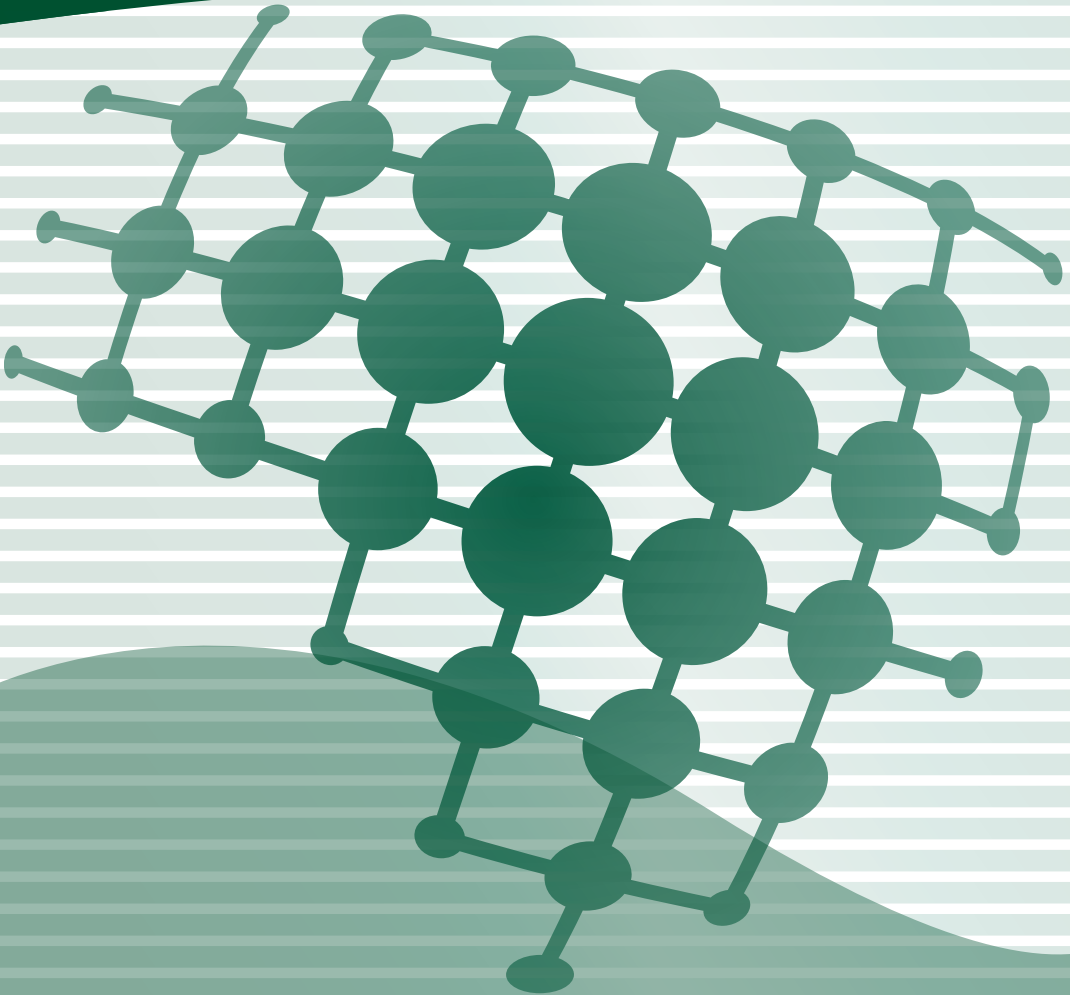


UnA-SUS

Gestão da Assistência Farmacêutica

Especialização a distância



Módulo 2: Medicamento como
insumo para a saúde

ABORDAGEM CULTURAL DA
DOENÇA E DA ATENÇÃO À
SAÚDE E CONTEXTO
SOCIOCULTURAL DO USO DE
MEDICAMENTOS

MÓDULO 2

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) Milton de Arruda Martins

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) Sigisfredo Luis Brenelli

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

Reitor Álvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-Graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Chefe do Departamento Rosane Maria Budal

Subchefe do Departamento Flávio Henrique Reginatto

Coordenadora do Curso Mareni Rocha Farias

COORDENAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenador Geral Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora Executiva Kenya Schmidt Reibnitz

COMISSÃO GESTORA

Coordenadora do Curso Mareni Rocha Farias

Coordenadora Pedagógica Eliana Elisabeth Diehl

Coordenadora de Tutoria Rosana Isabel dos Santos

Coordenadora de Regionalização Silvana Nair Leite

Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso Luciano Soares

EQUIPE EaD

Alexandre Luiz Pereira

Bernd Heinrich Storb

Fabiola Bagatini

Fernanda Manzini

Gelso Luiz Borba Junior

Guilherme Daniel Pupo

Marcelo Campese

Blenda de Campos Rodrigues (Assessora Técnico-Pedagógica em EaD)

AUTORES

Eliana Elisabeth Diehl

Esther Jean Langdon

© 2011. 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 Marcia Melo Bortolato

Revisão Textual Judith Terezinha Muller Lohn

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Gráfico Felipe Augusto Franke

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, 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

SUMÁRIO

UNIDADE 5 - ABORDAGEM CULTURAL DA DOENÇA E DA ATENÇÃO À SAÚDE E CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO USO DE MEDICAMENTOS	7
Lição 1 - O conceito de cultura.....	10
Lição 2 - A doença como processo e como experiência.....	20
Lição 3 - Autonomia ou agência dos usuários.....	28
REFERÊNCIAS	38

UNIDADE 5

PARTE 1

MÓDULO 2

UNIDADE 5 - ABORDAGEM CULTURAL DA DOENÇA E DA ATENÇÃO À SAÚDE E CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO USO DE MEDICAMENTOS

Ementa da Unidade

- Contextualização do campo da antropologia e suas contribuições à área da saúde;
- Contextualização do uso de medicamentos a partir de uma abordagem sociocultural.

