

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Buscando um porto seguro: utilização de
medicamentos e outros recursos terapêuticos nos
enfrentamentos às doenças infantis no âmbito familiar.**

Silvana Nair Leite Contezini

*Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.*

Área de Concentração: Saúde Materno-
Infantil
Linha de Pesquisa: Sociedade
Contemporânea e Saúde Pública
Orientador: Profa. Dra. Maria da Penha
Costa Vasconcellos

**São Paulo
2005**



**Buscando um porto seguro: utilização de
medicamentos e outros recursos terapêuticos nos
enfrentamentos às doenças infantis no âmbito familiar.**

Silvana Nair Leite Contezini

*Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.*

Área de Concentração: Saúde Materno-
Infantil

Linha de Pesquisa: Sociedade
Contemporânea e Saúde Pública

Orientador: Profa. Dra. Maria da Penha
Costa Vasconcellos

**São Paulo
2005**

Dedicatória

*Ao meu amado companheiro Marcelo
Às minhas filhas Eduarda e Francisca.
À todas as mães que lutam no dia-a-dia pela
saúde de seus filhos.*

MINHA GRATIDÃO

Atores principais desta pesquisa, as famílias e, principalmente, as mães que me acolheram em suas casas de forma carinhosa e solidária por todo o período de estudo de campo, compartilhando comigo a arte de ser mãe e de lidar com as mais diversas condições de vida, em sua enorme sabedoria, minha sincera gratidão. Estas mães e suas lindas crianças, que vi crescer, farão parte da minha vida para sempre.

Quero dividir cada página deste trabalho com minha amorosa família: Marcelo, Eduarda e a pequena Francisca, meus pais e inspiradores Mário e Nair, minhas irmãs Gisele e Cristina, também com Ricardo, Gilson e Pedrinho, Nelita e Célio. Sem seu apoio e amor incondicionais esta etapa de minha vida de forma alguma seria possível. Muito obrigada!

Por seus ensinamentos, direcionamentos, senso crítico, esforços para estar presente e amizade, agradeço à minha orientadora Professora Doutora Maria da Penha Costa Vasconcellos. Acredito que estes quatro anos em sua convivência, mesmo que mais à distância que presencialmente, promoveram para mim inestimável crescimento profissional e pessoal. Muito obrigada!

Agradeço imensamente ao Professor Antonio Carlos Zanini, que colaborou desde a qualificação desta tese; ao Professor Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, sempre disposto a colaborar com o nosso aprimoramento, do mestrado até o presente momento; à Professora Sandra Maria Ottati de Oliveira Nitri, por ter me oportunizado conhecer mais sobre o uso de medicamentos através de seus trabalhos e sua colaboração nesta tese; e à Professora Mariângela Belfiore Wanderley, sempre gentil, sensível e disposta a colaborar, pela felicidade de tê-la conhecido. A todos meu especial agradecimento pelo incentivo, disponibilidade e sabedoria que oportunizaram na construção deste trabalho.

Quero dividir as alegrias da vitória nesta missão com meus amigos e companheiros, apoios imprescindíveis nesta jornada: Benedito, Stella, Aline, Maique, e alguns outros que moram no meu coração.

Agradeço o apoio oferecido pela Universidade do Vale do Itajaí e pelo Curso de Farmácia; à Organização Panamericana de Saúde e à CAPES pela financiamento do projeto e do curso do doutoramento.

Resumo

A utilização de recursos terapêuticos é um complexo processo no quais aspectos simbólicos e valorativos permeiam as escolhas e os resultados obtidos. Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de contribuir para a compreensão, no âmbito familiar, sobre as condutas terapêuticas utilizadas referentes às doenças infantis na cidade de Itajaí-SC. A metodologia utilizada privilegiou o ponto de vista das famílias, a partir da voz da mãe, em seu cotidiano, através das observações da pesquisadora e anotações das próprias mães em um calendário, sobre os episódios de doenças das crianças sob sua responsabilidade e os recursos terapêuticos adotados em cada caso. Relatos das mães em encontros quinzenais subsidiaram a compreensão das trajetórias e suas motivações neste enfrentamento, em um período média de nove meses de estudo com quinze famílias. Foram relatados 181 episódios para as dezenove crianças pesquisadas. A maior parte dos tratamentos empreendidos ocorreu no âmbito doméstico, em situações em que a mãe reconhecia os sintomas como de *não bem doença* ou de uma doença *leve ou conhecida* e detinha controle sobre eles. Sintomas desconhecidos ou reconhecidos como de doenças mais graves, em que a mãe não detinha o controle sobre a situação, levaram a procurar os serviços de saúde ou comunitários (incluindo igrejas e benzedeadas). Medicamentos industrializados foram utilizados na prevenção, nas identificadas como *não são bem doença* e nas doenças, tanto no âmbito doméstico quanto no âmbito dos serviços de saúde, denunciando o complexo desafio do uso racional de medicamentos. Destaca-se também o poder detido pelas mães no comando do sistema terapêutico, operando um sistema complexo, fazendo com que diferentes racionalidades se comuniquem durante as trajetórias terapêuticas – em sua experiência e responsabilidade no exercício de seu papel, as mães modulam o uso de determinados recursos no âmbito doméstico, à adoção, modificação ou rejeição das prescrições médicas utilizado em cada caso. Nestas trajetórias, evidencia-se a constante busca por um sentido para as práticas, tratamentos que possam ser inteligíveis para a racionalidade que norteia as práticas de saúde familiares.

Palavras-chave: recursos terapêuticos, medicina caseira, medicamentos.

Abstract

The use of therapeutic resources is a complex process in which symbolisms and values permeate the choices and the results obtained. This study was carried out with the aim of contributing to an understanding of the construction of responses, within the family context, to the challenges posed by episodes of childhood illnesses in Itajaí-SC. The methodology used favored the perspective of the family, based on the voice of the mother, in its daily experience and scope of interactions, through researcher observations and notes made by the mothers themselves, in a special diary, on the episodes of illness in the children under their care and the therapeutic resources used in each case. The mothers' reports, in fortnightly meetings, led to a better understanding of the therapeutic treatments used to deal with these illnesses, and the motives behind them, during a study carried out among fifteen families, for an average of nine months. A hundred and eighty one episodes were noted. The majority of treatments were carried out in the domestic environment, in situations in which the mothers recognized the symptoms as “not a major illness” or slight illness, and maintained control over the situation, or took preventative measures, using industrially-available medicines, medicinal plants, teas and other resources. Unknown symptoms or those recognized as slight illnesses, over which the mothers had no control, were treated in health centers or services or within the community (including churches and blessings). Industrially-available medicines were used for prevention, cases of “slight illness” and illnesses, both in the home and in the health services, denouncing the complex challenge of promoting the rational use of drugs. The mother's power of command over the therapeutic system is also highlighted, operating a complex system and causing different rationalities to be combined during the courses of treatment – in their experience and responsibility in the exercise of their role, the mothers mold the use of specific therapeutic resources in the domestic environment; the adoption, modification or rejection of medical prescriptions, the revelation of their health practices to others and the area of therapy to be sought in each case. In these courses of treatment, a constant search for meaning in the practices is sought; treatments that can be intelligible for the rationality that guides family health practices.

Key words: therapeutic resources, folk medicine, medicines.

SUMÁRIO

Introdução	01
Capítulo I. Uso de medicamentos : importância e abrangência em saúde pública.	05
1.1. O medicamento e o desenvolvimento social	06
1.2. O uso racional de medicamentos	14
1.3. A prática do uso de medicamentos	17
Capítulo II. Indivíduos, famílias e práticas sociais: inter-relações nos cuidados de saúde.	19
2.1. A saúde, a doença e o cuidado no cotidiano familiar:	23
2.2. Relações culturais nos cuidados de saúde	27
2.3. A tomada de decisão nos cuidados de saúde	30
2.4. A construção dos itinerários terapêuticos no contexto familiar	34
Capítulo III: Construção da metodologia do estudo	39
3.1. Entre a BR e o porto: o cenário de Itajaí.	40
3.2. O início do trabalho de campo	45
3.3. Pesquisador e famílias: uma relação conquistada no dia-a-dia do trabalho de campo.	51
3.4. A inserção no âmbito familiar	55
3.5. A utilização de instrumentos de coleta de dados no trabalho de campo:	58
3.6. As famílias participantes do estudo.	73
Capítulo IV: Como se enfrentam as doenças infantis no cotidiano familiar: a mãe operando o sistema terapêutico	90
4.1. Doenças referidas e recursos terapêuticos adotados: articulações no espaço terapêutico.	92
4.2. Ser mãe em Itajaí: saberes e habilidades necessárias para operar o sistema terapêutico.	99
4.3. Da saúde à doença: reconhecendo sinais e sintomas	112
Capítulo V: Os âmbitos de cuidados no enfrentamento as doenças	120

infantis	
5.1. O âmbito doméstico de cuidados de saúde	121
5.1.1. Os recursos terapêuticos utilizados no âmbito doméstico	122
5.1.2. Os tratamentos preventivos nos cuidados domésticos das crianças	130
5.1.3. Não é bem doença, não é bem remédio	136
5.1.4. Esse remédio <i>é uma benção</i>	138
5.1.5. O uso de medicamentos só receitado pelo médico	139
5.2. O uso de recursos terapêuticos a partir do âmbito dos serviços de saúde	143
5.2.1. Experiências e expectativas na escolha dos serviços de saúde	146
5.2.2. Medicamentos prescritos: sua utilização no retorno ao ambiente doméstico	148
5.2.3. Apalpar, escutar, dialogar: reflexos da prática profissional sobre o uso de recursos terapêuticos.	153
5.2.4. Um setor à parte: as farmácias	157
5.3. O âmbito terapêutico comunitário	161
5.3.1. A religiosidade como recurso terapêutico	162
5.3.2. O trabalho das benzedeiras na comunidade	164
CONSIDERAÇÕES FINAIS: UM SOFISTICADO SISTEMA TERAPÊUTICO	175
REFERÊNCIAS	183

LISTA DE FIGURAS:

Figura I: Medicamentos.

Figura II: Imagens da Infância

Figura III: Imagens da Infância

Figura IV: Mapa do Estado de Santa Catarina e localização do Município de Itajaí

Figura V: Vista da região portuária e central de Itajaí-SC.

Figura VI: Praia da Atalaia – Itajaí-SC.

Figura VII: Praia de Cabeçudas

Figura VIII: Mapa da cidade de Itajaí, destacando o Loteamento Votorantim e os principais serviços de saúde da cidade.

Figura IX: Unidade Básica de Saúde do Votorantim

Figura X: Rua do Loteamento Votorantim.

Figura XI: Termo de participação consciente

Figura XII: Formulário de perfil familiar

Figura XIII: Calendário adaptado de Legrand et al (1993).

Figura.XIV: Primeiro modelo de formulário de acompanhamento

Figura. XV: Segundo modelo de formulário de acompanhamento

Figura XVI: Imagens da Infância

Figura XVII: Quadro de análise do Sistema Terapêutico

Figura XVIII: Imagens da Infância

Figura XIV: Imagens da Infância

Introdução

O processo saúde/doença/tratamento é, em qualquer tempo ou cultura, objeto de estudo, de políticas públicas e aparece eivado por interesses populares e econômicos (Castro et al., 2000). No contexto da atenção à saúde, os medicamentos têm adquirido o status de símbolo de saúde, representando a materialização do desejado “completo estado de bem-estar”, e têm sido consumidos como mercadoria¹. Portanto, muito mais que instrumento técnico de intervenção médica sobre processos fisiopatológicos, o “medicamento é um fato social”, um “objeto plural, que luta por ser moderno e científico” (PERINI e ACURCIO, 2001, pg. 7). Um “objeto bom para pensar”, afirmam os mesmos autores sobre o medicamento, citando Levi-Strauss. Pensar os medicamentos de uma perspectiva antropológica requer que se proceda a uma investigação sobre o seu sentido social e se dirija um olhar analítico sobre os agentes e os âmbitos envolvidos em sua produção, divulgação e consumo.

Enquanto a área biomédica evolui em tecnologia e especialização, é evidente que a saúde, a doença e o tratamento continuam sendo elementos influenciados diretamente por crenças, percepções, religiosidade, hábitos tradicionais e relações de poder. Neste contexto, a população circula entre os âmbitos populares e profissionais de saúde, como já demonstraram Helman (1994), Boltanski (1989) e Loyola (1982), construindo itinerários terapêuticos a partir de sua própria experiência em cuidados de saúde, e (re)interpretando práticas e informações veiculadas no âmbito dos serviços de saúde, na comunidade e no modelo social vigente. É

¹ Considerando a expressão difundida por Lefevre (1991): o medicamento como mercadoria e como objeto simbólico.

desta forma que as famílias, sob a regência da mãe², constroem, em seu cotidiano, respostas aos episódios de doenças que acometem suas crianças, como procurarei demonstrar neste trabalho.

Portanto, tomar o medicamento como objeto de análise e de intervenção isoladamente do contexto cultural e social em que é consumido e interpretado gera conceitos e práticas dissonantes das necessidades da saúde pública e ansiedades da população. Em tempos de expansão de teorias e aplicações de assistência e atenção farmacêutica, visando o tão propalado “uso racional de medicamentos”, este tema está sendo tratado de forma ainda restritiva: entre os profissionais de saúde, sob sua ótica e sua racionalidade. Norteados esses movimentos, os estudos farmacoepidemiológicos muito têm contribuído para a validação do uso clínico de medicamentos e demonstração de padrões de prescrição, distribuição e utilização e monitoramento de efeitos adversos. No entanto, o ponto de vista do usuário de medicamentos muito raramente é contemplado nos estudos da área farmacêutica, tampouco os pressupostos teórico-metodológicos das ciências sociais e da antropologia costumam ser discutidos neste âmbito (LEITE e VASCONCELLOS, 2003)³. O reconhecimento da necessidade de um olhar mais próximo da realidade cotidiana na utilização dos recursos terapêuticos⁴ pode ser exemplificado pela recente publicação de um guia da Organização Mundial de Saúde sobre a investigação do uso de medicamentos, incluindo experiências de estudos antropológicos e propostas de aplicação de metodologias como entrevistas semi-estruturadas, grupos focais e técnicas de observação (WHO, 2004).

² Mãe é uma designação genérica aqui adotada para a mulher responsável pelos cuidados de saúde de um grupo familiar.

