctor Ndembu en accion. In: TURNER, V. **La Selva de los Simbolos** - aspectos del ritual Ndembu. Espanha: Siglo Veintiuno, 1980.

VAN DER GEEST, S. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. **Social Science and Medicine**, v. 25, n. 3, p. 273-76, 1987.

VAN DER GEEST, S. Pharmaceutical Anthropology: Perspectives for Research and Application. In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. (ed.). **The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology**. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988. p. 329-66.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. (ed.). **The Context of Medicines in Developing Countries** - Studies in Pharmaceutical Anthropology. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R.; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annual Review of Anthropology**, v. 25, p. 153-78, 1996.

WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. Woman in distress: medicines for control. In: WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. (org.). **Social lives of medicines**. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 50-63.

Autores

Eliana Elisabeth Diehl

Formou-se em Farmácia em 1988, fez mestrado em Ciências Farmacêuticas (1992) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, doutorado pela Escola Nacional de Saúde Pública (2001) da Fundação Oswaldo Cruz e pós-doutorado em Antropologia Médica (2013-2014) pela Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, Espanha). É professora no Curso de Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina desde 1991, atuando na graduação, nas disciplinas de Farmacotécnica Homeopática e de Estágio Supervisionado em Farmácia; e na pós-graduação, no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Desenvolve pesquisa interdisciplinar, utilizando referenciais teórico-metodológicos da Antropologia, da Saúde Coletiva e das Ciências Farmacêuticas, especialmente em temas da saúde indígena e da assistência farmacêutica. Ainda, desenvolve atividades de extensão, principalmente, em assistência farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/7240894306747562>

Esther Jean Langdon

Nasceu nos Estados Unidos e vive no Brasil desde 1983, quando veio para Florianópolis. Fez mestrado em Antropologia (1968) pela University of Washington, doutorado em Antropologia (1974) pela Tulane University of Louisiana e pós-doutorado pela Indiana University (1994) e University of Massachusetts (2009 e 2013). É professora titular no Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando na graduação e pós-graduação (Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social). Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em cosmologia e saúde, pesquisando, principalmente, nos seguintes temas: antropologia da saúde, saúde indígena, política da saúde indígena, narrativa e performance, xamanismo e cosmologia.

<http://lattes.cnpq.br/8747931503750041>