Carga horária da unidade: 15 horas, divididas em 10 horas junto ao Módulo 2 e 5 horas junto ao Módulo 4.

Objetivos específicos de aprendizagem

- Compreender o conceito de práticas de autoatenção;
- Refletir sobre alguns conceitos que envolvem medicamentos, à luz da noção de cultura e das práticas de autoatenção;
- Compreender a noção de cultura e suas implicações para a saúde, especialmente nas atividades relacionadas à utilização dos medicamentos;
- Compreender a relação entre doença, cultura e sociedade.

Apresentação

Na unidade “Abordagem cultural da doença e da atenção à saúde e contexto sociocultural do uso de medicamentos”, estudaremos alguns conceitos que são fundamentais para a compreensão dos medicamentos para além de suas dimensões farmacológica, bioquímica, técnica e legal.

A unidade, que corresponde a 15 horas-aula, está dividida em quatro lições principais: **(1)** O conceito de cultura: nessa lição, os conceitos serão discutidos na perspectiva da Antropologia simbólico-interpretativa, de acordo com Clifford Geertz (1989) e Esther Jean

Langdon (2003), entre outros. **(2)** A doença como processo e como experiência: aqui discutiremos “doença” em uma perspectiva que vai além da dimensão biológica, procurando articular com o conceito de cultura tratado na lição 1. **(3)** Autonomia ou agência dos usuários: os saberes, as práticas e as experiências envolvidos no processo saúde-doença-atenção serão abordados na perspectiva das atividades de autoatenção, conforme Eduardo Menéndez (2003, 2009). E, por último **(4)** Contexto sociocultural do uso de medicamentos: 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) 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.

As três primeiras lições serão estudadas neste Módulo “Medicamento como insumo para a saúde”, e a lição 4 será trabalhada no Módulo 4 “Serviços farmacêuticos”, junto ao conteúdo “Dispensação de medicamentos”. Tal divisão visa aproximar cada tema deste conteúdo a outros conteúdos afins do Curso.

Além das leituras e atividades obrigatórias, faremos sugestões de leituras complementares e exercícios para reflexão sobre a temática.

A avaliação será dada durante o processo de estudos, por meio de atividades de fixação dos conteúdos.

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

ENTRANDO NO ASSUNTO

Contextualizando

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

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

Nossa formação é marcada pelo tecnicismo e ainda é muito recente a inserção de conteúdos das ciências sociais e humanas nos currículos farmacêuticos, tornados obrigatórios pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, que 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. Nesse sentido, a Antropologia é uma das ciências que reflete sobre as coletividades humanas e trabalha com conceitos e não com hipóteses, diferentemente das ciências da saúde. 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 ciência.



Ambiente Virtual

Acesse a Resolução CNE/CNS n. 2, de 19 de fevereiro de 2002, na Biblioteca da unidade, no AVEA.

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.

No decorrer da unidade, além de trazermos alguns autores que consideramos fundamentais para o tema, apresentaremos experiências vividas, especialmente pela professora autora Esther Jean, bem como outros relatos, ilustrando as ideias que queremos compartilhar com vocês.

Bem, temos muito a discutir, então, vamos começar?

Lição 1 - O conceito de cultura

Nesta primeira lição você terá como objetivos de aprendizagem compreender a noção de cultura e suas implicações para a saúde, especialmente nas atividades relacionadas à utilização dos medicamentos. Desejamos que, ao final de seu estudo, você consiga atender a esses objetivos.

Todos sabem o que é cultura no sentido comum. Dizemos que uma pessoa tem cultura quando possui uma boa formação em educação, vem de uma família com um bom nível socioeconômico, conhece as artes, a música, a história e a filosofia. Até podemos pensar que o usuário “com cultura” é um bom usuário, pois ele tem cultura suficiente para entender o que o médico ou o enfermeiro fala sobre cuidados de saúde, para seguir as instruções corretamente e para se cuidar, melhor do que uma pessoa “sem cultura”. O usuário “sem cultura” é o mais difícil, é aquele que age errado por questões de ignorância e superstições. Esse é o senso comum em qualquer contexto de prestação de serviços.

Talvez possa parecer inadequado ou estranho falar de cultura em um Curso de Especialização direcionado a farmacêuticos, ou que esse conceito não seja útil para uma pessoa trabalhando na saúde, mas queremos alterar essa impressão inicial.

Nesta lição vamos discutir cultura como conceito central da Antropologia, com o objetivo de propiciar reflexão sobre como o uso de medicamentos está vinculado à cultura do usuário.

Idealmente, como profissionais de saúde, imaginamos que o usuário segue ou deve seguir de modo fiel a receita do médico, que ele compartilha da mesma racionalidade e do mesmo entendimento sobre o valor e a eficácia do medicamento. De fato, cotidianamente esse não é o caso. O cumprimento das instruções – tanto na aquisição quanto na frequência e dosagem indicadas – raramente acontece como determinado na receita médica.

Vários fatores interferem para influenciar 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 muito 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. Argumentamos também 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, se este tem 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. Em resumo, segundo o conceito de cultura a ser elaborado aqui, todos têm cultura e é ela que determina, em grande parte, as decisões que o usuário toma quando decide se vai tomar e como vai tomar um medicamento.

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

A cultura inclui valores, símbolos, regras da vida e costumes. Nessa primeira 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.

A cultura determina como o homem e a mulher, o brasileiro e o chinês vão se comportar ou pensar. Assim, Margaret Mead (2000) e vários outros antropólogos posteriores têm demonstrado que há grandes variações de comportamento dos sexos e que essas variações vêm do que a pessoa aprende da sua cultura sobre o que é ser homem ou mulher. Por exemplo, Mead encontrou entre as diferentes culturas da Nova Guiné um grupo em que as mulheres eram agressivas e

assumiam as atividades econômicas do grupo, enquanto os homens eram vaidosos e mais passivos; outro grupo, em que as pessoas de ambos os sexos eram agressivas; e, finalmente, um grupo em que ambos – homens e mulheres - eram passivos e se dedicavam aos cuidados das crianças.