³ Publicamos como fruto de revisão da literatura para este projeto, o artigo: *Adesão à terapia medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura* (Leite SN; Vasconcellos MPC. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002,8(3): 775-782).

⁴ Expressão aqui adotada para designar qualquer produto ou prática utilizada com finalidade terapêutica.

Desenvolvemos este estudo com o objetivo de contribuir para a compreensão da construção de respostas, no âmbito familiar, aos desafios gerados pelos episódios de doenças infantis. Para tanto, buscamos o ponto de vista das famílias, a partir da voz da mãe, em seu cotidiano e seu âmbito de interações, através de relatos, observações e anotações das próprias mães a respeito dos episódios de doenças das crianças e os recursos terapêuticos adotados. O estudo durou aproximadamente nove meses.

Procuramos apresentar aqui uma aproximação com o contexto familiar, onde se constroem o cotidiano e as relações com a saúde e a doença, onde se estabelecem relações com os medicamentos e os recursos caseiros, com vistas a perceber as interconexões entre os conhecimentos populares e as práticas dos serviços de saúde. Partimos do pressuposto de que a adoção – ou não – de determinados recursos terapêuticos no âmbito familiar não acontece aleatoriamente. Há uma lógica que permeia as escolhas dos serviços, dos produtos e das práticas adotadas em determinadas situações.

No primeiro capítulo trazemos uma contextualização bibliográfica do medicamento e seus usos no processo saúde/doença, enquanto fenômeno socialmente construído e interpretado. No segundo capítulo dialogamos com a literatura relativa às correntes de pensamento que discutem os itinerários terapêuticos e os fatores que interagem na construção de respostas às doenças no âmbito familiar e social. No terceiro capítulo, aparece o cenário da localidade de Votorantim e dos serviços de saúde de Itajaí utilizados pelas 15 famílias informantes deste estudo, também apresentadas neste capítulo. Em seguida, relatamos a construção do trabalho de campo na interação com as famílias e a utilização dos instrumentos de coleta de dados.

Construímos o capítulo quatro com a finalidade de apresentar como as famílias constroem, no cotidiano, a dinâmica para o enfrentamento das doenças infantis, a partir de

seu sujeito principal, que é a mãe. É ela quem opera o sistema terapêutico disponível na sociedade, numa busca constante por respostas que promovam segurança e tranquilidade contra a ansiedade e a insegurança desencadeadas pelos episódios de doenças infantis. Essa dinâmica resulta nas diferentes formas de utilização de medicamentos e de outros recursos terapêuticos a partir do âmbito familiar.

Este olhar voltado para a cultura, o contexto as práticas cotidianas de saúde e de usos dos recursos terapêuticos visa subsidiar o desenvolvimento de ações profissionais mais atentas à realidade dos sujeitos sociais e suas famílias, de modo a melhor promover a atenção integral e equânime à saúde da população, especialmente na prescrição, orientação e dispensação de recursos terapêuticos.



Figura I: Medicamentos.

Fonte: <http://xafarica.weblog.com.pt/arquivo/044805.html>

Capítulo I. Uso de medicamentos : importância e abrangência em saúde pública.

*“Los medicamentos constituyen al mismo tiempo el mayor de los logros
y el mayor de los fracasos de la modernidad”.*

Federico Tobar

1.1. O medicamento e o desenvolvimento social

A revolução terapêutica instaurada no Ocidente, no período pós-segunda guerra trouxe o medicamento⁵ para o seio da sociedade como objeto da terapêutica, da cultura e do capital financeiro. O desenvolvimento de medicamentos eficazes para o tratamento de diversas patologias modificou significativamente os indicadores sanitários. Evidências epidemiológicas demonstram que a mortalidade por doenças infecciosas sofreu grande impacto graças ao acesso a drogas antimicrobianas. Isso pôde ser constatado na baixa verificada nos coeficientes de mortalidade por tuberculose, pneumonia, infecções intestinais, meningites e outras infecções. A melhoria das condições de vida durante o século XX, especialmente aquelas relacionadas à alimentação e às condições trabalho, também merecem destaque na redução da mortalidade e morbidade por diversas patologias, e no aumento da expectativa de vida. E, apesar da inegável contribuição para a melhora da saúde pública, a expectativa gerada em torno do medicamento superou a sua potencialidade.

Na atualidade, além do acesso, há grande preocupação com o tratamento pouco efetivo de diversas patologias e com os usos inadequados dos medicamentos. O medicamento rompeu as fronteiras do “campo da saúde” para integrar-se à sociedade como “objeto de adoración y de ódio al mismo tiempo, el tipo de relación que se establece cuando um objeto no resulta indiferente” (BAÑOS DIEZ e FARRÉ ALBALEDEJO, 2002, p. 272).

A relação entre terapêutica e sociedade tem conseqüências diretas e indiretas sobre o contexto mais amplo do processo saúde/doença. Além da intervenção química neste processo, também se reflete na própria definição do que é saúde e doença. A evolução do

⁵ Produto com fins terapêuticos, curativos ou diagnósticos.

conceito de saúde no último século propiciou o estabelecimento de sua determinação social, importante conquista para a busca de melhores condições de vida para a população. Mas também, junto aos conceitos oficiais, a saúde adquiriu significado de assistência a bens e serviços de saúde. Desta forma, é um bem de consumo, condizente com as concepções de “higiomania” e “somatolatria”, trazidas por Nogueira (2001). Para este autor, estas são as formas contemporâneas de entendimento da saúde na sociedade: excessiva adoração coletiva da saúde e a concretização da saúde na preocupação individual com o corpo. O medicamento moderno traduz estas concepções ao aplicar-se como produto capaz de promover o acesso à própria saúde. Estes conceitos referem-se reciprocamente ao modelo de organização social em que vivemos, no qual se enfatiza a questão da responsabilidade individual - pela saúde, pelas condições de vida, pela educação, e tantas outras.

A focalização individual e somática da saúde na sociedade contemporânea entrevê um afastamento de sua dimensão coletiva, amplamente reconhecida como o âmbito em que se constroem as concepções e práticas relativas ao tema. Alves e Rabelo (1999) afirmam que a doença é a experiência de mal-estar, de que algo não vai bem, não necessariamente um problema biológico, o que pontua o caráter individual, particular desta experiência. Porém, “o mal-estar é doença quando é transformado em objeto socialmente aceito de conhecimento e intervenção. É real porque se origina no mundo do senso comum” (ALVES e RABELO 1999 pg. 173). Helman (1994, p. 104) confirma esta idéia, dizendo que “a doença é a resposta subjetiva do paciente, e de todos os que o cercam, ao seu mal-estar” e se expressa nas formas de pensar e agir. Compreender a saúde e a doença significa então, necessariamente, estender o olhar sobre o sujeito e sobre o campo de interações entre indivíduos, comunidades e condições sociais.

O medicamento neste complexo contexto simboliza a própria saúde: individual, somatizada, ao alcance do poder de consumo. Saúde e medicamento não representam âmbitos independentes. Quanto mais valores se agregam à saúde (todos os fatores que a vida engloba, conforme os conceitos de saúde da OMS e da VIII Conferência Nacional de Saúde), maior a necessidade gerada de bens e condições de saúde. Para Lefèvre (1991, p. 21), esta mercantilização da saúde vem ocorrendo em um processo histórico que a transforma “numa necessidade jamais satisfeita” e, portanto, que demanda cada vez mais o consumo de bens de saúde, especialmente o consumo de medicamentos, um dos símbolos mais evidentes de saúde.

De acordo com este modo de pensar, Perini e Acurcio (2001) trazem a discussão para a literatura farmacêutica, como uma forma de abordar a farmacoepidemiologia. De uma perspectiva inspirada no instrumental teórico marxista, esses autores contribuem para a reflexão sobre o simbolismo em torno da questão. Assim, o medicamento é entendido como um meio de satisfação de necessidades naturais – na terapêutica de problemas de saúde tratáveis farmacologicamente -, mas, também, na satisfação de necessidades culturais – determinadas socialmente, pelo modelo social capitalista.

Perini e Acurcio apresentam o medicamento como um “objeto plural, que luta por ser moderno e científico, mas em cujo interior racionalidades diversas se apresentam”. Para resumir a diversidade de símbolos representados pelo medicamento, os autores apresentam-no como “mágico”, como “solução” e como “moda”. O medicamento é *mágico* por trazer “ao indivíduo uma resposta fácil e libertadora, seja por permitir uma compreensão acessível de sua condição de saúde ou mesmo libertadora à necessidade de auto-conhecimento e de atuação nas transformações das condições da sua própria existência. É *solução* que satisfaz necessidades socialmente diferenciadas – para os extratos de maior poder aquisitivo é

instrumento de proteção à saúde e, para os de menor renda, de manutenção e preposição da sua força de trabalho; e, finalmente, é *moda*, que responde a necessidades e mitos explorados pela publicidade junto ao consumidor e ao prescritor” (PERINI e ACURCIO, 2001, p.7).

Desta perspectiva, não é difícil compreender o quadro mundial do mercado de medicamentos. De acordo com Laporte et al (1989), os países mais desenvolvidos estão sofrendo um epidêmico uso abusivo de medicamentos, consumindo cerca de 80% de toda a produção mundial. Além do interesse em suprir as necessidades sanitárias, é clara a demanda gerada pelas necessidades da indústria farmacêutica. Tal demanda é garantida pela imprensa nos países onde a regulamentação sobre a divulgação de informação farmacêutica não é eficiente, permitindo abusos na propaganda de medicamentos, tanto no mercado final (consumidor) quanto no intermediário (profissionais de saúde) (BARROS, 1995; SOBRAVIME, 2001); na verdade, em outras palavras, a demanda é garantida pelo modo de organização capitalista da sociedade.

As formas de comercialização dos medicamentos nos diversos países refletem o caráter mercantil do produto. No Brasil, apesar da legislação vigente incorporar no mercado a categoria do “medicamento genérico”⁶, a prática comercial privilegia o sistema de bonificação⁷ para medicamentos e a regulamentação de uma listagem de medicamentos vendidos sem prescrição, os OTCs⁸. É interessante, neste contexto, assinalar a posição de Frenkel (2001) de não considerar esta última classe de medicamentos em sua análise do

⁶ Medicamento genérico: comercializado não por marcas próprias, mas sim pela denominação genérica do fármaco. Os genéricos necessariamente apresentam biodisponibilidade igual ao medicamento de referência e são bioequivalentes (Frenkel 2001)

⁷ Bonificação: sistema de comercialização que gratifica a venda de medicamentos. Em geral, para cada unidade do medicamento vendida, a farmácia é “bonificada” com mais unidades (Frenkel 2001)

⁸ OTC: do inglês Over The Counter . Produtos farmacêuticos legalmente comercializados sem prescrição médica.

mercado farmacêutico brasileiro, pois, segundo o autor, “a análise de seu mercado é semelhante ao de outros bens de consumo não duráveis, diferentemente das especialidades farmacêuticas em que a decisão de consumir não está, em princípio, nas mãos do consumidor” (FRENKEL, 2001,p. 162). No entanto, estes produtos não estão isentos de atividades farmacológicas, tampouco de significados. Nos estudos sobre automedicação esta classe também é considerada como medicamento. Apesar do inegável reflexo da conjuntura econômica e social na determinação do consumo de medicamentos, este é um produto diferenciado por abarcar uma significação bastante complexa.

Conrad (1985) traz para a reflexão dos significados do medicamento moderno uma outra situação. Seu enfoque diferencia o medicamento que tem significado de doença e não de saúde. O autor, ao estudar portadores de epilepsia, deparou-se com o desejo de indivíduos de não tomar medicamentos como forma de negar a própria doença, pois para eles, utilizar o medicamento cronicamente (para o tratamento da epilepsia) significava o encontro diário com sua doença, com sua condição inegável de doente: tomar o medicamento, neste contexto, é aceitar a doença e lembrar dela de oito em oito horas. Dowell e Hudson (1997) estudando a utilização de medicamentos prescritos em serviços de atenção primária, apresentam a questão por um modelo de decisão terapêutica diferente para cada tipo de paciente: os que não aceitam prescrições, os que sempre aceitam as prescrições, e os que fazem “testes” com os medicamentos para, a partir dos resultados obtidos, avaliar o grau de gravidade da própria doença e necessidade do medicamento.

Entre tantos significados e tantas influências sobre o uso de medicamentos, vários autores concordam que quanto melhor a condição de saúde de uma população, menor a sua necessidade de medicamentos (CARLINI, 1995). No entanto, resultados de diversos

estudos de utilização de medicamentos demonstram que, na prática, esta lógica é invertida. A lógica do mercado de medicamentos não corresponde à da necessidade deles.

Evidência disto é que enquanto o consumo total de medicamentos é alto sua distribuição é bastante desigual. O acesso ao medicamento em muitas regiões e em estratos menos favorecidos da população representa um importante fator limitante para que a assistência à saúde tenha resolutividade. Os gastos com medicamentos representam grande parte dos custos com os sistemas de saúde. Para os países em desenvolvimento a estimativa é de que 25 a 66% do custo sanitário total seja com medicamentos sendo que, nos países desenvolvidos grande parte da medicação tem subsídio público, enquanto nos outros países este encargo fica em geral com a população (SOBRAVIME, 2001). Apesar do acesso aos medicamentos considerados essenciais ter aumentado em todo o mundo nos últimos 20 anos, segundo a OMS (2000) cerca de 2 milhões de pessoas não têm acesso regular a estes medicamentos.

O Brasil representa o sétimo mercado de medicamentos do mundo, porém seu consumo tem características de país em desenvolvimento, em que grande número de habitantes não tem acesso aos medicamentos, enquanto alguns estratos consomem-nos abusivamente (CASTRO et al., 2000). Deste aspecto, a análise de Frenkel (2001) sobre o mercado de medicamentos no Brasil, demonstra que na década de 1990, a população brasileira aumentou em cerca de quinze milhões de pessoas, enquanto houve um aumento significativo do faturamento das indústrias de medicamentos e uma diminuição das unidades de medicamentos vendidas. A interpretação destes dados remete para o aumento do custo dos medicamentos e da restrição ao acesso aos mesmos, demandando do serviço público medidas eficazes para o atendimento das demandas populacionais.

