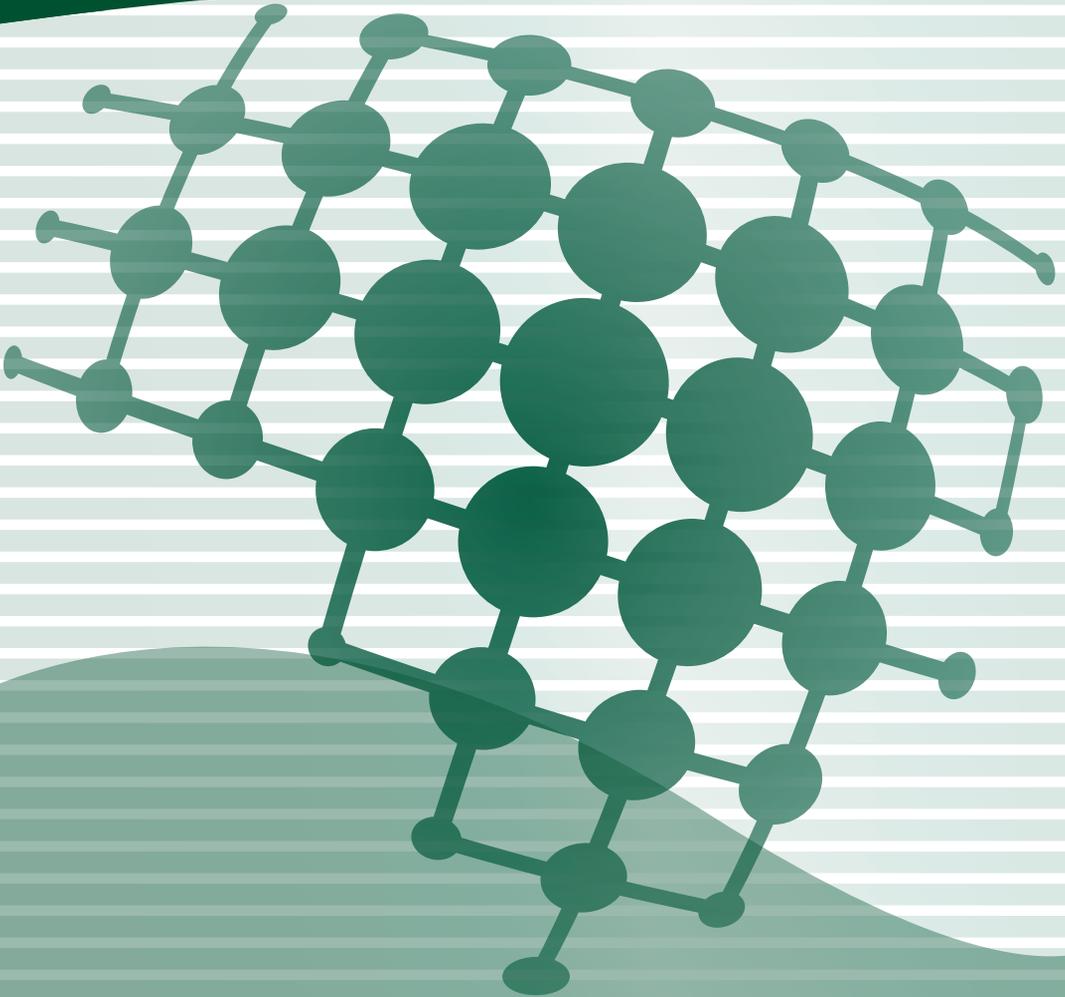


UnA-SUS

# 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

Kaite Cristiane Peres

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](http://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** Patrícia Cella Azzolini

**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 da 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 4 - Contexto sociocultural do uso de medicamentos.....	9
REFERÊNCIAS .....	29

# UNIDADE 5

## PARTE 2

MÓDULO 2

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

### Objetivo específico de aprendizagem

- Refletir sobre alguns conceitos que envolvem medicamentos, à luz da noção de cultura e das práticas de autoatenção, sob uma abordagem da Antropologia.