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 disponíveis na Biblioteca da unidade, no AVEA.

Esther Jean Langdon ¹ nasceu nos Estados Unidos em 1944 e mora no Brasil desde 1983. Formou-se em Sociologia e Antropologia em Carlton College (EUA), e fez o mestrado na Universidade de Washington (EUA). 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. Atualmente é Professora Titular na Universidade Federal de Santa Catarina, onde trabalha desde 1983.

Ao dizer que a atividade cultural é compartilhada e padronizada, salientamos a dimensão coletiva e estamos separando 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 humana, 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 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. Quando eu, **Jean**¹, 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, 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. Para eles, a comida em abundância faz mal para o trabalho da tarde e só almoçam fartamente aos domingos ou em festividades especiais.

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.

Ao aprofundar o conceito de cultura, vamos entender melhor a sua fundamental importância na atividade de um grupo. Quando falamos que **a cultura é qualquer atividade física ou mental**, não estamos nos referindo a uma colcha de retalhos feita de pedaços de superstições ou comportamentos sem lógica.

Basicamente, a cultura organiza o mundo para o grupo e o organiza segundo sua própria lógica para formar um total. Assim, a cultura tem sua própria lógica e sua integração depende dessa lógica.

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 o que a pessoa **deve fazer** e também **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.

Tomemos outro exemplo, o do conceito de limpeza, uma categoria fundamental em todas as culturas. Cada cultura estabelece categorias das coisas que são limpas e puras e as que são sujas, conforme a antropóloga inglesa Mary Douglas (1976). Cada cultura também tem práticas e crenças quanto a manter as coisas ligadas a essas categorias distintas para não misturá-las. Entretanto, as definições de o que é o limpo e o que é o sujo têm tantas variações como tantas são as diferentes culturas.

Eu, Jean, me lembro bem de uma experiência que vivi entre os índios Barasana, na selva amazônica da Colômbia. Eu estava fazendo a pesquisa tradicional de um antropólogo, vivendo com o grupo e participando da vida dele para aprender a sua cultura, sobretudo os aspectos ligados à sua saúde. Vivia com eles na maloca, uma casa grande que abrigava 10 famílias por parentesco, e trabalhava com as mulheres nas suas tarefas de cultivar as roças de mandioca, conseguir lenha e preparar o pão feito de mandioca. Eu recém havia chegado para viver com aquele grupo e não falava nada além de algumas palavras do idioma. A comida deles era baseada em carne ou peixe, produto da caça ou pesca feita pelos homens, e em pão de mandioca feito pelas mulheres. Após comer, sempre tomavam um líquido quente, feito do suco da mandioca extraído no processo de fazer o pão.

Normalmente, quando um caçador tinha sorte na caça, na volta à maloca entregava a maior porção de carne para o líder da casa, o homem mais velho da extensa família. Sua esposa ou esposas cozinhavam a carne e colocavam a panela grande no chão do centro da casa. O líder chamava para comer primeiro os homens, observando uma hierarquia baseada na idade e no prestígio, e logo em seguida chamava as mulheres, mas nem sempre todas; crianças nunca eram chamadas quando a panela tinha carne ou peixe de grande porte.

Notei que as mulheres, fazendo pão, raramente paravam para comer, mas não entendia o porquê. Imaginei, inclusive, haver algum tipo de pensamento machista do grupo, dominado pela autoridade masculina. Outra coisa interessante sempre acontecia, que também entendi mal nessa fase inicial da pesquisa: depois de comer, cada

um levantava e ia tomar o líquido da mandioca numa panela grande. Serviam-se dela com uma concha, escolhendo uma das duas xícaras que ficavam ao lado da panela. Sempre quando eu ia tomar o líquido, copiando os outros, um moço rapidamente me seguia e me servia o líquido. “Que boas maneiras,” pensava, “Talvez por ser visitante na casa deles queiram servir-me.” Que errada eu estava, mas demorei algum tempo para entender!

Um dia eu estava ralando a mandioca para fazer pão quando uma panela grande de carne estava sendo servida. Depois de chamar os homens, o líder chamou a mim e a várias mulheres não ocupadas na tarefa de fazer pão. Estando com muita fome, que era meu estado contínuo entre aquele grupo devido à comida exótica e às horas tão estranhas que serviam a comida principal, eu fui, sentindo-me um pouco culpada por ser a única mulher escolhida entre aquelas trabalhando com o pão; porém, a fome venceu e eu comi. Logo depois voltei a trabalhar para demonstrar a minha boa vontade. A mulher do líder veio correndo e gritando para mim “*witsioga, witsioga!*”, me tirou do serviço de ralar a mandioca e me mandou embora. Todos começaram a gritar para mim; eu entendi pouco, mas compreendi a raiva.

Com o tempo, descobri que havia quebrado uma regra sagrada a respeito da limpeza e da pureza entre esse grupo: *Witsioga* é a categoria de uma substância na comida, existente especialmente na carne, que faz mal para as crianças pequenas, pessoas de certas idades ou em estados de iniciação (por exemplo, as que estão entrando na puberdade ou que estão sendo iniciadas na pajelança), mulheres que recém deram à luz e as pessoas doentes. Eles fazem uma classificação complicada dos mamíferos e peixes que são *witsioga*, organizada segundo tamanho, comportamento etc, e possuem várias práticas do que pode e não pode fazer depois de comer carne, além das práticas higiênicas para tirar essa substância da pessoa que come a carne: logo em seguida à ingestão tomam banho com folhas cheirosas e limpam bem os dentes com outras folhas, e por isso tinham muito interesse na minha escova de dentes, porque “ajuda a tirar *witsioga*”. Também aprendi que essa substância é ligada não só à comida e à doença, mas a toda a **cosmologia**² daquela cultura.