As estratégias de distribuição dos medicamentos estão em processo de unificação e racionalização no Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que são revistas as formas de distribuição em “pacotes” de medicamentos⁹. Ao mesmo tempo, em 2004 foram implantadas as “Farmácias Populares”¹⁰, locais de venda de medicamentos com prescrição médica a baixos preços, paralelamente ao SUS. De qualquer forma, há uma clara intenção de ampliar o acesso ao medicamento no país. Concomitantemente, cresce também no país, o movimento da Assistência Farmacêutica¹¹ como forma de garantir não só acesso ao medicamento, mas a compreensão de seu uso seguro, eficaz e de qualidade, individual e coletivamente.

Uma importante e recente conquista foi a realização da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, em 2003. Os debates e propostas refletiram a realidade do setor no país: o acesso drasticamente desigual ao medicamento e seu mau uso. É interessante assinalar que a questão do “uso racional”, além do simples acesso, foi amplamente defendida por todos os setores da sociedade ali representados (usuários, profissionais de saúde e setor público). Outro ponto a destacar na Conferência foi a defesa feita destacadamente pelo setor usuário, da disponibilização de homeopatia e de medicamentos fitoterápicos pelos serviços públicos de saúde.

A crença, ainda muito difundida, de que os produtos naturais seriam produtos menos tóxicos, numa mistura de poderes mágicos e certa inocuidade, permeia o uso de

⁹ Relativos aos diversos programas de saúde isolados: PSF, Assistência Básica e outros.

¹⁰ Iniciativa que tem provocado críticas por parte dos formadores de opinião no país, que alegam ser esta uma estratégia que depõe contra as diretrizes do SUS.

¹¹ “Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional” (OPAS 2002)

terapias caseiras¹² e tradicionais¹³ e todo o conjunto das terapias alternativas¹⁴. Amorim (1999), Medeiros (1997) e diversos outros pesquisadores já descreveram o uso de plantas medicinais como uma prática preservada pelas famílias brasileiras, no conjunto de conhecimentos e práticas que constituem o sistema cultural. Barros (1995), concluiu em seu estudo no Recife, que 25% da sua amostra recorreu a medicamentos caseiros, enquanto 23% recorreu a médicos e 10% a farmácias. Enquanto tais práticas fizeram parte apenas do cenário popular, caracterizado principalmente como forma de tratamento utilizado pelas classes menos favorecidas, pouca preocupação era demonstrada pelo setor biomédico. No entanto, em todo o mundo e também no Brasil, o crescimento desse mercado é uma tendência bem consolidada: crescimento do setor acima do crescimento do mercado geral de medicamentos e agregação de empresas produtoras de fitoterápicos às grandes indústrias de medicamentos (QUEIROZ e GONZÁLES, 2001).

O uso popular das terapias caseiras e alternativas tem sido alvo de constantes críticas. Os profissionais de saúde tendem a considerar esta prática como comportamento desviante e perigoso; muitos alegam que dificulta o acesso do paciente ao setor formal da medicina. Tal postura, plenamente reconhecida pela população, distancia os profissionais de saúde de qualquer oportunidade de interação com as práticas populares de saúde. Em meu estudo para dissertação de mestrado em Saúde Pública (LEITE, 2000) concluí que a postura contrária do profissional de saúde em relação aos cuidados caseiros e tradicionais resulta em menor grau de interação geral entre profissionais e usuários de serviços de

¹² terapias caseiras: expressão utilizada para denominar as terapias adotadas por pessoas leigas, sem prescrição de profissionais de saúde.

¹³ terapias tradicionais: práticas de saúde baseadas em conhecimentos culturais de saúde, conhecidas e transmitidas através das gerações.

¹⁴ Terapias alternativas: nome dado a terapias não reconhecidas pelo sistema médico oficial, especialmente aquelas que não fazem parte da cultura local e dependem da comercialização de produtos e serviços.

saúde, pois evidencia o pertencimento a grupos culturais distintos. Como consequência, os usuários não relatam suas experiências com tratamentos caseiros ao profissional e todos encenam uma realidade onde o mundo cultural do paciente em nada interfere em seu tratamento.

É neste contexto amplo, em que interagem conhecimentos e culturas do setor profissional e popular de saúde, que devem ser compreendidas as práticas de saúde no cotidiano da população. Longe de ser exclusividade da área médica, as práticas de saúde, incluindo o uso de medicamentos e outros recursos terapêuticos, dependem da complexidade da realidade cultural em que se dão, imprimindo ao pensar e ao fazer diversas “racionalidades” na gerência destes recursos.

1.2. O uso racional de medicamentos na perspectiva das políticas e ações de saúde

No esforço para reconhecer o medicamento como instrumento de intervenção necessária em situações patológicas, os critérios científicos para o seu uso prevêm o estabelecimento de parâmetros unicamente médico-sanitários, científicos, específicos. Nesta concepção não há possibilidades para a intervenção de diferentes interesses comerciais, práticas culturais, tampouco justifica-se a prática da propaganda de medicamentos.

No entanto, até mesmo a “cientificidade” do medicamento pode ser questionada. É o que demonstra o estudo de Victora (1982). O autor concluiu que se apresentam determinados resultados através dos meios de divulgação especializada de forma a induzir

conclusões de falsas vantagens clínico-terapêuticas, resultados esses baseados em estudos nos quais as amostragens são estatisticamente incorretas, sem grupo controle, com diferenças entre os resultados de tratados e controles insignificantes do ponto de vista estatístico. Ainda, as comparações são realizadas com medicamentos de outras classes, com outras indicações clínicas e, finalmente, a apresentação dos resultados em modelos gráficos não respeita a proporcionalidade de áreas, levando a ilusões visuais. Na mídia, de forma geral, a propaganda de medicamentos é tendenciosa, como alertam Banõs Díez e Farré Albaladejo (2002), enfatizando apenas as supostas vantagens do uso do medicamento e raramente comentando seus efeitos adversos e contra-indicações.

Esses estudiosos afirmam que “ha surgido la creencia sociológica de que los medicamentos son capaces de solucionar todos los problemas de la humanidad, de lo que se deriva que hay, o habrá, fármacos para tratar cualquier enfermedad o molestia, sea ésta susceptible o no de tratamiento farmacológico” (BANÕS DÍEZ e FARRÉ ALBALADEJO, 2002,p. 273). Assim, a sociedade vive o processo de “medicamentação”, ou seja, utilizam-se medicamentos em situações que não podem ser consideradas como doenças. Claramente vinculado ao modelo econômico-social vigente, o uso de medicamentos na sociedade está, portanto, distanciado dos critérios médico-sanitários científicos, ou do uso “racional”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS 1987) descreve o uso racional de medicamentos como uma seqüência de ações que envolvem uma prescrição adequada, a disponibilidade do medicamento e que este tenha a qualidade exigida, a dispensação em condições adequadas acompanhada das informações necessárias, e que o tratamento se realize conforme as orientações prescritas. Portanto, diversos fatores estão inter-relacionados ao uso de medicamentos. Dados apresentados pela mesma instituição (WANNMACHER 2004) apontam que o uso de antimicrobianos apresenta sérios

problemas: 50% das prescrições são inadequadas, 2/3 dos antibióticos são utilizados sem prescrição médica e a grande maioria dos usuários adquire os produtos para um a três dias de uso, gerando penosas conseqüências para a saúde individual e pública: o uso “irracional” do medicamento.

Sevalho (2003) contextualiza historicamente o desenvolvimento da “razão” e do medicamento para questionar o seu tão propalado uso racional. De origem iluminista, a razão pretende levar as decisões da sociedade ao rigor do cálculo e da justificação embasada na experimentação empírica. Citando Brugger (1969, p. 399), Sevalho descreve a razão como “a faculdade cognoscitiva intelectual em oposição à sensibilidade”. Para Sevalho, tal racionalidade, na sociedade moderna, é dirigida para o consumo e o capital financeiro e não por racionalidades assépticas. “A sociedade, neste aspecto, é contraditória: se, por um lado, promove o uso racional de medicamentos, por outro, induz o consumo e medicaliza” (SEVALHO, 2003,p. 7).

O trabalho de Sevalho contribui para a reflexão sobre o discurso oficial a respeito do uso racional de medicamentos e, também, sobre a nossa prática na busca deste uso racional. Enquanto forma normatizadora do pensar e agir em saúde, eliminando toda a subjetividade e sensibilidade, protocolos terapêuticos e normas para prescrição de medicamentos também desenvolvem a prática profissional “engessada” pelos parâmetros técnico-científicos (nem sempre tão científicos) e inviabiliza ou pouco colabora para uma conduta culturalmente sensível e humanizada. Ou seja, a evolução das normatizações e padrões para a prática clínica traz importantes contribuições para uma terapêutica mais eficaz, mas também esta evolução pode trazer um maior distanciamento dos profissionais com os usuários por limitar ainda mais a prática da negociação dos tratamentos, ou seja, da decisão compartilhada da melhor forma de tratar o problema em questão, procurando

conciliar o atendimento às necessidades e angústias dos pacientes com os critérios de bom diagnóstico e prescrição. Sendo o medicamento um objeto plural e simbólico, é importante que critérios sejam estabelecidos para o seu bom uso. Porém, muitos de seus simbolismos também podem contribuir para a sua finalidade: prevenir, curar, aliviar sofrimentos.

1.3. A prática do uso de medicamentos no cotidiano

Os estudos apresentados na literatura atual descrevem, em geral, o alto consumo de medicamentos dos quais uma grande proporção sem orientação profissional, principalmente entre mulheres, idosos, crianças. Nas classes sócio-econômicas mais elevadas, muitos deles são desnecessários ou com valor terapêutico duvidoso (SIMÕES e FARACHE FILHO 1988; HAAIJER-RUSKAMP e HEMMINKI 1993, CARLINI 1995). Evidências disto são os elevados números da automedicação: Vilarino et al (1998) concluíram que 76% dos usuários de medicamentos em Santa Maria –RS faziam-no por automedicação, sendo que a principal fonte de indicação para o consumo de medicamentos neste estudo e também no estudo conduzido por Arrais et al (1997) são as pessoas não habilitadas. Outra forma importante de uso inadequado é a repetição de receitas médicas anteriores, indicativo da ação “educativa” da prática médica no consumo de medicamentos, “ensinando” as pessoas a consumir medicamentos como, praticamente, a única forma de resolver problemas de saúde.

Na infância, o consumo de medicamentos representa uma questão particularmente preocupante, já que muitos medicamentos não têm sua segurança comprovada para a faixa etária, justamente em um estágio de desenvolvimento em que o organismo está sofrendo alterações e é potencialmente mais sensível a iatrogenias. Nesta faixa etária são consumidos

um volume e uma variedade muito grande de medicamentos (BALASUBRAMANIAM 1996; BÉRIA et al 1993; WEIDERPASS et al 1998).

Balasubramaniam (1996), baseando-se em estudos realizados na Ásia e nos Estados Unidos, conclui que o padrão de uso de medicamentos na infância é irracional e relacionado aos seguintes fatores: influência da propaganda, baixo nível de conhecimento dos prescritores sobre uso racional, pressão dos pais das crianças para obtenção de prescrições, e alto consumo de produtos não essenciais sem prescrição médica. Cita ainda um documento da OMS, atestando que 70% dos medicamentos administrados para crianças têm pouco ou nenhum valor terapêutico. Os estudos de Béria et al (1993) e Weiderpass et al (1998) demonstram o consumo de medicamentos por crianças no Brasil. Neles fica explicitada a intensa medicalização nesta etapa da vida. Nos primeiros meses de vida a prevalência de crianças consumindo medicamentos chega a 69%, sendo grande parte prescritos por médicos. Muitos medicamentos consumidos são considerados pouco eficazes ou inapropriados para crianças, demandando uma despesa indevida para a família. Em desacordo com a morbidade da população, o consumo é maior nas classes privilegiadas.

A medicalização da sociedade e as expectativas individuais, culturais e sociais fazem do consumo de medicamentos um campo de estudo vasto e essencial para a promoção da saúde. Neste amplo contexto inserem-se as práticas desenvolvidas no cotidiano familiar para os cuidados de saúde. Contextualizando estes cuidados entre os avanços tecnológicos do complexo médico-industrial acompanhados pelos meios de divulgação em massa, o acesso aos bens e serviços públicos e privados e os culturais de saúde, e o conjunto de simbolismos e resignificações referentes ao processo saúde/doença/tratamento, visamos compreender as condutas de famílias residentes em um bairro periférico da cidade de Itajaí (SC) no enfrentamento das doenças infantis.



Figura II: Imagens da Infância

Fonte: Exposição “Imagens da Infância – Itajaí”, por David da Silva

Capítulo II. Indivíduos, famílias e práticas sociais:

inter-relações nos cuidados de saúde.

“A família, enquanto uma espécie de unidade de produção social da vida cotidiana, é o vínculo entre individual e social, particular e geral, atuando como tradutor simultâneo de uma a outra esfera”.

Oliveira e Bastos, 2000.

Os cuidados com a saúde na sociedade ocidental contemporânea não podem ser resumidos ao modelo considerado hegemônico – o sistema médico-científico. Helman (1994), citando Kleiman, descreve três alternativas da assistência à saúde: a alternativa informal, composta principalmente pelas formas domésticas de cuidados de saúde, sem a interferência direta de orientação de especialistas; a alternativa popular, constituída por agentes de cura populares - curandeiros, rezadores, benzedeiras e, por último, o setor profissional, no qual o autor situa a atividade de profissões sancionadas legalmente – médicos e profissionais paramédicos. Mezzomo (1992) propõe a seguinte forma de agrupar as alternativas de assistência à saúde: aquelas que compõem o subsistema institucionalizado de saúde, onde a autora delimita o que chama de medicina oficial (médico-científica) e o subsistema não institucional, constituído por todas as práticas utilizadas pelas pessoas para tratar de seus problemas de saúde, relacionadas com tradições, hábitos, traços culturais e religiosos.

Segundo Luz (2004) o modelo médico-científico desenvolvido no meio acadêmico está pautado pela racionalidade médica. Esta decorre de um processo histórico de construção da “racionalidade científica” caracterizada pelo uso da razão como sujeito do conhecimento, baseado no método científico como único capaz de produzir “verdades”. A racionalidade médico-científica que vigora em nossa sociedade como única válida, legítima, ou verdadeira, superou (ou ainda procura superar), ao longo de batalhas contra racionalidades religiosas e populares, toda a influência de sentimentos e sensações – tudo o que é subjetivo e não é facilmente matematizável, o que pode trazer imprecisão ao conhecimento. Segundo a autora, na modernidade tal racionalidade está pautada pela dualidade de visão do mundo e do homem e da neutralidade da ciência ao colocar-se simbólica e socialmente acima de interesses políticos, econômicos e culturais.