### Apresentação

Conforme informado na unidade 5 do Módulo 2, cujas lições 1 a 3 você estudou há algum tempo, apresentaremos agora, junto à unidade 4 do Módulo 4, a última lição da unidade: Contexto sociocultural do uso de medicamentos. Os assuntos que já discutimos nas lições anteriores desta unidade, portanto, serão muito importantes para revisitarmos os conceitos de adesão, eficácia e uso racional de medicamentos, visando desenvolver um olhar mais amplo que aquele disciplinado pelo saber biomédico. Assim, sugerimos que releiam as lições estudadas anteriormente.

Você deve estar se perguntando por que optamos por colocar esse conteúdo junto à unidade “Dispensação de medicamentos” e não deixar junto às outras lições da unidade 5 do Módulo 2. Nossa intenção tem dois motivos principais, não necessariamente nessa ordem: o primeiro é manter “a chama acesa”, ou seja, mantê-los motivados para a importância de aproveitarmos outros saberes, como os da Antropologia, que ajudam a compreender melhor os usos que as pessoas fazem dos medicamentos; o segundo relaciona-se a nossa percepção de que a lição 4 será mais útil neste momento, considerando que a dispensação de medicamentos é um processo que envolve diferentes habilidades e conhecimentos e que foca sobre quem utiliza os medicamentos. Então vamos lá! Prossiga com seus estudos, e bom aprendizado!

### **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

## Lição 4 - Contexto sociocultural do uso de medicamentos

Esta lição tem como objetivo de aprendizagem fazer refletir sobre alguns conceitos que envolvem medicamentos, à luz da noção de cultura 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), e

Eliana Diehl e Francielly Grassi (2010) focalizam especificamente os medicamentos em uma perspectiva antropológica.

Portanto, esse símbolo da moderna medicina torna-se um dos focos centrais em pesquisas etnográficas, 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).



Link

Podemos citar, como exemplo, 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](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, quantidade e “poder” dos medicamentos e/ou remédios utilizados, como enfatizaram Mark Nichter e Nancy Vuckovic (1994b).

Vamos relembraar alguns conteúdos vistos nesta unidade de estudo?

Acompanhe.

Na lição 1, O conceito de cultura, discutimos que cultura é um sistema de símbolos que é público e centrado no ator, sendo sempre produzida na interação, ou seja, seu caráter é dinâmico e não simplesmente um conjunto de crenças e hábitos imutáveis, que costumamos ver como folclórico. Vimos também que, quando aplicados ao domínio da medicina, os sistemas de saúde também são sistemas culturais, ou seja,

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 (ver p. 17 do documento em pdf da unidade 5 do Módulo 2).

Se admitirmos que as atividades relacionadas aos processos que envolvem saúde, doença e atenção constituem sistemas culturais, conforme aponta o antropólogo norte-americano Arthur Kleinman (1980), também temos que aceitar que, em contextos locais, há uma pluralidade de sistemas médicos, em especial a biomedicina, as medicinas nativas e outros sistemas médicos, e de recursos terapêuticos, sejam eles medicamentos, ervas, benzimentos etc. Segundo esse antropólogo, a pluralidade permite aos indivíduos e grupos familiares várias possibilidades de escolha, inclusive simultâneas. Essas escolhas são conscientes e influenciadas pela maneira como os sistemas estão organizados e interagindo, bem como pelas experiências, conhecimentos, valores e práticas específicos a cada sujeito e grupo social.

Em nossa lição 3, Autonomia ou agência dos usuários, enfatizamos a abordagem do antropólogo argentino Eduardo Menéndez (2003, 2009), que 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 *práxis*<sup>1</sup> 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

1 *Práxis* se refere à relação entre a procura do significado dos eventos e a ação.

entre as diversas formas de atenção, sendo que as possíveis incompatibilizações e diferenças são superadas pela busca de uma solução pragmática ao problema. Ainda segundo Menéndez (2003), as “articulações se desenvolvem por meio de diferentes dinâmicas transacionais dentro de relações de hegemonia/subalternidade” (p. 189), e a biomedicina estabelece uma relação hegemônica frente a outras formas de atenção não biomédicas.

Ainda revisando a lição 3, 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).