Para os Barasana, o mundo está controlado por espíritos, e a *witsioga* atrai os espíritos maus, que atacam as pessoas em estados classificados como enfraquecidos ou vulneráveis. Assim, podemos ver que o que eu entendi como “boas maneiras” era, na realidade, a tentativa deles de manterem em separado a xícara compartilhada pelas pessoas com *witsioga* daquela compartilhada pelas pessoas que não podiam ter contato com ela. Além disso, descobri também que o pão é puro e que, ao ter comido carne, eu estava contaminando todo o abastecimento de pão daquele dia.

2 Cosmologia trata das teorias e relações que um grupo humano tem com seu universo, sendo normalmente expressa simbolicamente por meio dos mitos e ritos que tratam da origem, estrutura e do funcionamento de seu universo. Quando está relacionada a casos de doenças graves, que ameaçam a continuidade do grupo social, as causas da doença são frequentemente atribuídas a este entendimento do funcionamento do universo.

Etnocentrismo é a atitude **3** 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.

Relativismo cultural é o **4** princípio que afirma 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.

Esse exemplo ilustra a atitude etnocêntrica que normalmente temos quando pensamos nos costumes dos outros, mas não entendemos o porquê deles. Quando citei que eles comem formigas, que comem na mesma panela usando pão para pegar a comida, que várias pessoas compartilham uma só xícara para beber, talvez o leitor tenha começado a sentir um pouco de nojo – “formiga não é comida”, “tirar a comida da panela quando esta se encontra no chão é sujo”, “separar as xícaras e as atividades segundo *witsioga* é superstição” – e a pensar que tudo isso não tem nada a ver com a saúde. Assim, estamos julgando esses índios segundo nossos valores e nossas classificações de mundo, e não segundo os deles.

Estamos sendo **etnocêntricos**³.

A perspectiva cultural requer que a pessoa tente abandonar esses julgamentos etnocêntricos e venha a olhar a cultura segundo seus próprios valores e crenças, reconhecendo que são integrados em um sistema cultural, em uma visão do mundo. Esse **relativismo cultural**⁴ nos permite entender o porquê das atividades e crenças segundo a lógica e integração da cada cultura em si mesma.

A dinâmica da cultura

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 um 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 comunicar simbolicamente sobre este mundo. No seu sentido dinâmico, cultura é definida por Clifford Geertz (1989) como um sistema de símbolos que fornece um modelo **de** e um modelo **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, 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 as 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-antropóloga 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 essa aflição é comum e muito conhecida entre os membros da comunidade. De fato, nervos é uma doença bastante conhecida entre muitas comunidades por todo o nosso país. No caso dessa pesquisa, a médica-antropóloga 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”, 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.



Reflexão

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 reinterpretação, ou seja, há a possibilidade de as pessoas criarem novos significados.

Nesse sentido, segundo Esther Jean Langdon (2007) e Luciane Ouriques Ferreira (2010), as noções de tradição e de tradicional devem ser repensadas, pois não são a repetição habitual e automática de ações, como pensam vários profissionais de saúde. A tradição é continuamente recriada e, nesta recriação, a ação humana não é determinada.

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.

Cultura não é mais uma unidade estanque de valores, crenças, normas etc, mas uma expressão humana frente à realidade. É uma construção simbólica do mundo sempre em transformação.

Falando em gestão

Vamos dar uma paradinha para refletirmos sobre tudo o que estamos aprendendo sobre cultura e 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 é que, ao entender que a cultura emerge da interação dos atores que agem para entender os eventos e procurar soluções, coloca uma grande responsabilidade para a gestão no sentido de favorecer um contexto criativo e capaz de produzir novos valores organizacionais. Por exemplo, se diz 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.

Falando em gestão

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 coisa de pobre 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, consequentemente, 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. Por meio do processo de socialização, a criança internaliza as noções simbólicas expressas por meio das interações do grupo do qual ela participa. Interpretando as mensagens contidas nas atividades culturais, ela também age segundo suas percepções individuais, influenciada em parte pelos significados culturais circulantes no grupo, mas também por sua própria subjetividade e experiência particular.

Reconhecer essa subjetividade implica, ainda que nos grupos mais isolados e distantes de outras culturas, 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 às 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.

Lição 2 - A doença como processo e como experiência

Nessa segunda lição você terá como objetivo de aprendizagem compreender a relação entre doença, cultura e sociedade.

A doença como processo

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:

- 1) Entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e
- 2) 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.

Um episódio 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: **(a)** o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença, **(b)** o diagnóstico e a escolha de tratamento, e **(c)** a avaliação do tratamento.

Veja cada um deles:

- a) **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), outra 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**⁵. 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.

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

- b) 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.
- c) Avaliação:** uma vez feito o tratamento, as pessoas envolvidas avaliam os seus resultados. Em casos simples, a doença some 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 reinterpretção 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, para compreender a experiência do sofrimento.

O processo terapêutico não é caracterizado por um simples consenso, sendo mais bem entendido como uma sequência 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. Há duas fontes principais de divergências: uma se encontra na própria natureza dos sinais da doença; e a outra, nas diferentes interpretações das pessoas.

Em primeiro lugar, os sinais da doença não são claros por natureza. São ambíguos, causando interpretações divergentes entre pessoas, mesmo que estas compartilhem o mesmo conhecimento e a mesma classificação diagnóstica. Na pesquisa clássica sobre a percepção das doenças entre os Subanun, nas Filipinas, publicada em 1961, o antropólogo Frake conseguiu, por meio de entrevista, detalhar o sistema classificatório de doenças de pele, solicitando o nome das doenças e os sintomas associados a cada uma. Ele notou que houve consenso entre os Subanun sobre as doenças e seus sintomas. Porém, na prática, eles não concordavam sempre com o mesmo diagnóstico de um caso específico. Frake sugere que isso ocorre não porque não compartilhem do mesmo sistema classificatório, mas porque eles interpretam as manifestações na pele diferentemente. Sabemos que isso acontece na prática clínica da biomedicina também, pois nem sempre há um consenso entre os médicos ao examinarem o mesmo usuário. Na teoria, a classificação das doenças segundo seus sintomas pode ser bem organizada em categorias discriminadas, sem aparência de ambiguidade; mas, na prática, um sinal de doença não é necessariamente claro e fácil de interpretar devido à sua manifestação ambígua.