Classificado por Luz (2004) como uma das racionalidades médicas vigentes, o conjunto formado por práticas alternativas é, normalmente, baseado em teorias holísticas do universo e do homem, e de formas de tratamento que buscam o equilíbrio, como é o caso das diversas terapias orientais e da homeopatia. Sobre a homeopatia, Luz encontra sua origem e racionalidade no chamado vitalismo, em antagonismo ao mecanismo organicista que fundamenta a racionalidade médica mais aceita na sociedade atual. Assim também, na literatura, diversas práticas populares de saúde são normalmente relacionadas a uma forma de compreensão mais integral do processo saúde-doença articulado a uma concepção holística de mundo que envolve energia e equilíbrio, e está mais próxima e historicamente relacionada ao que Luz conceitua como vitalismo, constituindo uma série de valores e crenças que se refletem nas práticas adotadas (HELMAN 1994; HUFFORD 1997).

O que Helman denomina *alternativa informal de atenção à saúde*, ou o que Mezzomo chama de *sub-sistema não institucional* compreende muito mais do que *práticas derivadas do vitalismo e incluem o que Boltanski chama de medicina imitativa*¹⁵, *automedicação*, práticas religiosas, práticas novas ou antigas difundidas pelos meios de comunicação, além das práticas transmitidas através das gerações, principalmente entre as mulheres.

Tal diversidade compõe o que Saillant (2004) nomeou de *espaço terapêutico*. Segundo a autora, no espaço terapêutico brasileiro, as formas locais ou culturais de resposta à doença são marcadas pela mestiçagem, de forma que “leva-se à biomedicina, além de outras práticas, para dentro de casa, para fazer dela o que se bem entender e para distribuí-las a todos” (SAILLANT, 2004,p. 232).

¹⁵ Termo que Boltanski utiliza para designar práticas reproduzidas a partir da prática médica.

Enquanto saber e prática prioritariamente feminino, a gestão dos recursos de saúde é uma tarefa desenvolvida no seio familiar, no conjunto dos cuidados cotidianos para a sobrevivência de seus membros. Para Tezoquipa et al (2001), as práticas desenvolvidas pelas mulheres e, conseqüentemente, no âmbito familiar, resultam de um processo de construção social de conhecimentos do qual participam a experiência individual no trato de problemas de saúde; a transmissão de conhecimentos através das gerações de mulheres das famílias; os meios massivos de comunicação; o comércio de medicamentos e produtos de saúde e a interação com os serviços de saúde. “As mulheres em estas interaciones acumulam una experiencia biográfica e histórica” (TEZOQUIPA et al, 2001,p. 6). Estas interações entre família, cultura, práticas sociais e experiência individual constituem os pressupostos para a compreensão dos usos dos medicamentos e outros recursos terapêuticos entre os cuidados cotidianos de saúde.

Retomando o conceito de mestiçagem de práticas desenvolvido por Saillant (2004) e os estudos de Loyola (1982), Boltanski (1989) e Mezzomo (1992), parto do pressuposto de que, para além do campo de saberes e práticas dominado pelos profissionais de saúde, as pessoas circulam entre os diferentes sistemas de cuidados de saúde, reinterpretando tais racionalidades e interligando-as.

No presente estudo, as práticas adotadas pelos informantes da pesquisa são designadas por seu âmbito de ação: o âmbito dos serviços de saúde, consistindo na busca por consulta médica em serviço público ou privado de saúde e a busca por orientação e indicação de medicamentos em farmácias comerciais; ou do âmbito doméstico, constituindo o uso de medicamentos e outros recursos terapêuticos sem prescrição médica ou orientação profissional; ou ainda do âmbito comunitário, consistindo na busca por recurso a especialistas de cura populares (benzedeiros e líderes religiosos).

2.1.A saúde, a doença e o cuidado no cotidiano familiar

“O sujeito, ao pensar um padecimento ou uma enfermidade, ao decidir que fazer com ela, não atua isoladamente e sim como parte de uma micro/macro estrutura. A família constitui a micro estrutura que mais peso tem na constituição das representações e práticas dos sujeitos em relação ao processo saúde/doença/atenção” (MENENDEZ, 1992, p.5).

Helman (1994) descreve que a família é a primeira arena de assistência informal à saúde, responsável por 70 a 90% dos tratamentos. Os cuidados de saúde constituem-se, portanto, em elementos da vida familiar cotidiana: contemplam sua regularidade, sua repetitividade e monotonia, e por vezes protagonizam a perturbação da sua trivialidade¹⁶.

Menendez (1992) acrescenta que a família ou grupo doméstico constitui a unidade onde se constroem e operam os principais determinantes da morbidade e mortalidade nos diferentes grupos etários, particularmente dos menores de cinco anos, tanto positiva quanto negativamente. É também a instituição sobre a qual repercutem as conseqüências das crises econômicas. Para o autor não há dúvida de que a família ou grupo doméstico é uma das unidades mais estratégicas de descrição e análise do processo saúde/doença/atenção, pelo papel central que desempenha em tal processo. Acrescentamos ainda, a esta colocação, a de Pais (2001) de que o cotidiano é lugar privilegiado da análise da sociedade e das transformações que a perpassam, expressa a própria vida social de que é parte. O cotidiano

¹⁶ Tomamos o conceito de cotidiano como aquele defendido por Pais (2001): o fio condutor do conhecimento da sociedade, situado no contexto “histórico-original-significativo”. Para o autor, o cotidiano não pode ser tomado como uma categoria essencialmente distinta do social, pois constitui-se nele, abarcando sistemas simbólicos, relações de poder, nos planos individual e coletivo.

familiar pode ser, portanto, a perspectiva mais adequada para o estudo das práticas populares de saúde.

Na sociedade contemporânea, conceituar “família” é um exercício de romper critérios pré-estabelecidos, moralidades e regras sociais. É preciso compreender a família desde um olhar sócio-histórico, em que esta instituição vem passando por contextos de incentivo enquanto núcleo social, seguida pela proposta de superação do grupo familiar pelo culto da individualidade apoiada no Estado e na tecnologia, e mais recentemente por uma retomada de incentivo social como sólida instituição de reprodução e proteção dos grupos que congrega (Sawaya, apud Campos, 2004). Reconhecendo esta implicação da instituição familiar, similar ao objetivo das políticas públicas, a responsabilidade da família hoje é compartilhada com o Estado, e é ela o principal foco das políticas públicas (Carvalho, 2003).

As definições do que vem a ser uma família variam tanto quanto são os olhares para ela lançados e os pressupostos colocados. A família pode ser definida como “um todo articulado em que há definidas relações de gênero e geração, que implicam hierarquia e poder” (Fonseca apud Campos, 2004), o “lugar melhor inventado para fazer gente”, espaço constituído de modo contínuo, relativamente estável e não-casual, descreve Mioto (apud Campos, 2004).

Na atualidade, o ambiente familiar é caracterizado pela privacidade e intimidade da proteção ao olhar externo. Por estas características este espaço é, para além do ideal romântico, também o espaço privilegiado da violência e das práticas não usuais ou não aceitas por uma cultura ou modelo social vigente. Nesse contexto da privacidade familiar são preservadas várias práticas de saúde, resguardadas do controle do modelo médico-assistencial socialmente aceito. Referindo-se a essa questão, Marins (1998) afirma que além

dos hábitos da pobreza e miséria, as intervenções empreendidas pelo poder do movimento higienista no âmbito familiar expulsaram também as atividades tradicionais das famílias como as práticas populares de saúde. Apesar dos esforços da educação higiênica para padronizar e “civilizar” os costumes familiares (COSTA, 1999), há todo um histórico de resistências na preservação de identidades, inclusive pelas práticas de saúde.

Os padrões de cuidados de saúde desenvolvidos no âmbito doméstico são reflexos do saber feminino (TEZOQUIPA et al 2001). Menendez (1992) advoga ser a mulher ou mãe a responsável direta por todos os cuidados de saúde na família. Para ele, toda a informação sócio-antropológica disponível indica que é a mulher, especialmente a mãe, a encarregada por detectar, diagnosticar, estabelecer os primeiros cuidados e buscar determinados tipos de ajuda decidindo sobre os tratamentos. Tal responsabilidade não se reflete, segundo o autor, em autonomia e liderança real da mulher na família e na sociedade. A mulher é instrumento utilizado historicamente pelo sistema médico-sanitário para o estabelecimento de normas de condutas de saúde e de organização da vida, como argumentam Menendez (1992), Costa (1999) e Caponi (2000).

Na atualidade, recai sobre a mulher uma imensa responsabilidade. As tarefas domésticas continuam sob seus cuidados, além da responsabilidade pela educação dos filhos, alimentação e saúde de toda a família. Vale ressaltar que na maioria das famílias a mulher desempenha também atividade remunerada de fundamental importância para o sustento do grupo.

Como refletem Menendez (1992) e Tezoquipa et al (2001), a grande maioria das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde depositam na mulher ainda maior responsabilidade sobre a saúde dos membros da família: além da educação higiênica, a

orientação alimentar, a adesão aos tratamentos, o aleitamento materno, e tantas outras normas estabelecidas. Por sua vez, os meios de comunicação – no processo de veicular os produtos “imprescindíveis” à saúde - reforçam a responsabilidade da mulher sobre a saúde da família, à medida que estabelecem o modelo da boa mãe, da mulher moderna e eficiente que é capaz de tudo realizar.

A questão dos cuidados de saúde das crianças é uma das responsabilidades mais exigidas da mulher. Os estudos clássicos de mortalidade, morbidade e utilização de serviços de saúde da população infantil estabelecem como variáveis importantes, diversas características maternas como idade, escolaridade, trabalho, nível de conhecimento sobre cuidados de saúde ou alimentação. A mulher, em geral a mãe ou avó, é responsável por avaliar o estado de saúde das crianças e decidir pela procura e tipo de recurso terapêutico. Segundo Helman (1994), a mulher avalia as doenças infantis pela interferência no ritmo diário das crianças. Boltanski (1989) diz que a maioria das doenças infantis são tidas como normais da idade e tratadas em casa pois enquadram-se num *roll* de sinais conhecidos pela mãe e culturalmente aceitos. Quando “mal curadas”, ou quando o conjunto dos sintomas se aproxima do que as mães consideram grave, somente aí é que buscam serviços médicos.

Mesmo que as modernas condições femininas de vida e trabalho tenham alterado a organização e o funcionamento da vida cotidiana familiar, isto não modificou significativamente a responsabilidade da mulher pela saúde da família.

O suporte insuficiente de infra-estrutura de serviços públicos agrava as dificuldades por ela enfrentadas, e as redes sociais de apoio constituem, principalmente entre as classes menos favorecidas, um recurso muito utilizado pelas mulheres. (OLIVEIRA e BASTOS 2000). Formadas por parentes, vizinhos e amigos, as redes informais de apoio suprem diversas necessidades que não podem ser supridas no âmbito familiar restrito. De acordo

com Gerhardt (2003), a capacidade da mulher de mobilizar recursos sociais pode ser decisiva para amenizar as desigualdades existentes em todos os planos da vida cotidiana. Para a autora, a estrutura dessas redes de apoio está baseada na dinâmica das relações humanas: “assim, as redes de entre-ajuda não podem ser isoladas do contexto que as fazem emergir e da dinâmica das relações inter-pessoais, ou seja, da empatia, das relações afetivas, das relações de companheirismo, dos gestos gratuitos dificilmente quantificáveis” (GERHARDT, 2003,p. 724).

A construção da vida cotidiana, portanto, não pode ser reduzida ao plano privado. Suas particularidades e especificidades constituídas por sua história não as deslocam da sociedade e do sistema cultural sobre os quais influem e são influenciadas. Os cuidados de saúde aí construídos são fruto da experiência, principalmente das mulheres, na relação com diferentes espaços e agentes sociais, na construção cotidiana da vida (MENENDEZ 1992; TEZOQUIPA et al 2001).

2.2. Aspectos culturais nos cuidados de saúde

Althoff et al (1998) compreendem a família como um processo em constante transformação que para ser pensado e trabalhado precisa ser compreendido em sua dinâmica, considerando o tempo e espaço em que vive. Tal expressão corrobora as advertências de Tezoquipa (2001), Menendez (1992) e Bastos et al (2002): o equívoco de olhar para a família como objeto privado apenas, descontextualizado. Além da clara relação com o contexto social em que estão inseridos, os saberes e práticas de saúde, desenvolvidos no âmbito familiar, guardam a representação de um (ou vários, nas sociedades complexas) sistema cultural que afetam e são afetados mutuamente.

Diversos estudos têm demonstrado como as peculiaridades de crenças e costumes interferem no modo como os cuidadores tratam de questões relacionadas à saúde das crianças, tais como: vacinação, alimentação, cuidados puerperais e amamentação. No sul do Brasil, Béria et al (1998) identificaram crenças que influenciaram o padrão de prescrição médica e a forma como as mães de crianças com diarreia tratavam o problema, a partir de suas expectativas e conhecimentos. Gorter et al (1995) estudaram as crenças e práticas de saúde relacionadas a diarreias infantis na Nicarágua, e encontraram forte relação entre as crenças sobre etiologia e sintomas de diarreia entre as mães e os tipos de tratamentos empreendidos: “las madres acudían menos al médico, visitaban más a la curandera y utilizaban más los purgantes, aumentando así el peligro de deshidratación. Esta práctica era motivada por la creencia de muchas madres de que ‘los médicos no conocen las diarreas como el empacho y no saben como curarlas’” (GORTER et al, 1995, p. 386). Até mesmo a vida de crianças é determinada por costumes em povos mais isolados e o diagnóstico da causa morte é influenciado por tal tradição (ALLOTEY e REIDPATH, 2001).