Conforme já vimos, Menéndez (2003, 2009) ainda destaca que a autoatenção pode ser pensada em nível amplo e em nível 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, festas etc, não havendo intencionalidade para o processo saúde-doença-atenção (s-d-a). O nível restrito é caracterizado pela intencionalidade dos sujeitos e grupos no processo s-d-a, isto é, diz respeito a todas as práticas e representações que são acionadas quando se deseja restabelecer a saúde.

Procurando avançar na abordagem que a antropologia farmacêutica vem utilizando em seus estudos, discutiremos alguns conceitos, como: adesão, eficácia e uso racional, na perspectiva das atividades de autoatenção.

Considerando os medicamentos o “‘*hard core*’ da biomedicina”, conforme Sjaak van der Geest (1988, p. 330), e que as atividades de autoatenção resultam, particularmente, da atenção biomédica, segundo Eduardo Menéndez (2003), entendemos pertinente essa aproximação, tendo como base estudos conduzidos e publicados por outros autores, no Brasil e em outros países, bem como nossas pesquisas, que vêm sendo realizadas em Santa Catarina. Salientamos previamente que autoatenção se aplica, sobremaneira, à prática da automedicação, porém sua ênfase na agência dos sujeitos e grupos sociais, em detrimento do foco biomédico sobre o indivíduo, contribui para ampliar não só a visão da antropologia farmacêutica, mas, especialmente, das ciências da saúde. Além disso, os conceitos que aqui discutiremos estão intrinsecamente relacionados, pois quando, por exemplo, um sujeito altera a posologia de um medicamento, claramente não aderindo à prescrição sob o viés biomédico, podemos compreender essa atitude como automedicação. Da mesma forma, a decisão de automedicar-se com medicamento implica que o sujeito tem noções de eficácia baseadas em experiências prévias ou compartilhadas com seu grupo familiar ou social.

A seguir, acompanhe pesquisas feitas sobre a adesão, a eficácia, e o uso racional e automedicação com medicamentos.

## 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 longo 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**<sup>2</sup> 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. A mudança no tratamento estava conectada com a administração da vida cotidiana por quatro motivos (CONRAD, 1985):

- 1) **Testar:** quando as pessoas começavam a usar medicamentos e a epilepsia era controlada ou aconteciam poucos ataques, muitos reduziam ou paravam para testar se a doença ainda estava lá, ou seja, era um experimento para ver se nada aconteceria.
- 2) **Controlar dependência:** epiléticos lutavam para não se tornarem dependentes da família, amigos e médicos e dos medicamentos. Os medicamentos não necessariamente eliminavam as convulsões e muitos dos entrevistados se ressentiam da dependência deles. Os medicamentos, por outro lado, aumentavam a autoconfiança porque os ataques diminuía. Assim, doentes manipulavam sua percepção de dependência, mudando a prática da medicação, ou seja, a autorregulação era uma forma de ter o controle da epilepsia.
- 3) **Desestigmatização:** no caso da epilepsia, não há uma marca visível que identifica o doente, porém há situações que tornam ela visível, como ter convulsões na presença de outros; preencher

2 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.

cadastros de trabalho ou de seguro; não receber licença para dirigir; e também tomar medicamentos. Assim, para alguns dos doentes da pesquisa, parar com os medicamentos era uma forma de deixar o *status* de estigmatizado de epiléptico.

- 4) **Exercício prático:** entrevistados da pesquisa mudavam a dose ou o regime visando reduzir o risco de ter uma convulsão, especialmente durante situações de muito estresse (estudantes em período de provas, por exemplo). Também mudavam em circunstâncias específicas, como quando percebiam um ataque chegando (aí tomavam mais medicamento); não tomavam quando bebiam álcool; diminuía medicamentos quando precisavam ficar alertas em ocasiões especiais.

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).

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 velho Kaingáng, *“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 3 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 5 anos, culpou a injeção, que havia deixado o filho paralítico. Já outra salientou que, antigamente, no posto 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 tomar só uma dose de Penicilina® por dia por causa da dor, 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 no posto 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 um centro 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 esse 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, sejam 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 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 s-d-a. 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 enquanto 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**<sup>3</sup>. Para Nina Etkin (1988, p. 300), “a perspectiva êmica (local) é específica à cultura e consistente com a ideologia da sociedade sob estudo”.