Reflexão

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

Finalmente, vamos explorar o conceito da doença como experiência. Segundo essa visão, a doença 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. Por exemplo, pesquisa pioneira realizada entre os descendentes dos açorianos, na Ilha de Santa Catarina, pela enfermeira Ingrid Elsen (1984), registrou que os homens 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. Sempre tive admiração pelas mulheres indígenas Siona da Colômbia, com quem eu, Jean, convivi durante três anos. Apesar da gravidez e do 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 recente.

Na minha gravidez, eu, Jean, lembro-me de como uma enfermeira, da idade da minha mãe, insistia em dizer que eu não ia aguentar o dor do parto quando a avisei que ia fazer um “parto natural”. Essa previsão dela contrariava a de minhas colegas e irmãs, que participaram do movimento pelo parto natural.

Minha irmã, já mãe de nove filhos, me avisara que o parto causa certo incômodo, não exatamente dor, até os minutos finais, e que a dor do parto propriamente dita é curta e facilmente suportável. Essa experiência, que tive há 35 anos, nos dá outra lição sobre a percepção do corpo e também sobre a subjetividade do que é percebido como natural. Naquela época, 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.

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. Anthony Seeger e seus colegas Roberto da Matta e Eduardo Viveiros de Castro, em um texto de 1979, argumentaram que, entre os povos indígenas brasileiros, o corpo serve como uma matriz simbólica que organiza tanto sua experiência corporal, como o mundo social, natural e cosmológico.

O que o corpo sente não é separado do significado da sensação, isto é, a experiência corporal só pode ser entendida como uma realidade subjetiva na qual o corpo, sua percepção e os significados se unem numa experiência particular que vai além dos limites do corpo em si.

O estudo da relação entre cultura, corpo e experiência de vida não é limitado aos povos indígenas, e talvez seja um dos temas mais estudados no Brasil, entre os diversos grupos sociais, em todas as regiões. Voltando ao tema da gravidez, Heloísa Paim (1998), pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e a 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). Quando discutirmos o contexto sociocultural do uso de medicamentos no módulo “Serviços Farmacêuticos”, retomaremos essa discussão, exemplificando-a por meio dos conceitos de eficácia, placebo e efeito placebo.

Ainda sobre esse assunto, talvez o caso mais famoso seja a morte por vodu, que foi inicialmente documentado entre os aborígenes australianos pelo médico Walter Cannon (1942), quando um nativo, aparentemente saudável, morreu sob seus cuidados. Ele chegou ao médico expressando medo porque o pajé do seu grupo tinha realizado o rito de “apontou o osso”, condenando-o à morte. O exame do médico não identificou nenhum problema, mas ele morreu em poucos dias. O rito – apontar o osso – é o resultado de um julgamento feito à vítima por ter violado alguma regra moral e sua performance representa a sua morte iminente. Já surgiram várias hipóteses sobre a causa da morte por sugestão, mas qualquer explicação não pode excluir que o poder simbólico do rito realizado pelo pajé, figura poderosa, deu início a uma cadeia de reações físicas, levando o nativo à morte.

René Dubos (1959), em seu livro *A Miragem de Saúde*, aponta que só o ser humano tem medo das sombras. Susanne Langer (1976), em sua discussão sobre o papel da capacidade de simbolização do ser humano, argumenta que essa capacidade transforma nossa experiência e que, diferentemente dos gatos, vivemos num mundo “falsificado”. No seu artigo bem conhecido, *A Eficácia Simbólica*, Levis-Strauss (1989) demonstrou como um xamã Cuna consegue tranquilizar uma mulher com dificuldades no parto através dos cantos rituais, levando a situação a um final feliz.

Etnografia trata da escrita 6 do pesquisador sobre a cultura de um grupo. É baseada na experiência de vivência entre o grupo, seja este um grupo exótico 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.

Considerações finais

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 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?

Falando em gestão

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 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 que as relações humanas envolvem poder, e este se manifesta em diferentes situações. Continue com a leitura do capítulo e você terá outras evidências do que estamos falando.



Ambiente Virtual

Você encontrará o texto *Sons da Floresta* na Biblioteca da unidade, no AVEA.

É importante que o profissional esteja consciente de que a intervenção médica acontece num contexto maior, marcado por relações de poder. Numa primeira instância, podemos pensar no poder, como descrito por Boltanski (1989), presente na relação médico-usuário, o qual se manifesta primariamente quando o profissional ignora o discurso completo do doente e seleciona só o que a ciência médica indica como importante. Ele trata a doença e não o usuário. Para entender as consequências do hábito de não ouvir o que o usuário diz sobre sua experiência, mais uma vez recomendamos a leitura do livro da médica-antropóloga Maria Lucia da Silveira (2000), que trata da doença dos nervos entre mulheres. Entre outras consequências, Silveira demonstra que a rotulação das mulheres, que se queixam dos nervos, como “psi” ou históricas resulta no uso exagerado de calmantes.

Em situações nas quais os usuários são membros de grupos minoritários, a presença de poder nas relações é ainda maior. Podemos citar como exemplo a experiência com alguns povos indígenas. Os serviços de saúde orientados para essas etnias estão marcados profundamente pelas posições desiguais entre o índio e o não-índio. Essas desigualdades foram construídas historicamente, através da imposição forçada e violenta do europeu sobre os índios. Hoje essa relação de dominante-dominado não se descaracterizou e manifesta-se por intermédio do poder imbricado nos contatos

interétnicos atuais. Porém, as diferenças de poder que caracterizam as relações índio-branco fazem parte também dos serviços destinados a outros grupos minoritários, tais como negros, mulheres, pobres etc.

Lição 3 - Autonomia ou agência dos usuários

Nessa terceira lição você terá como objetivo de aprendizagem compreender o conceito de práticas de autoatenção.

Itinerário terapêutico

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, e as 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.