Uchôa e Vidal (1994) citam outros trabalhos em que a relação entre as concepções culturais das doenças e a utilização de recursos terapêuticos ou métodos de prevenção está presente. Em um desses trabalhos, o de Agyepong (1992) a causa da malária em Gana não está relacionada ao vetor e sim ao calor, inviabilizando os métodos de prevenção, e o tratamento com cloroquina não é reconhecido como eficaz (e, por isso, é pouco utilizado) porque a doença reaparece em outro período. Citando Geertz (1973), esses mesmos autores argumentam que a “cultura como universo de símbolos e significados permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações”. É o contexto que torna os diferentes eventos inteligíveis (UCHOA e VIDAL, 1994, p. 500). Alves e Rabelo (1999) seguem o mesmo raciocínio ao afirmarem que as respostas aos problemas criados

pelas doenças constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores. Tal premissa remete ao relato de Levi-Strauss sobre a eficácia dos tratamentos do xamã. Diz o autor: “que a mitologia do xamã não corresponda a uma realidade objetiva, não tem importância: o doente acredita nela, e ele é membro de uma sociedade que acredita” (LEVI-STRAUSS, 1996,p.228). Aí Levi-Strauss refere-se ao que chama de “complexo xamanístico”, formado pelo xamã que executa seu ritual, pelo doente que experimenta a cura e pelo público, que também participa da cura.

A visão de mundo, reflexo da cultura em que o indivíduo está inserido, é utilizada por Rocha (2000) para o embasamento de seu estudo sobre as trajetórias terapêuticas de pacientes de serviços psiquiátricos, referindo-se à proposta de Figueira (1978) na qual são descritos os sistemas e estilos de compreensão do mundo em que as pessoas estão vinculadas nas sociedades complexas. O sujeito poderia optar pelo isolamento se fosse totalmente orientado por um único sistema simbólico que lhe deveria fornecer explicações abrangentes e coerentes. Já na relativização o sujeito tem uma visão de mundo fundamental, mas convive com outras que ele considera que são viáveis. Se uma terapêutica não produz o efeito desejado recorre a outras. E, finalmente, a desorientação ocorre com o sujeito que se sente impotente frente à pluralidade de visões de mundo e circula entre elas à procura da terapêutica mais eficiente, não se mantendo fiel a nenhuma delas. Rocha, entretanto, conclui que, para os sujeitos, não há oposição ou inviabilidade entre sistemas terapêuticos diferentes, como psiquiatria e práticas espirituais, e sim complementaridade, sem que um enfraqueça a importância do outro.

Os estudos antropológicos e sociais conduzem à suposição de que nas sociedades complexas a convivência simultânea com diversos sistemas culturais produz conhecimentos híbridos sobre saúde e doença em que os limites entre conhecimentos e práticas populares

culturais de saúde são mesclados e reinterpretados pelo contato com conhecimentos e práticas biomédicas e vice-versa. O reconhecimento e compreensão desta relação dinâmica entre conhecimentos e práticas populares e conhecimentos e práticas biomédicas pelos serviços de saúde podem ser o caminho para que a interligação de culturas produza resultados positivos sobre as ações de saúde pública e a situação de saúde da população. Esta é, com certeza, uma abordagem imprescindível para o estudo dos itinerários terapêuticos.

2.3. A tomada de decisão nos cuidados de saúde

Mesmo concluindo que para os sujeitos não há oposição entre os sistemas terapêuticos, Rocha (2000) ressalta a percepção que esses sujeitos têm das diferentes explicações etiológicas que resultam nos diferentes sistemas terapêuticos. São modelos etiológico-terapêuticos, também, que Laplantine (1991) descreve ao analisar a literatura e ao entrevistar médicos e pacientes. O autor apresenta quatro modelos etiológicos e quatro modelos terapêuticos entre todas as arenas pesquisadas (populares e profissionais). Gorter et al (1995) demonstraram que o diagnóstico que a mãe faz em casos de diarreia (se é compreendido como *empacho, sol de vista, caída de la mollera*) é muito importante na hora de decidir o tipo de ajuda e tratamento que cada caso requer.

Esta relação consciente entre a causa da doença e a estratégia de combate a ela, fundamento do modelo biomédico, é contestada por alguns autores. Helman ,(1994) ao analisar os diferentes sistemas terapêuticos disponíveis em uma sociedade, diz que “para o indivíduo doente, a origem desses tratamentos importa menos do que sua eficácia em aliviar o sofrimento” (p. 70). No estudo de Boltanski entre diferentes classes sociais nos

arredores de Paris, o autor descreve as ações terapêuticas populares que chamou de uma “medicina imitativa” por não haver preocupação com a origem ou causa das doenças, ou um conjunto de princípios que torne possível sua explicação: “é suficiente saber reconhecer a gripe e saber que se trata com Antigripine” (BOLTANSKI, 1989,p.22).

Apesar das discordâncias sobre a importância da percepção de causas bem definidas para a escolha dos tratamentos, é imprescindível retornar aos estudos antropológicos que indicam que aquela visão de mundo que norteia o indivíduo em determinada sociedade, as crenças e costumes que fazem parte de sua cultura, estabelecem um “fazer sentido” que interfere no processo saúde/doença/tratamento. Voltando aos estudos de Levi-Strauss sobre as curas xamanísticas, o relato da intervenção de um curandeiro no caso de um parto é muito sugestivo: “os espíritos protetores e os espíritos malfazejos, os monstros sobrenaturais e os animais mágicos, fazem parte de um sistema coerente que fundamenta a concepção indígena do universo. A doente aceita-os ou, mais exatamente, ela não os põe jamais em dúvida. O que ela não aceita são dores incoerentes e arbitrárias, que constituem um elemento estranho a seu sistema, mas que, por apelo ao mito, o xamã vai reintegrar num conjunto onde todos os elementos se apóiam mutuamente”, e “tendo compreendido, não se resigna, apenas, ela sara” (LEVI-STRAUSS,1996.p.228). A cultura fornece os elementos para que os eventos, as práticas do cotidiano, inclusive as relativas à saúde, sejam compreendidas e aceitas ou, para citar Geertz, “sejam inteligíveis”.

Neste sentido, Helman (1994) compreende que as escolhas que as pessoas fazem entre diferentes tipos de curandeiros¹⁷ não são definitivas ou incontestáveis, pois também escolhem entre os diagnósticos e as recomendações que “fazem sentido” para elas. E esta

¹⁷ Helman chama de curandeiro todo agente de cura, seja ele médico, rezador, benzedor, farmacêutico ou outro qualquer.

questão é percebida por alguns autores como uma justificativa para a sobrevivência, até o crescente uso, de terapias consideradas tradicionais, antigas ou populares, ao contrário de um entendimento muito comum de que a falta de recursos médicos modernos seria a causa da sobrevivência de tais formas de terapia. Vejamos o que bem diz Laplantine a respeito dessa questão: “Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra disposto a eliminar” (LAPLANTINE 1991 pg 220).

O indivíduo, então, ao optar por procurar um curandeiro popular, estaria optando por uma explicação sobre a doença que lhe é inteligível, com termos e conceitos sobre saúde, sobre a causa da doença, sobre o tratamento necessário e sobre o próprio corpo que condizem com a sua compreensão, ou que, ao menos, ele possa compreender. Assim, como exemplifica Boltanski (1989), o curandeiro popular explica ao doente que sua dor é originária de *estômago caído, que caiu porque o corpo dilatou, e que o tratamento é enfaixar a região para suspender o órgão*.

O autor conclui que quando o paciente entende a doença e o tratamento pode formular um discurso prolixo e bem articulado sobre o fato, principalmente se a doença for palpável, visível. Exemplifica isto, citando o caso de uma mulher que descreve com articulação e fundamento o episódio de pedra na vesícula de que foi acometida, explicando que elas foram retiradas e mostrando as pedras que ela guarda em um vidro (BOLTANSKI, 1989). As teorias etiológico-terapêuticas de relação causa-tratamento mencionadas anteriormente podem, também, participar desta mesma interpretação: se o indivíduo

reconhece as causas de sua doença e consegue relacioná-las com o tipo de tratamento indicado para o caso, pode-se imaginar que este tratamento faça sentido para ele. Se, de outra forma, o indivíduo não compreende as causas ou a doença propriamente, ou sua concepção sobre ela não condiz com a de determinado agente de cura, ou ainda, se o tratamento proposto não lhe é conceitualmente compreensível ou não condiz com sua concepção de cura, o resultado pode ser de não adesão ao tratamento ou transferência a outro segmento da rede terapêutica, como coloca Helman (1994).

A questão da adesão à terapêutica medicamentosa traz interessantes contribuições para o entendimento dos itinerários terapêuticos, apesar de muitos estudos não considerarem a adesão como parte deste contexto mais amplo. Analisando diversas publicações sobre o tema, é possível identificar quatro enfoques gerais para a questão: as características da doença a ser tratada; os esquemas terapêuticos ou os efeitos dos próprios medicamentos; a relação médico-paciente e os fatores relacionados ao indivíduo e sua cultura (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

Pelos resultados de diversos estudos torna-se evidente que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente (AL-SHAMMARI et al, 1995; BALASSUBRAMANIAM, 1996; NEMES, 2000; PAULO e ZANINI, 1997; TEIXEIRA et al, 2000). Kleinman (1980) elaborou o conceito de “modelo explicativo” para explorar os problemas de comunicação entre a população e os profissionais de saúde. O modelo explicativo da saúde e da doença para um grupo não condiz com o do outro, gerando problemas de comunicação, de compreensão entre as partes. Reis e Fradique (2003) abordam a relação médico-paciente com base nas concepções de saúde e doença. Para eles, “a dialética de significações que ocorre entre o técnico de saúde e o doente, exemplifica o papel proeminente das

significações subjetivas sobre processos de saúde e doença. Neste encontro ocorre uma dialética de significações, mais ou menos tácita, entre o ‘conhecimento do técnico’ e o ‘conhecimento leigo’, conectando a análise desta relação com os significados da doença e do tratamento para o doente” (REIS e FRADIQUE, 2003, p. 47).

Conrad (1985) cita Stimson, argumentando que os pacientes têm suas próprias idéias sobre o uso de medicamentos, e que avaliam tanto as ações do médico quanto o medicamento prescrito com base no que eles mesmos conhecem sobre a doença e o tratamento. Reis e Fradique (2003) chamam a atenção para o fato de que antes do encontro com o técnico, a pessoa já construiu uma narrativa pessoal sobre o seu problema de saúde ou sobre uma determinada atitude ou ação preventiva e que estas expectativas sobre a doença e o tratamento podem estar diretamente relacionadas com a decisão terapêutica.

2.4. A construção dos itinerários terapêuticos no contexto familiar

Quando pensamos em itinerário, pensamos em um conjunto de planos, estratégias, projetos desenvolvidos pelos indivíduos com o objetivo de enfrentar o problema. Mas será que os itinerários são planejados como uma seqüência de ações? Os hábitos, os acasos, os atos impensados, não constituem parte dos itinerários terapêuticos? Boltanski colaborou na busca por respostas a essa questão: “A medicina familiar não se *entrega a loucas improvisações*, se contém em fronteiras limites do campo de aplicação e dos meios terapêuticos que *ela tem direito*” (BOLTANSKI, 1989,p.15 grifos meus).

Não se entregar a loucas improvisações pressupõe que as famílias tenham plena consciência das ações que estão empreendendo, num processo racional de escolha das práticas, possibilitando que *se contemham em fronteiras limites*. Tal “racionalidade” é

comumente associada ao pensamento científico moderno, legado da razão iluminista. (LUZ, 2004; SEVALHO, 2003).

Tal forma de pensamento racional também é utilizada na tentativa, científica, de compreender os itinerários terapêuticos empreendidos pelas pessoas – e fundamenta a pergunta desse estudo pela “lógica” no uso dos recursos. Alves e Souza (1999) alegam que o modelo racional ou biomédico influenciou excessivamente os estudos sobre as definições populares de doença e tratamento. “Conseqüentemente, ao explicar as ações dos indivíduos atribuíam excessiva ênfase à racionalidade do modelo biomédico, com o qual se contrastavam os processos lógicos do conhecimento leigo” (p. 127). Assim, cita os modelos explicativos de Kleiman como uma tentativa de comparação dos processos lógicos populares com a racionalidade médica, científica e, portanto, “ideal”. Para Alves e Souza, a compartimentalização do sistema de saúde em sub-setores sociais, como propõe Kleiman, é um erro, na medida em que estabelece fronteiras entre eles que não se verificam em sociedades complexas.

Pescosolido (1992) defende que os sujeitos são seres essencialmente sociais que modelam e são modelados por redes sociais. Portanto, contra os modelos teóricos que tentam esquadriñar o processo saúde/doença/tratamento no nível individual, advoga que os indivíduos não são seres calculistas, individualistas que operam pela lógica economicista da maior valia.

Contudo, diversos estudos demonstram o movimento dos sujeitos na busca da compreensão de causas para as doenças que lhes afligem, para estabelecer os tratamentos – uma avaliação analítica, uma certa “racionalidade” entre causa e tratamento. A relação entre etiologia e terapêutica, tão bem fundamentada no modelo biomédico, é utilizada como

base para a interpretação das escolhas terapêuticas em todos os âmbitos, inclusive o popular, de acordo com Laplantine (1991).

A tendência do “método científico moderno” é sempre a de buscar uma lógica explicativa racional, por isso a busca constante pela construção de modelos teóricos que possam colocar este conjunto (não necessariamente um plano) de ações em uma “esquadria”.

Nesse sentido é interessante anotar o alerta de Alves e Souza (1999, p.131): “o itinerário terapêutico é um fenômeno por demais complexo para que possa ser subsumido a generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o social”. Os autores argumentam que a restrição das condutas humanas tende a simplificar as ações e os próprios atores sociais a “modelos tipológicos ou classificatórios pré-determinados”.

Na busca de uma compreensão geral entre as diversas abordagens, o campo das interações sociais, da cultura, da família, do corpo e da lógica mercantil que impera na racionalização do uso de medicamentos parece não suportar cada um deles isoladamente, a compreensão dos usos dos recursos terapêuticos. Buscar uma interpretação dos usos dos recursos terapêuticos através da perspectiva dos sujeitos concebidos como atores sociais, influenciados e influentes na história e na sociedade, pode colaborar na construção de conhecimentos mais amplos e mais elucidativos sobre o tema.

Considerando a complexidade presente neste objeto de pesquisa, bem como as interpretações resultantes das diversas análises sobre os itinerários terapêuticos (caminho, trajetória em busca da cura), e tendo como protagonista principal na identificação e enfrentamento dos problemas assim como na definição das prioridades, as mulheres, é a partir delas em seus âmbitos familiares, que podemos tentar compreender como as famílias

conseguem criar, reinterpretar e resignificar conceitos e práticas advindos das mais diversas esferas da sociedade.