3 Êmico relaciona-se com 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 prescrevem ou dispensam a droga, o cenário onde a droga 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.

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 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 medida e comparada de acordo com o contexto cultural e com as representações e experiências no processo s-d-a.

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 ótimos para grávidas. Porém, 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 malária, pois fortificam o sangue (ETKIN *et al.*, 1990).

Marlene Novaes (1996, 1998) observou entre os Wari de Rondônia, 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. Acompanhe!

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 perguntado 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 o posto 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 mulher 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 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.



#### Link

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 somente eles eram indicados pelos médicos ou pelos outros profissionais do posto de saúde. 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 sulfá três vezes, mesmo sabendo que para “sara bem tem que dar 2 ou 3 vidros”. Ela considerava a sulfá 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-antrópola 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. 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 (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 3.

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 forma a culpabilizar o indivíduo, acusando de “irracional”.

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”.

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).

Como discutimos anteriormente, nesta lição e na lição 3 (já estudada na unidade 5 do Módulo 2), o uso de medicamentos, conforme regras próprias de posologia e noções particulares de eficácia e de reinterpretção, evidencia que os sujeitos e grupos sociais têm autonomia baseada em seus saberes e experiências no processo s-d-a. Também já argumentamos, na lição 2, que os sujeitos, em um episódio de doença, têm percepções sobre o corpo e os tratamentos mais adequados para tratar 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 na busca por saúde, ocorrendo, principalmente, na esfera doméstica, longe do controle da biomedicina, que a critica duramente por sua “irracionalidade” e riscos potenciais.

Para o antropólogo Menéndez (2003, 2009), a automedicação é uma das principais atividades de autoatenção, ampliando a noção comumente difundida 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. Ainda segundo ele, 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. 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”.

A automedicação enquanto atividade de autoatenção revela, por um lado, o impacto do modelo e organização dos serviços de saúde em diferentes contextos e, por outro, a agência e autonomia de quem utiliza os medicamentos.

Explorando um pouco a primeira dimensão, já que a segunda discutimos bastante na lição 3, 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.

Em uma pesquisa realizada em dois povoados do interior da Bahia, Hildebrando Haak (1989) demonstrou que os antibióticos, analgésicos,

vitaminas e anticoncepcionais foram os grupos farmacológicos mais utilizados por “autoprescrição”, sugerindo um uso excessivo dos mesmos.



Link

Para saber mais sobre a pesquisa de Hildebrando Haak, o artigo está disponível em:

<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v23n2/08.pdf>

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 primária 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 a partir do que os sujeitos e grupos sociais avaliam como sendo importantes para o processo s-d-a, 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 forma autônoma, quer seja em relação aos serviços ou aos profissionais de saúde.

A unidade 5 “Abordagem cultural da doença e da atenção à saúde e contexto sociocultural do uso de medicamentos” do Módulo 2, finalizada agora, procurou enfatizar que não podemos ignorar que a biomedicina compõe mais um possível conjunto de valores e conhecimentos para a ação sobre o processo saúde-doença-atenção, dentre outros inúmeros conjuntos de valores e saberes. Enquanto 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.

## Referências<sup>4</sup>

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.

CECCHETTO, F.; MORAES, D. R.; FARIAS, P. S. Hipermasculinidade e riscos à saúde: discursos sobre o uso de esteróides 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.

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.; 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.

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 Aflição – abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 331-365.

4 Na lista abaixo, alguns trabalhos já foram referenciados ao final da lição 3 da unidade 5 do Módulo 2, mas optou-se aqui por repeti-los.

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. 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.

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

GRIFFITHS, F. Women's control and choice regarding HRT. **Social Science and Medicine**, v. 49, p. 469-81, 1999.

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 Organisation R & D. London: NHS, 2005. Disponível em: <[http://www.medslearning.leeds.ac.uk/pages/documents/useful\\_docs/76-final-report%5B1%5D.pdf](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. 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, saberes e formas de atenção aos 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, 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.

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.

PELLEGRINI, M. **Falar e Comer: Um Estudo sobre os Novos Contextos de Adoecer e Buscar Tratamento entre os Yanomamè 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.

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 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>