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. Quando eu, Jean, morei entre os índios Siona da selva amazônica da Colômbia, procurava entender a lógica da ação dos índios quando ocorriam problemas de saúde e, para esse fim, acompanhei os itinerários terapêuticos das doenças que apareceram durante minha vivência entre eles. Um caso particular exemplifica, com bastante clareza, como as pessoas aproveitam todos os modelos de atenção acessíveis no caso de doenças sérias, mas nem sempre isso acontece com o mesmo entendimento dos curandeiros tradicionais e dos profissionais de saúde procurados.

Trata-se de um índio Siona que estava sofrendo de um problema de pele quando iniciei a pesquisa de campo e que acompanhei durante três anos. O itinerário terapêutico neste caso é uma história bastante longa e aqui a reduzimos para os pontos mais relevantes. O índio,

de mais ou menos setenta anos, se queixava de uma coceira que não deixava marcas ou manchas na pele, mas que o incomodava suficientemente para lhe tirar o sono durante as noites. Quando perguntado sobre o início da doença, ele respondeu: “ah, eu estava caminhando para minha roça, depois que eu tinha voltado de uma viagem para Loma Linda, o centro dos missionários do Instituto Linguístico de Verão. Lá conheci alguns índios do Vaupés”. O Vaupés localiza-se no lado da Colômbia, na fronteira com a região do Alto Rio Negro, no Brasil. Continuando com sua narrativa, o índio explicou que “os pajés do Vaupés são muito poderosos” e, prosseguindo, disse que naquele dia, no caminho da roça, ele sentiu algo, como uma folha seca, cair na sua cabeça. Tentou tirá-la, mas não achou nada e seguiu para o trabalho. Depois de passar o dia trabalhado no sol e sob calor, começou a sofrer uma coceira que aumentava e então agiu segundo uma lógica que reconhecemos: tomou um banho e trocou a roupa, achando que era a sujeira da roça misturada com o suor e calor que haviam causado a coceira. Porém, essas ações não deram resultados e a partir de então ele sofreu da coceira até o final da sua vida.

O interessante para a nossa discussão é a diversidade de tratamentos que ele procurou ao longo dos anos. Ele realizou banhos com ervas recomendadas por sua mulher, especialista em plantas, e por vizinhos, caboclos também reconhecidos como tendo esse saber. Procurou o missionário evangélico que estava na sua aldeia e também a mim, a antropóloga. Tomava as vitaminas recomendadas por ambos, mas sem resultados. Quando a condição piorou, impedindo-o de trabalhar, dobrou seus esforços para curar-se da coceira. Perguntou a todos que passaram pela aldeia se sabiam identificar a doença e especulou sobre as possíveis causas. Enquanto, no início, pensava ser causada pela sujeira e pelo suor do trabalho braçal na roça, com o agravamento da sua condição, especulava que poderia ter sido causada pelos pajés do Vaupés que ele conhecia. A experiência do toque invisível na cabeça, no caminho para a roça, foi interpretada como um sinal de feitiçaria, possivelmente de um desses pajés, ou de outra pessoa com quem ele tinha brigado.

Ao não poder trabalhar mais, procurou vários tratamentos para aliviar sua aflição, inclusive começou a fazer viagens para fora da aldeia. Na primeira viagem, subiu o rio para chegar ao local urbano mais próximo, onde houvesse farmácias. Lá ele foi para a farmácia das freiras, que atendiam muitos dos índios. Elas recomendaram uma pomada de baixo custo, que ele comprou e aplicou. Após uma semana, avaliou que não estava funcionando. Na segunda viagem, seguindo as recomendações da antropóloga, ele foi à unidade de saúde, onde o médico disse que o problema era alergia ao sol e receitou dois medicamentos, um sob a forma de comprimidos e outro de uma pomada. Os comprimidos eram caros para ele e, assim, não comprou a quantidade prescrita.

Explicava, durante esse tratamento, que estava atrás do alívio dos sintomas para poder fazer uma viagem mais longa para receber o tratamento de seu cunhado pajé, com o objetivo de curar-se da causa da doença, atribuída à feitiçaria. Embora tenha havido uma melhora inicial com o tratamento receitado pelo médico, piorou de novo por não usar a dosagem necessária. Dessa forma, a quantidade completa da receita foi comprada pela antropóloga e a condição do índio melhorou, o suficiente para viajar à procura do pajé. Para ele, o caso encerrou quando um pajé realizou um rito para descobrir a causa da feitiçaria e retornar o dano invisível às suas origens.

Esse caso demonstra claramente a construção sociocultural da doença, como antes discutido. Vários atores entram em cena para opinar, recomendar e ajudar. Também demonstra que, durante o processo, os atores envolvidos constroem suas explicações, nem sempre concordando entre si. Ainda mais, demonstra que o doente e sua família são os atores principais nesses dramas de doença e que não são as crenças nem as representações que determinam as medidas a serem tomadas para resolver o caso. No caso da doença de pele, a cultura indígena não operava como obstáculo. Ele procurava tratamentos recomendados por vizinhos e por pessoas fora de sua cultura. Foram outros fatores, de natureza social, econômica e de acessibilidade no processo da doença, que guiaram o itinerário terapêutico. Porém, a cultura foi importante para guiar a interpretação do processo e dar maior significado aos sintomas e aos resultados.

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: 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.

Seguindo o antropólogo argentino Eduardo Menéndez (2003, 2009), essas práticas são melhores conceituadas como **práticas de autoatenção**, que enfatizam a dinâmica das decisões sobre saúde, exercidas pelos atores envolvidos.

Práticas de autoatenção e serviços médicos

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.

Em sua publicação mais recente de 2009, Menéndez define na página 48 que a autoatenção é “as representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente 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, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade”.

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.

Eduardo 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 “tanto individual quanto socialmente”, ele salienta as ações coletivas dos conjuntos sociais.