Faz-se necessário, além dos aspectos e conceitos levantados anteriormente, considerar que a sociedade atual está baseada na lógica racionalizadora do custo-benefício e que muitas das ações empreendidas no cotidiano são permeadas por esta lógica. Na verdade, temos que considerar que a lógica econômica, em termos biomédicos, não corresponde necessariamente à lógica popular. No entanto, a lógica capitalista vem permeando todos os âmbitos da sociedade moderna e na área da saúde é bem representada pelos meios encontrados pelo complexo médico-industrial que estimula o consumo sempre crescente de medicamentos e produtos para cuidados de saúde. Contudo, todo o conhecimento sobre a diversidade e complexidade do social produzido pelos estudos antropológicos nas últimas décadas torna improvável pensar que exista um modelo ou padrão dentro do qual poderemos enquadrar os processos de escolha.

Em uma realidade econômico-social como a que vive o nosso país e a maior parte da população mundial, parece muito coerente que as terapias populares e tradicionais sejam incorporadas aos sistemas de saúde, como propôs a Organização Mundial de Saúde em 1978. Muitas ações neste sentido, no entanto, tentam entender e racionalizar as práticas populares de saúde dentro da lógica biomédica hegemônica, descontextualizando e desvirtuando o seu sentido. Ainda estamos um passo atrás, perseguindo a compreensão da utilização dos recursos terapêuticos pelos indivíduos, desde a “simples” procura por serviços médicos, automedicação ou adesão à terapia prescrita até a utilização de terapias populares.

Assim, o estudo que ora nos propusemos realizar tem por objetivo analisar a utilização de medicamentos e os diferentes tipos de recursos terapêuticos utilizados para

tratamento de crianças, no âmbito familiar, em um bairro periférico da cidade de Itajaí, Santa Catarina.

O interesse principal está em compreender como as famílias constroem enfrentamentos das doenças de suas crianças no cotidiano familiar. Com esse propósito, torna-se necessário buscar procedimentos metodológicos que possibilitem ampliar a compreensão sobre o fenômeno. O objeto de estudo requer esta flexibilidade do pesquisador, como justificam Sevalho e Castiel (1998, p.48,49): “quanto ao adoecer humano, é inevitável encará-lo como um objeto indisciplinado que resiste a nossas tentativas disciplinares de enquadramento. Somente assim, acreditamos ser possível transitar por doenças nas populações e moléstias e suas representações nos grupos sócio-culturais, assumindo os riscos de nos perdermos pelos (des) caminhos indisciplinados, em busca de compreensão para intervenções menos insatisfatórias do que as prevalentes no campo biomédico-epidemiológico atual”.



Figura III: Imagens da Infância

Fonte: Exposição “Imagens da Infância – Itajaí”, por David da Silva

Capítulo III: Construção da metodologia do estudo

A moral desta história não é que fui politicamente correto, mas sim que não estava ciente de ter adotado a atitude correta. Mais uma vez, agi espontaneamente. Embora possamos ser doutores em qualquer matéria entrevistando analfabetos, na situação de campo são eles que têm os conhecimentos, ou seja, “o pouquinho” que estamos “tentando aprender”. Podemos ter status, mas são eles que têm as informações e, gentilmente, compartilham-nas conosco. Manter em mente esse fator significa lembrar que estamos falando, não com “fontes” – e que estamos por elas sendo ajudados -, mas com pessoas”

(Alessandro Portelli, 1997)

3.1. Itajaí em dados: caracterização geral

A cidade de Itajaí, que foi colonizada por açorianos, tem o maior porto pesqueiro e um dos maiores portos de transporte de *containers* do Brasil. O fato de ter sido colonizada pelos açorianos faz dela uma região culturalmente diferente das cidades vizinhas onde predomina a cultura dominante dos colonizadores, os alemães e os italianos. Essencialmente urbana, com aproximadamente 157.000 habitantes e 304 Km², Itajaí tem sua economia baseada no porto, na pesca e no comércio e na agricultura, principalmente a do arroz. Em 2000, a população de crianças menores de 4 anos era de 13.235 crianças e a taxa de alfabetização era de 95%. Entre outras instituições, a Universidade do Vale do Itajaí, fundação de caráter privado, também é um importante marco da cidade, por ser hoje a maior Universidade do Estado.



Figura IV: Mapa do Estado de Santa Catarina e localização do Município de Itajaí

Fonte: <http://www.turismocatarinense.tur.br/mapas/mapa-sc-principais.gif>



Figura V: Vista da região portuária e central de Itajaí-SC.

Fonte: www.portoitajai.com.br/



Figura VI: Praia da Atalaia – Itajaí-SC.

Fonte: [www.cifrantiga.hpg.ig.com.br/ Itajai/itajai4.html](http://www.cifrantiga.hpg.ig.com.br/Itajai/itajai4.html)

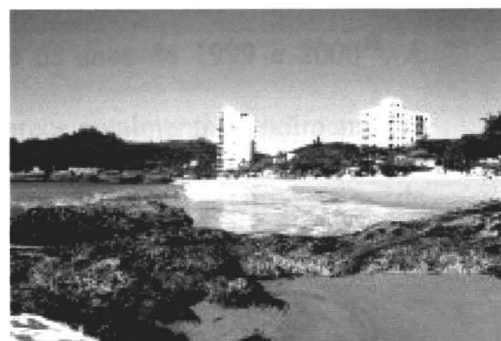


Figura VII: Praia de Cabeçadas

Fonte: www.radarsul.com.br/

Nas últimas décadas, alguns bairros periféricos da cidade tiveram crescimento populacional bastante intenso, transformando estas localidades em importantes regiões com o crescimento do comércio e do setor de serviços. A título de exemplo do que estamos afirmando, podemos citar os bairros de São Vicente e Cordeiros e os loteamentos Pró-Morar I e II.

A experiência de campo deste estudo se concentrou em Votorantim, que é um dos loteamentos do Bairro de Cordeiros, o maior da cidade. Na verdade, a escolha deste espaço para a pesquisa deu-se já no período em que realizamos a dissertação de mestrado em Saúde Pública, quando elegemos Votorantim como campo de pesquisa local onde também realizamos um trabalho de extensão universitária durante os anos de 1999 e 2000¹⁸. A Unidade de Saúde do Votorantim, inaugurada em 1996, oferece atualmente atendimento em clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia, atividades preventivas e de enfermagem. Vale ressaltar que a área construída da Unidade é bastante reduzida e já não comporta a demanda do serviço.

Em toda cidade, há hoje 13 Unidades Básicas de Saúde, 8 Policlínicas (Unidades com diversas especialidades médicas), 1 Unidade com Pronto Atendimento 24 horas (localizada em bairro vizinho à localidade do estudo), 1 Hospital Regional e 1 Hospital Infantil, cuja administração passou recentemente para a responsabilidade da Universidade do Vale do Itajaí. Há ainda um Centro de Referência da Saúde da Criança e da Mulher, um Centro de Orientação e Diagnóstico (para doenças transmissíveis), e o Hospital Dia, centro de atendimento ao portador de HIV e AIDS do município.

¹⁸ O trabalho de extensão universitária era constituído de atividades educativas e de estímulo à participação comunitária a partir de um grupo de hipertensos. Este grupo foi responsável pela criação de um horto de plantas medicinais nas dependências da Unidade de Saúde, com a participação da comunidade e da Universidade. Foram realizadas diversas atividades de educação em saúde vinculadas ao horto medicinal na cidade. Em 2001 o trabalho foi suspenso pela Universidade.

A incidência de casos de AIDS por 100.000 habitantes na cidade foi de 97,1 no ano de 2000, liderando a lista dos municípios brasileiros de maior incidência (Boletim Epidemiológico – AIDS 2004). O número de óbitos entre menores de um ano foi de 36 e entre crianças de 1 a 4 anos foi 7 em 2002. Em 1998, o coeficiente de mortalidade infantil em Itajaí foi de 24,34 por 1000. (DATASUS 2004).

O Programa de Saúde da Família foi implantado em algumas regiões do município. Votorantim não contava com este programa até a conclusão de nosso trabalho de campo em 2003. Itajaí comporta hoje uma estrutura de serviços médicos para atendimento particular, bastante ampla. São 52 estabelecimentos privados contra 34 públicos (IBGE, 2004). Também é visível a adesão aos planos privados de saúde na região.

As famílias desse estudo utilizam-se dos seguintes serviços: Unidade Básica de Saúde (UBS) de Votorantim, UBS Costa Cavalcante (em localidade vizinha), Pronto Atendimento São Vicente, Hospital Infantil e consultórios particulares.

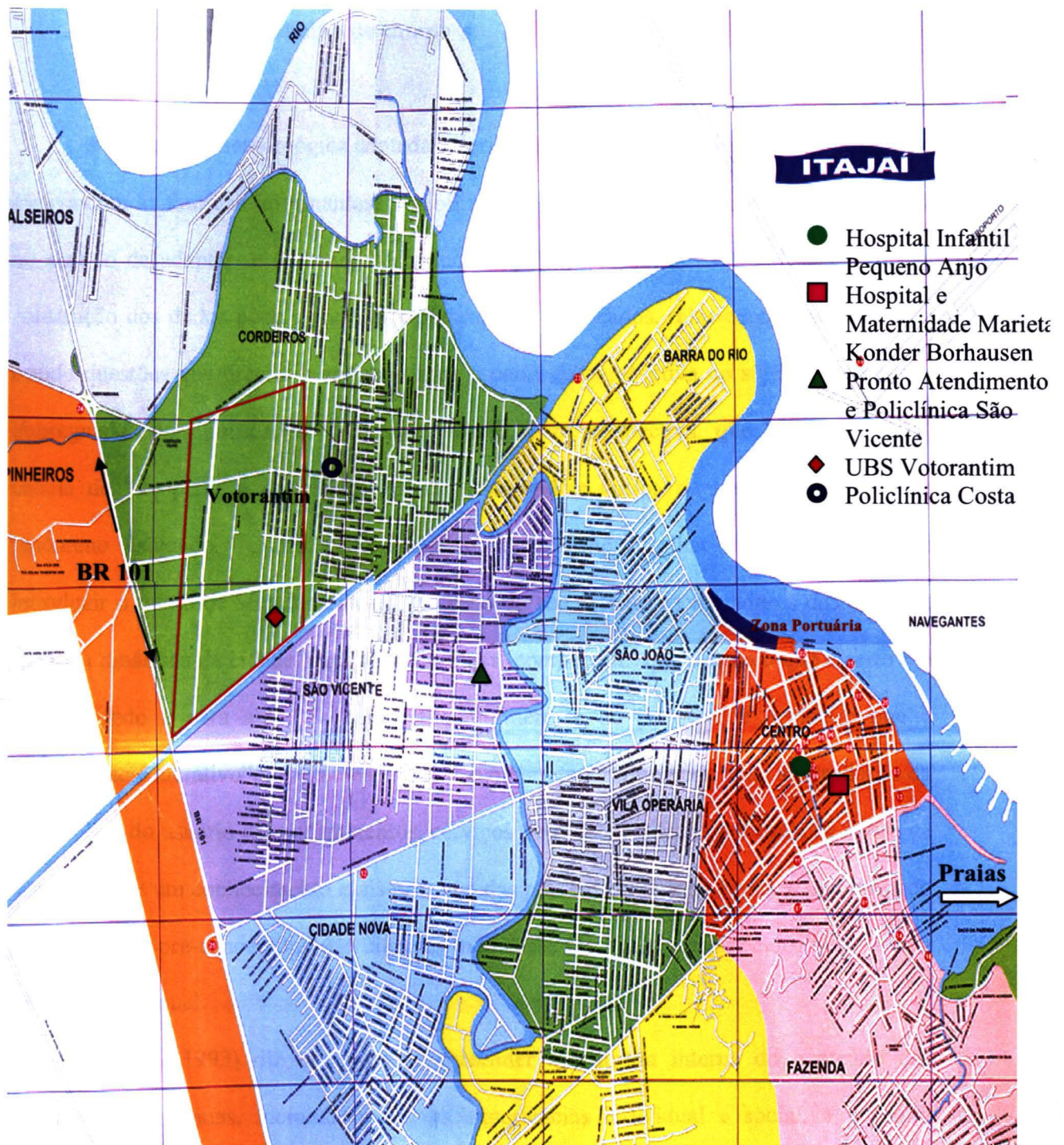


Figura VIII: Mapa da cidade de Itajaí, destacando o Loteamento Votorantim e os principais serviços de saúde da cidade.

Fonte: www.itajai.sc.org.br, adaptado

3.2. O início do trabalho de campo

A estratégia metodológica adotada priorizou uma relação suficientemente próxima e efetiva com as famílias informantes, flexibilizando, na medida do possível, as orientações, no sentido de adaptar-se às condições impostas pelo percurso do estudo. Desta forma, a construção dos dados pôde atender aos pressupostos colocados, relacionando ao objeto de estudo questões que precisam ser abordadas a partir da perspectiva do sujeito, fenômenos impregnados de significados, crenças e valores. Esta perspectiva, que Magnani (2002) chama de “de perto e de dentro”, permite incorporar outros pontos de vista sobre o fenômeno estudado. Assim como Magnani afirma que o olhar etnográfico permite introduzir o ponto de vista dos atores (no caso do seu estudo, os moradores das cidades) “sobre a dinâmica da cidade, para além do olhar ‘competente’ que decide o que é certo e o que é errado e para além da perspectiva e interesse do poder, que decide o que é conveniente e lucrativo”; afirmamos nós que o olhar etnográfico possibilita a introdução da perspectiva do usuário de medicamentos, serviços de saúde e práticas culturais de saúde na construção de um conhecimento mais próximo das práticas cotidianas e menos determinado pelos padrões pré-concebidos das ciências médicas e tão “bem estabelecidos” em nossa prática profissional.

Minayo (1993) diz que para compreender a natureza interna do conteúdo das experiências humanas, incluindo-se aí, as experiências individual e social, a primeira condição é a aproximação ao contexto vivido. Como o nosso objeto de estudo é o uso de recursos terapêuticos no âmbito familiar, é importante ressaltar a aproximação do pesquisador com as famílias como momento de grande importância para a apreensão do universo a ser compreendido. Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que a interação

social, conteúdo desta aproximação, também desperta no informante, sentimentos como interesse, suspeita, curiosidade, que vão se constituir em dados no contexto da pesquisa.