Assim como os pioneiros que fundaram o campo da Antropologia da Saúde, conforme foi apontado antes, em nossa discussão sobre cultura, ele reconhece que todas as culturas desenvolvem seus valores, saberes e práticas sobre a saúde e que esses são compartilhados pelos membros do grupo. No cotidiano, várias atividades são práticas, segundo os preceitos de como é viver bem e o 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.

Com a finalidade de pensar a relação entre o indivíduo e seu grupo no processo de saúde-doença-atenção, esse autor explora o conceito de autoatenção em dois níveis: o **sentido amplo** e o **sentido restrito**. Vejamos:

No sentido amplo

No sentido amplo, segundo Menéndez (2003, p. 199), autoatenção trata de “todas as formas necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos a nível dos microgrupos, e especialmente do grupo doméstico – formas que são utilizadas a partir dos objetivos e normas estabelecidos pela própria cultura do grupo”. Aqui queremos chamar a atenção para os processos de reprodução biossocial, porque são esses que remetem à cultura produzida pelo grupo com ênfase na saúde e não na doença. Assim, não se refere só à atenção e prevenção dos padecimentos, mas também às atividades que discutimos na primeira parte desta unidade, ou seja, a preparação e distribuição de alimentos, a higiene do lar, do entorno e do corpo, as práticas sanitárias etc. Ainda mais, envolve os rituais de passagem (nascimento, casamento, morte), as proibições e os tabus, as atribuições aos gêneros, as regras de casamento, as normas de reciprocidade, e outras práticas que não são necessariamente consideradas quando pensamos a saúde de um ponto de vista biológico. São essas atividades que reproduzem social e fisicamente a continuidade de um conjunto social ao longo do tempo. Trata, portanto, da continuidade do grupo e da vivência coletiva, aspectos não reconhecidos pelo modelo de atenção biomédica.

No sentido restrito

O sentido restrito da autoatenção é mais fácil de percebermos porque se refere “às representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo de saúde-doença-atenção” (MENÉNDEZ, 2003, p. 199). 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 no exemplo anterior sobre itinerário terapêutico, qualquer grupo tem à sua mão vários modelos de atenção. No caso dos Siona, vimos que eles procuram seus vizinhos 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 – saberes e formas de atenção biomédica, populares ou tradicionais, alternativas ou paralelas, outras tradições médicas (acupuntura, ayurvédica), grupos de autoajuda (como Alcoólicos Anônimos), curas religiosas etc. 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**⁷.

Pesquisas antropológicas entre usuários com câncer, independente de classe social, têm demonstrado que os tratamentos biomédicos são acompanhados pela procura também de práticas espirituais. Por exemplo, como demonstra um estudo que Waleska Aureliano (2010) está realizando no sul do país, em uma instituição espírita (Centro de Apoio ao Paciente com Câncer/CAPC), ao observar que pessoas de todas as idades e camadas sociais, vindas de vários estados e até do exterior, procuram seus tratamentos simultaneamente aos tratamentos de radioterapia e quimioterapia. Ainda mais, muitos afirmam não serem religiosos ou acreditarem na religião espírita.

Talvez a prática de autoatenção mais divulgada na sociedade brasileira seja a prática de automedicação, e esta demonstra a dinâmica da autonomia dos grupos sociais em desenvolver formas de autoatenção influenciadas, mas não controladas, pelos profissionais de saúde. Segundo Eduardo Menéndez (2003, 2009), a biomedicina costuma confundir ou identificar a autoatenção somente com a automedicação, que, para ele, é a forma autônoma ou relativamente autônoma de os sujeitos e microgrupos utilizarem determinados medicamentos sem a interferência direta do profissional de saúde. O que é importante na visão de Menéndez (2003, 2009), é que a automedicação não trata somente da decisão de usar medicamentos, mas refere ao uso de todas as substâncias, como ervas medicinais, álcool, maconha etc, e de outras atividades, como cataplasmas, massagens etc.

Esse autor ainda aponta que, de modo geral, o pessoal da saúde costuma julgar a automedicação de forma negativa ou perniciosa, que é fruto da falta de educação ou da ignorância, identificando-a como um comportamento das classes sociais mais pobres. Para ele, essa avaliação está baseada na própria experiência clínica ou na tradição oral institucional, bem como na posição 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

7 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.

continuada, as atividades de automedicação nas doenças crônicas, visando determinar se essa prática realmente é positiva ou negativa.

Outro aspecto importante que Menéndez (2003, 2009) nos traz é que, 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 da 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 amizade 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.

Outro exemplo muito claro sobre as percepções diferentes entre os profissionais de saúde e as pessoas que são objeto de intervenção é o da campanha de enfrentamento ao cólera, desenvolvida em uma favela em Fortaleza, Ceará, que foi estudada pela antropóloga Marilyn Nations (1996). Frente ao elevado número de casos identificados na epidemia de 1993, quando Fortaleza exibia as taxas mais altas de prevalência da doença e de morte decorrente dela, as equipes médicas de saúde pública realizaram uma “guerra contra o cólera”. Identificando as favelas como as zonas de alto risco, tomaram várias medidas para educar a população. Nas favelas, distribuíram cartazes anunciando a campanha e utilizando símbolos militares, trataram os poços comunitários de água e as caixas d’água nas casas com cloro, investigaram o material fecal dos residentes e administraram antibióticos profiláticos para os portadores assintomáticos do *Vibrio cholerae*.

Apesar de bem intencionados, os esforços foram interpretados de outra forma pelos membros das comunidades. Entrevistas realizadas pela antropóloga demonstraram que eles interpretaram a distribuição dos cartazes e as intervenções, somente nas favelas, como acusações sobre sua marginalidade e pobreza. Entenderam as acusações de serem sujos e o tratamento como destinado a cachorros vira-latas, que devem ser controlados e eliminados. Ainda mais, perceberam as equipes de saúde conspirando contra eles a favor dos ricos e, assim, não levaram a sério os diagnósticos dos assintomáticos, jogando fora os remédios. Por outro lado, quando reconheceram um caso de cólera entre eles, continuaram a procurar o atendimento de emergência dos hospitais próximos.

Considerações finais

Na terceira lição, continuamos nossa discussão sobre a relação entre saúde e cultura, mas, diferente das disciplinas biomédicas, nossa intenção é discutir os processos da doença na perspectiva do sujeito e não do profissional de saúde. Como argumentado na primeira parte, 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.

Assim, introduzimos o conceito de autoatenção na tentativa de demonstrar que o doente e seus familiares tomam decisões sobre

que ações devem ser feitas 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. As práticas de autoatenção no seu sentido amplo são estreitamente ligadas a aspectos da cultura, seus valores, suas formas de organização social, seus conhecimentos, que remetem à vida em grupo e que vai além da visão da biomedicina e sua perspectiva biologicista.

Concebemos o encontro entre o profissional de saúde e o não-profissional como um evento que é 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 exibe 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. Porém, como aponta Eduardo Menéndez (2003, 2009), as pessoas são autônomas nas suas decisões sobre sua saúde. Como deve ser visto pelos exemplos dados, 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, como visto no caso da automedicação e de outras práticas de autoatenção, é baseado na sua experiência e na lógica sociocultural que faz parte de seu grupo, mas que é ignorado pelo profissional de saúde.

As três primeiras lições aqui apresentadas serão retomadas no módulo 4 – Serviços Farmacêuticos – quando a lição 4 (Contexto sociocultural do uso de medicamentos) será abordada junto ao conteúdo “Dispensação de medicamentos”, visto que lá essa quarta lição será melhor aproveitada por você, especializando.



Ambiente Virtual

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

Análise crítica

O conteúdo “Abordagem cultural da doença e da atenção à saúde e contexto sociocultural do uso de medicamentos” trata de um tema muito pouco (ou nada) enfatizado na formação dos profissionais de saúde, sejam eles farmacêuticos, médicos, enfermeiros e outros. Entendemos que a dimensão cultural é fundamental para a reflexão de que os saberes, os conhecimentos e as práticas da biomedicina são apenas mais um conjunto de possibilidades a ser acionado no processo saúde-doença-atenção, e que os sujeitos e grupos sociais decidem autonomamente o que fazer e buscar. Indo mais além, compreender a relação entre cultura e os processos de saúde-doença-atenção e o uso de medicamentos auxilia o profissional de saúde em seu cotidiano de trabalho, visto que o desloca de uma posição etnocêntrica para 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.

Fechamento do módulo

No Módulo 2 (Medicamento como insumo para a saúde), tratamos de temas que mostram a complexidade que envolve o medicamento como um insumo estratégico de suporte às ações de saúde, incluindo seus aspectos técnicos e legais e uma concepção centrada no olhar sociocultural. No próximo Módulo, apresentaremos a estruturação da assistência farmacêutica e conceitos de acesso em uma perspectiva histórica e política.

Bons estudos!

Na lista abaixo já estão 8 referenciados alguns trabalhos que serão citados na lição 4 (Contexto sociocultural do uso de medicamentos) dessa unidade.

Referências⁸

ALMEIDA, L. K. ; DIEHL, E. E. ; HAVERROTH, M. ; OLIVEIRA, M. C.; ROSA, R. Ritual do Kiki: imagens antropológicas. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA (MERCOSUL), 5., 1995, Tramandaí. **Resumos...** Tramandaí: ABA, 1995. p. 30.

AURELIANO, W.A. Experiência da Doença e Performance: Uma análise preliminar sobre o uso de paradigma de performance no estudo das curas. In: FLEISCHER, S.; TORNQUIST, C. S.; MEDEIROS, B. F. (org.). **Saber Cuidar, Saber Contar**. Ensaios de Antropologia e Saúde Popular. Florianópolis: Editora UDESC, 2010.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

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.

CANNON, W. Voodoo Death. **American Anthropologist**, v. 44, p. 169-181, 1942.

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

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

DOUGLAS, M. **Pureza e Perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

DUBOS, R. **The Mirage of Health: Utopias, Progress and Biological Change**. New York: Harper and Row, Publisher, 1959.

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.; 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.

ETKIN, N.; TAN, M. (ed.). **Medicines: Meaning and Contexts**. Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam, 1994.

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

FERREIRA, L.O. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. 2010. 261 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FRAKE, C.O. The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao. **American Anthropologist**, v. 63, p. 113-132, 1961.

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.

GARCIA, S.C.P. **Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas Kaingang da aldeia sede, Terra Indígena Xaçecó (SC): práticas de autoatenção em um contexto de intermedicalidade**. 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

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

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.

LANGDON, E.J. Problematizando os Projetos. In: **Medicina Tradicional Indígena em Contextos: Anais da 1ª Reunião de Monitoramento** (L.O. Ferreira, P.S. Osório, org.). Brasília, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II, 2007. p. 110-119.

LANGER, S. **Filosofia em Nova Chave: Um Estudo do Simbolismo de Razão, Rito e Arte**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

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

MEAD, M. **Sexo e Temperamento**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

MENÉNDEZ, E. 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.

NATIONS, M. “I’m Not Dog, No!”: Cries of Resistance against Cholera Control Campaigns. **Social Science and Medicine**, v. 43, n.6, p. 1007-1024, 1996.

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.

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.

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.

PEREIRA, M. C. R. **Fenômeno de Pânico: uma análise de sua construção sociocultural**. 2002. 123 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Curso de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

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.

SEEGER, A.; DAMATTA, R.; VIVEIROS-DE-CASTRO, E. **A construção da pessoa nas sociedades indígenas**. Boletim do Museu Nacional, n. 32, p. 2-19, 1979.

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

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 2, p. S419-S427, 2003.

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

Autores

Eliana Elisabeth Diehl

Formou-se em Farmácia em 1988, fez mestrado em Ciências Farmacêuticas (1992) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e doutorado pela Escola Nacional de Saúde Pública (2001) da Fundação Oswaldo Cruz. 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 Saúde Coletiva. 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). É professora titular no Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando na graduação e pós-graduação. 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>