Embora a Unidade de Saúde não tenha sido nosso principal contato, no primeiro dia de trabalho de campo ali estivemos, reencontrando alguns funcionários, velhos conhecidos, sendo apresentadas a alguns novos e à coordenadora. Comunicamos-lhes que estaríamos novamente no bairro para uma outra pesquisa, explicando-lhes os objetivos e métodos. Alguns deles mostraram-se interessados, dispendo-se a ajudar no que fosse necessário. Queriam até mesmo selecionar possíveis participantes entre os usuários da Unidade. De nossa parte explicamos-lhes que não buscávamos apenas usuários, bem como não era nossa pretensão ir freqüentemente à Unidade uma vez que a pesquisa não estaria vinculada ao serviço de saúde.

Fomos também à mercearia central cuja proprietária já conhecíamos, para falar do trabalho. De imediato ela sugeriu que procurássemos uma família que estava morando sob uma ponte. Segundo ela, essa família “precisava mesmo de ajuda”. Apesar dessa incompreensão sobre as intenções da pesquisa, foi na mercearia que fizemos a primeira tentativa de conquistar participantes, ao aproximar de uma jovem, mãe de uma menina de mais ou menos três anos de idade. Esse contato e mais dois outros mantidos com mães na Unidade de Saúde mostraram-nos que um dos maiores entraves era o longo tempo que as pessoas deveriam dispor para participar da pesquisa sem receberem nenhum benefício concreto e imediato em troca. Essas primeiras reações aumentaram nossa resistência e desânimo frente à entrada no trabalho de campo. Salem (1978) descreveu esta barreira que, depois de transposta, percebe-se ser muito mais do pesquisador que do informante. A autora também se sentiu angustiada e temerosa, ao iniciar a busca de informantes. Esses sentimentos, parece, rondam muitos pesquisadores de campo. Piccolo (2003) confirmou

esses sentimentos dos pesquisadores, principalmente dos que vão propor metodologias menos estruturadas.

O exercício da procura de instituições e de possíveis informantes foi valioso no sentido de vencer os “fantasmas” da entrada em campo. Os primeiros encontros com informantes deram-se através da Unidade de Saúde e da farmácia do bairro. Em seguida pudemos desvincular a pesquisa das diferentes instituições da região.

A farmácia da localidade era administrada por uma ex-aluna nossa da Faculdade de Farmácia. Obtivemos dela uma relação de clientes da qual selecionamos cinco. Observamos na sala de espera pediátrica da Unidade de Saúde, caminhamos muito pelas ruas do bairro, conversamos com antigos conhecidos, sempre falando sobre a pesquisa. Assim, fomos “nos sentindo” em campo e colocando a comunidade a par da pesquisa, o que fez surgir uma sensação de segurança, que nos permitiu dar continuidade ao projeto. Nesse processo fomos identificando e conquistando famílias para o estudo.

Vencido o bloqueio inicial, e depois de ter iniciado o estudo com algumas famílias, começamos a caminhar pelas ruas para tentar conhecer melhor o lugar e a gente *do Votorantim*, como se diz lá. A região foi loteada há menos de 20 anos, embora algumas famílias residam ali há mais tempo, o que as faz portadoras de lembranças de uma localidade cuja paisagem era marcada por um matagal semi-alagado. Votorantim é cortado por uma avenida – a Mário Uriarte - considerada, até a poucos anos atrás, de pequena importância para o fluxo rodoviário de Itajaí. Recentemente a avenida foi asfaltada até a BR 101 que delimita a parte oeste do loteamento, próximo ao trevo de acesso à cidade de Blumenau. Por isso, nos últimos dois anos, o tráfego aumentou muito ali, principalmente o

de caminhões que fazem transporte de *containers* para o porto¹⁹. Muita gente atravessa a avenida diariamente (causa de muitos atropelamentos divulgado através dos meios de comunicação locais), pois a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a escola ficam próximas ao canal do rio Itajaí-Mirim (limite sul da localidade) e a maior concentração de casas está localizada do outro lado da avenida, na direção norte. Novas ruas estão sendo abertas e novos loteamentos começam a aparecer na área mais próxima à BR 101.

Geograficamente parece possível dizer que Votorantim é um subconjunto espacial de um bairro maior chamado Cordeiros.

¹⁹ Em toda a cidade houve drástico aumento do tráfego de caminhões de containers, constituindo hoje um sério problema para a cidade.



Figura IX: Unidade Básica de Saúde do Votorantim

Fonte: Arquivo Silvana Nair Leite



Figura X: Rua do Loteamento Votorantim.

Fonte: Arquivo Silvana Nair Leite

Os moradores transmitem uma sensação de que aquele é um lugar bom para viver. Apesar de estar a cerca de 9 Km do centro da cidade (é uma das localidades urbanas mais distantes do centro de Itajaí), nunca ouvimos referências à distância como um problema. As pessoas citam as vantagens do bairro tais como escola pública, UBS, comércio no local, e linhas de ônibus.

No Votorantim, como em outros bairros periféricos, ainda se encontram crianças brincando nas ruas. Uma parcela de mulheres trabalha fora e o bairro apresenta traços de relações informais marcantes. Pudemos perceber isso pelas muitas conversas de vizinhas durante a tarde, pelas conversas amistosas nos “mercadinhos”, na padaria e na sala de espera da UBS, indicando práticas relacionais de pessoas que se conhecem e se identificam.

Atualmente todas as ruas são asfaltadas ou calçadas, exceção feita à rua que contorna o canal do rio. Há uma diversidade muito grande de moradias. Lado a lado, encontram-se desde casas de madeira muito velhas e pequenas até construções novas, amplas e de bom acabamento. Praticamente todas as residências são cercadas ou muradas. Não é difícil encontrar moradias habitadas por mais de um núcleo familiar; ou mais de uma casa construída no mesmo terreno que abriga em geral, filhos que se casam e moram na mesma área que os pais.

As famílias que constituíram a amostra desse estudo apresentaram uma diversidade muito grande quanto à localização espacial no bairro, ocupação de terreno, distribuição de papéis sociais e relacionamento com a pesquisadora.

3.3. Pesquisador e famílias: uma relação conquistada no dia-a-dia do trabalho de campo.

A entrada do pesquisador em campo e os contatos iniciais com os informantes merecem atenção especial, pois marcam o surgimento de uma nova relação que se pretende, seja de confiança. Oliveira (1998), ao discutir o *ouvir* enquanto ofício do antropólogo, argumenta que este ouvir pode ganhar muito em qualidade e confiabilidade se for parte de um diálogo, de uma interação verdadeira, que só é possível entre interlocutores que se entendem em igualdade, respeitado o princípio da alteridade e, guardadas as diferenças entre os interlocutores. A relação a ser construída, portanto, não pode se basear apenas no interesse do pesquisador em receber as informações. Afinal, como bem expressa Piccolo (2003, p.64), “o processo de pesquisa é uma via de mão dupla”. A autora descreve uma série de testes que seus interlocutores aplicaram, “um rito de passagem” para o estabelecimento da relação com ela. Salem (1978) referiu-se aos questionamentos dos interlocutores sobre sua vida pessoal como parte importante do processo de pesquisa, pois informar-se sobre a vida pessoal do pesquisador é uma das maneiras através da qual os entrevistados situam o entrevistador em seus universos simbólicos e de representação. Portelli sugere que os pesquisadores devem inverter as recomendações tradicionais de neutralidade e distanciamento nos estudos de campo, indicando: “mostre-se aberto, fale sobre você, responda a perguntas” (PORTELLI, 1997,p. 22).

No nosso caso, a exemplo do que ocorreu com Salem, fomos muito mais questionadas sobre nossas atividades profissionais, vida pessoal enquanto mulher, mãe, itajaiense do que sobre o trabalho em andamento. Ao longo da pesquisa percebemos que, das mulheres interlocutoras, as que mais queriam saber sobre nossa vida pessoal eram as

que mais nos recebiam com naturalidade e sem cerimônia em suas casas. Sempre que explicitávamos nossa posição como mulher e mãe e, sempre que elas liam essas posições como muito semelhantes às delas, a distância entre nós diminuía e a interação tornava-se mais consistente.

Velho (1978), ao falar de mapas e códigos básicos que nos permitem conhecer e classificar os grupos de nossa sociedade fornece subsídios para entendermos a importância de como os interlocutores nos percebem no trabalho de campo e nas relações que com eles estabelecemos. Tanto nós pesquisadores quanto os pesquisados utilizamos cotidianamente estes códigos para que o mundo à nossa volta faça sentido, tenha uma lógica e nos dê mais conforto e segurança. Para alguns participantes do estudo foi difícil entender nossa atividade como pesquisadora. Categoria difícil de ser assimilada em seu “sistema de classificação”, algumas famílias criaram uma categoria para elas mais simples de assimilar. Quando se referiam a nós, diziam:- *a sua médica chegou*, ou, *a moça do papel do R está aqui*.

A decisão de não vincular nossa imagem à Unidade de Saúde, à Farmácia, ou mesmo à Universidade, parece ter sido acertada. De nossa parte, sempre nos apresentamos como o que de fato somos, sem que tivéssemos nos preocupado em corrigir a denominação que eles nos davam. Afinal, esta nova classificação de papel social a nós atribuída, além de não interferir negativamente na pesquisa, contribuía para que os informantes nos situassem em seus universos de representação social, facilitando a interação entre nós. Assim, as mães nos viam como conselheiras de saúde, de assistência social, adoção, leis de divórcio, de problemas sentimentais e conjugais.

O grau de interação pode dar um salto em situações em que, sem qualquer planejamento, o pesquisador atinge a linguagem e o universo cultural do interlocutor. Foi o

que aconteceu durante uma conversa com uma das informantes sobre a alimentação do bebê. A médica recomendara suco de laranja, mas ele não tinha gostado. Questionamos sobre os alimentos salgados, dando nossa opinião no sentido de que seria interessante que o bebê começasse a se acostumar com outros sabores. Surpresa, ela passou a relatar os alimentos que já estava oferecendo à criança: pedaços de carne, pão amanhecido, etc.

Essas coisas eu não falo para os médicos, eles querem que faça só o que eles pensam, querem mandar nos nossos filhos.

O privilégio de observar no cotidiano familiar permitiu contextualizar estas falas no arcabouço histórico e rico de significados que se apresentava, remetendo à reflexão de Pais (2001) de que “é difícil isolar a vida cotidiana da realidade social de que faz parte” (pg. 72).

A confiabilidade exigida para o estudo em profundidade está relacionada, ao menos, a duas questões. À que se refere Levi-Strauss (1996) sobre os modelos conscientes (normas, regras expressas) que regem relações sociais e comportamentos, mais fáceis de serem reconhecidas; e os modelos inconscientes, que não são expressos em palavras, conceitos, ou regras, mas que as norteiam. Podemos dizer que os modelos inconscientes guardam as motivações e crenças mais profundas que não são facilmente visíveis ou identificáveis. Dalmolin et al (2002) citando Malinowski (1980) afirmam que muitas vezes os membros da sociedade estudada não têm a compreensão dos significados dos atos, costumes, instituições. Segundo esses autores, não podemos esperar que nos contem os “porquês”, porque estes não representarão a compreensão que procuramos.

A estratégia utilizada neste estudo foi de recolher informações sobre as práticas de saúde no cotidiano da família, ouvindo seus relatos espontâneos sobre os episódios de enfermidades ocorridos sempre nas duas semanas que antecederiam os relatos e observando o ambiente familiar, mais que fazendo perguntas. Desta forma, procuramos identificar não

somente por meio do discurso, mas também através das práticas cotidianas, as motivações e crenças na relação saúde/doença/tratamento.

Outra questão importante relacionada à confiabilidade é a descrita por Booth e Booth (1994), citados por Daly et al (1998) sobre o tempo e a disposição do pesquisador para se entregar ao relacionamento e conquistar confiança. Esses autores estabeleceram com seus informantes uma relação muito mais próxima do que a que normalmente se espera de um estudo em saúde pública: fizeram várias visitas e deram vários telefonemas aos informantes, passaram-lhes seus telefones e endereços pessoais e, como retorno, recebiam ligações de informantes querendo marcar os próximos encontros. Os autores advogam que o informante que telefona para encontrar o pesquisador não pode estar predisposto a dar respostas evasivas.

No presente estudo, o grau de interação também foi bastante elevado. Com cada uma das famílias ocorreram de 16 a 20 encontros ao longo de 11 meses de trabalho. Laplantine (2000) diz que só se pode estudar o homem comunicando-se com ele, o que supõe que se compartilhe sua existência de maneira durável ou transitória. Requer-se vivência das experiências e abertura total para a cultura que se estuda. De fato, a experiência de se ter tido um relacionamento relativamente longo com os interlocutores demonstrou que esta é uma condição necessária para esse tipo de estudo. Assim como ocorreu com Booth e Booth, algumas revelações – relativas às relações familiares, especialmente – surpreenderam-nos depois de oito, nove meses de encontros quinzenais, por nunca terem sido antes abordadas. Algumas mães passaram a nos considerar uma *amiga*, apesar de nossa clareza e insistência sobre os nossos reais objetivos. Todo encontro tinha uma finalidade concreta que era a troca do calendário, instrumento do estudo. Mesmo

assim, fomos confidentes de situações sigilosas e delicadas, a exemplo do que ocorreu com Salem (1978) em suas entrevistas com famílias. Não deixemos nosso telefone como fizeram Booth e Booth, mas se não conseguíamos ir à casa de alguma das famílias no dia marcado, nossas informantes esperavam-nos ansiosas e preocupadas no dia seguinte.

Cada família estabeleceu o tipo de relacionamento que julgou o mais apropriado, fazendo emergir a grande diversidade existente entre os grupos tão esquecidos pelos programas massificadores das ações de saúde. Nesse processo, as famílias encenaram e explicitaram diferentes papéis da trama da vida cotidiana no cenário do ambiente familiar.

3.4. A inserção no âmbito familiar

Ao discutir a questão da confiabilidade e da interação entre pesquisador e informante, nossa intenção nesse estudo foi não apenas a de perceber estes conteúdos relacionais entre nós e as pessoas que entrevistamos. Na verdade, interessou-nos entender a questão da confiança e da interação entre nós, na condição de pesquisadoras, e as mulheres enquanto veiculadoras de papéis sociais como os de mães e avós responsáveis pelas crianças, desempenhando suas funções no ambiente familiar. Nesse sentido, foram as informantes que regularam o que nos poderia conhecer da realidade familiar, de suas intimidades e particularidades. Aqui vale reconhecer que um espaço definido pela intimidade apresenta duas formas de realidade: a de dentro, a própria intimidade, e uma realidade que é exposta para fora, para o público. Arendt (2000) alega que na convivência entre estes dois mundos há certas coisas que precisam ser ocultadas e outras que devem ser

expostas em público para que passem a adquirir uma forma de existência. O que é exposto deve ser adequado para esta aparição, através das narrativas.

O mundo particular que a família representa, é assim descrito por Duby:

“(...) esta zona de imunidade oferecida ao recolhimento, onde todos podemos abandonar as armas e as defesas das quais convém nos munir ao arriscar-nos no espaço público; onde relaxamos, onde nos colocamos à vontade, livres da carapaça de ostentação que assegura proteção externa. Este é o lugar da familiaridade. Doméstico. Íntimo.” (DUBY 1989 p.10)

É por estas características da privacidade, da imunidade, da proteção ao olhar externo, que este espaço é, além de ideal romântico, também o espaço privilegiado para a violência, para práticas não usuais ou não aceitas por uma cultura ou o modelo vigente. Para Marins (1998), além dos hábitos da pobreza e miséria, as intervenções no âmbito familiar empreendidas pelo poder do movimento higienista expulsaram também as atividades tradicionais das famílias, como as práticas populares de saúde. Apesar dos esforços da educação higiênica para padronizar e “civilizar” os costumes familiares (Costa, 1999), há todo um histórico de resistências.

Alonso (2003) sugere que a família, no confronto com todas as estratégias históricas ou atuais de intervenção, constitui-se em um sítio de resistência marcado pelo desejo de autonomia, imprimindo o seu jeito de viver o dia-a-dia, fazendo as coisas do seu modo. É por isso que defendemos a idéia de que o pesquisador que se propõe investigar a família, em qualquer um de seus aspectos, deva se desvencilhar de uma postura semelhante à de um agente “normatizador” da educação higiênica, como Costa (1999), criticamente, o nomeou.

De qualquer modo, o pesquisador representa “o outro”, o público. Portanto, o que a ele será exposto (desprivatizado, exposto ao público) pode, para tanto, sofrer adequações

Goffman (1985) expõe essa questão como uma condição de negociação. Para ele, a família e “os outros” utilizam meios para regular as impressões que são formadas a seu respeito, enquanto desempenham seus papéis. Esta teatralidade na interação família/ público não deve, entretanto, ser tomada como fato negativo, mas sim como a forma encontrada por ambas as partes para poder interagir e ao mesmo tempo proteger sua individualidade, suas características particulares.

Mas não é justamente o cotidiano privado com suas características particulares que nos interessam? A teatralidade a que Goffman se refere pôde, em nosso estudo, ser percebida em diversas ocasiões, como quando as mães colocavam rapidamente um calçado nas crianças ou limpavam seus rostos quando nós chegávamos, ou ainda, em outro exemplo, a mãe – trabalhadora em serviço de saúde – que, de forma teatral, negou a auto medicação, dizendo sobre a filha: *ela só toma medicamentos com receita médica*. A observação ao longo dos meses e a coleta de informações junto à bisavó da criança confirmaram a nossa desconfiança. De fato, como a mãe sabia que o discurso oficial é contrário à auto medicação e, sabia também, que somos profissionais de saúde, resolveu esconder a prática “condenável”. Se superar a teatralidade e observar a intimidade não são tarefas fáceis, é possível, pelo menos, reconhecer a sua prática e sua influência na construção das relações, para considerá-las na interpretação dos dados.

Conquistando a confiança dos interlocutores e contando com o tempo de convivência, a qualidade dos dados aprimorou-se substancialmente, pois as “defesas” da intimidade familiar foram se dissipando. Começamos a fazer parte do universo “mais íntimo”, ou pelo menos, “menos estranho”. Parece que a adoção e o desenvolvimento desta estratégia metodológica, possibilitaram-nos adquirir condições de avaliar a complexidade e os significados das observações realizadas para construir os dados aqui apresentados.

3.5. A utilização de instrumentos de coleta de dados no trabalho de campo.

A forma de obtenção dos dados também demonstrou grande influência sobre esta relação “revelar/esconder”. No início do trabalho de campo havia uma preocupação “formal” com o método. Preparamos uma “estrutura” para a coleta de dados. As idas a campo e coleta de dados foram planejadas como uma rotina objetiva ancorada em instrumentos de coleta que incluíam: questionários com questões semi-estruturadas, formulário e calendário para anotações bem definidas, entrevistas gravadas em intervalos pré-definidos, além das observações livres anotadas em caderno de campo. Tudo isso se deveu ao fato de que a etnografia é, inicialmente, difícil de ser exercitada por nós, profissionais de saúde com formação técnica específica. Mesmo assim, ter uma rotina bem estabelecida para ir a campo “sabendo” o que fazer, é preocupação antiga para os pretendentes a estudos antropológicos, como cita Da Mata (1978).

Porém, como “objeto de estudo indisciplinado” que é, para citar Sevalho e Castiel (1998), a relação saúde/doença e as formas de lidar com ela, e acrescentamos aqui ainda o cotidiano e o ser humano, não podem ser capturados em esquemas rígidos e bem delimitados. Da Matta também reafirma o quanto o percurso de estudos etnográficos guarda de improvisos, surpresas e sentimentos que, normalmente, são omitidos dos relatórios.

Por isso, nesse estudo todo o planejamento elaborado para a obtenção dos dados teve de se flexibilizar, a fim acompanhar a dinâmica própria de cada família: para manter um estudo de longa duração sem perder a confiança dos participantes e a confiabilidade dos dados coletados, o pesquisador tem que se adaptar, tem que ter sensibilidade para seguir seu

campo sem impor uma dinâmica “artificial” para aquela família. Como nos ensina Velho (2003, pg. 18), “cada pesquisador deve buscar suas trilhas próprias a partir do repertório de mapas possíveis”. Assim, os instrumentos de obtenção de dados voltados a dar “estrutura” e segurança ao trabalho de campo serviram para regularizar os encontros e criar uma rotina que, em última instância, constituiu-se em condição necessária para a interlocução desejada. Em outras palavras, os instrumentos subsidiaram a interação com as famílias.

Na regularidade dos encontros, a intimidade da família, suas práticas e anseios transformaram-se em dados que, juntamente com os obtidos através dos outros instrumentos, formaram o repertório para o estudo.

Os instrumentos formais de obtenção de dados foram: termo de aceite consciente; formulário sobre o perfil da família, com dados sobre a constituição familiar, fontes de renda e grau de instrução; calendário estruturado para preenchimento da família; formulário para anotações do pesquisador para cada calendário preenchido; entrevistas preparadas e realizadas periodicamente, e, após a conclusão do tempo estimado de acompanhamento das famílias e o diário de campo.

- a) Termo de Aceite: O processo de apresentação da pesquisa aos possíveis participantes foi o seguinte: apresentava-nos como farmacêutica que trabalha na UNIVALI (instituição amplamente conhecida pela população itajaiense) e estudante de saúde pública da Universidade de São Paulo, ressaltando que nosso estudo não tinha nenhuma vinculação com instituições locais; termo de consentimento, enfatizando a não obrigatoriedade de participação. Algumas famílias concordaram imediatamente em participar do estudo, mas, também e principalmente nesses casos, entregamos-lhes um termo de consentimento com os esclarecimentos sobre a

pesquisa. Orientávamos para que lessem e discutissem com as famílias a participação, marcando uma data para que nos entregassem o termo assinado.

Termo de participação consciente.

A pesquisa chamada "Recursos terapêuticos adotados no âmbito familiar para tratamento de crianças de 0-5 anos no município de Itajaí-SC" tem como objetivo conhecer o que as famílias utilizam para tratar problemas de saúde de crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Itajaí-SC, como e por que utilizam estes recursos.

O participante contribuirá:

- preenchendo um calendário semanal sobre a ocorrência de qualquer enfermidade ocorrida com a criança e seu tratamento;
- responder a entrevistas marcadas com antecedência pela pesquisadora.

A pesquisadora se compromete a:

- marcar horários para as visitas de melhor disponibilidade para o participante;
- não divulgar o nome do participante em qualquer circunstância;
- garantir a participação livre. A qualquer momento a pessoa pode deixar de participar da pesquisa, e isso não trará qualquer consequência para a pessoa ou sua família.

Consciente dos objetivos do estudo e das condições para participação, aceito colaborar com o estudo, preenchendo os calendários e concedendo as entrevistas.

Silvana Nair Leite Contezini

Participante da pesquisa

Figura XI: Termo de participação consciente

b) Formulário do perfil familiar: Depois da família ter decidido participar da pesquisa, e, depois de nós termos realizado a segunda visita, era chegado o momento de levantar o seu perfil e de estabelecer quem seria o responsável pelos dados. Se os filhos moravam com as mães, em geral, eram elas as responsáveis pelos dados; porém, se a avó morasse junto, era ela quem nos recebia para as visitas e quem, também, ficava responsável pelos dados. Se assim não fosse, pelo menos, ela acompanhava as entrevistas, dando informações adicionais. Em dois casos, as filhas mais velhas, portanto as irmãs mais velhas das crianças em questão, desempenharam este papel. Em um outro caso em que moravam em casa da mãe duas jovens mães, uma dessas jovens era, inicialmente, a responsável pelos dados, mas, na metade do percurso, somente a avó estava em casa nos horários de encontro e era ela quem se responsabilizava pela anotação dos dados. É interessante notar que em uma família a mãe e responsável omitiu neste formulário inicial a coabitação de um segundo companheiro (ela disse que era viúva) e de um dos filhos mais velhos, dados que observamos ao longo do estudo.

Algumas mulheres disseram não saber sua renda familiar, nem mesmo aproximadamente, embora a observação levou-nos a um cálculo aproximado desta renda.

FORMULÁRIO

1. Responsável pelos dados para a pesquisa: _____

Endereço:

Tempo de residência:

Renda familiar:

Fonte da renda:

Proximidade com a Unidade de Saúde:

2. Dados da família:

Formação : _____

1. Nome:

Idade:

Grau de instrução:

Profissão:

Estado civil:

2. Nome:

Idade:

Grau de instrução:

Profissão:

Estado civil:

3. Nome:

Idade:

Grau de instrução:

Profissão:

Estado civil:

4. Nome:

Idade:

Grau de instrução:

Profissão:

Estado civil:

3. Dados da criança:

Data nascimento:

Doenças recorrentes:

Atividades cotidianas:

Escola:

Figura XII: Formulário de perfil familiar

c) Calendário: O instrumento mais estruturado de obtenção de dados utilizado na pesquisa foi uma espécie de calendário semanal, contendo espaços para anotação de episódios de enfermidades. Este calendário continha uma legenda sob forma de figuras ilustrativas de sintomas de enfermidades usuais em crianças da faixa etária selecionada para o estudo, cuja finalidade era a de facilitar a anotação dos sintomas por parte dos responsáveis. A criação desse calendário inspirou-se no modelo que LeGrand et al (1993) utilizaram em comunidades da Tailândia para coleta de dados sobre recursos terapêuticos.

A escolha das enfermidades constantes do quadro de desenhos ilustrativos baseou-se em alguns estudos relativos a consumo de medicamentos por populações infantis, como o estudo de Béria et al (1993) que relata os principais motivos para o consumo de medicamentos na faixa etária de 35 a 56 meses no sul do Brasil (gripe, febre, falta de apetite, tosse, vermes, diarreia, bronquite, fraqueza). Weiderpass et al (1998) aponta entre os motivos para o consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida, também no sul do Brasil: cólica, candidíase, resfriado, conjuntivite, impetigo, fraqueza, febre, tosse, otite e dermatite de fraldas. Já Balasubramaniam (1996) cita entre os medicamentos de venda livre mais comumente consumidos e considerados não essenciais, aqueles indicados para gripe, estimulantes de crescimento, estimulantes de apetite, multivitaminas e antidiarreicos. Entre os mais prescritos por pediatras, o mesmo autor cita os medicamentos para dor, resfriado, preparações dermatológicas, antibióticos e antialérgicos.

Foram escolhidos sintomas referentes a enfermidades que costumam ser tratadas tanto de forma caseira quanto com prescrição médica. No entanto, não foram encontradas referências para os sintomas de enfermidades somente consideradas e tratadas popularmente. Um caso incluído no calendário foi o da “arca caída”, enfermidade muito conhecida na região litorânea do Estado de Santa Catarina segundo Boehs et al (1993). A

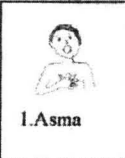
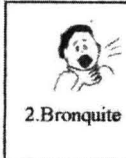
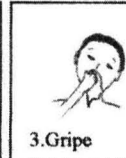
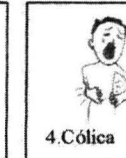

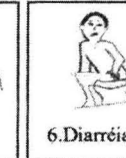
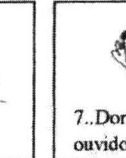


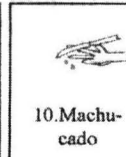
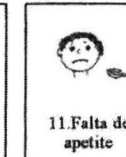
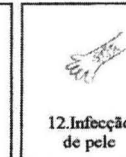
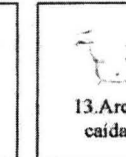
intenção de incluir este tipo de enfermidade entre as citadas no calendário foi a de demonstrar que nós reconhecíamos esta doença normalmente diagnosticada, tratada e comentada apenas no plano popular, estimulando, dessa forma, que outras enfermidades do tipo, mesmo que não citadas no calendário, pudessem ser relatadas. As informantes foram constantemente estimuladas a relatar até os episódios considerados sem importância ou, os que não receberam qualquer tratamento.

ALGUM PROBLEMA HOJE? DATA: ___/___/___
 DATA MARCADA PARA A COLETA: ___/___/___

Nome da criança:

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

 1. Asma	 2. Bronquite	 3. Gripe	 4. Cólica	 5. Vermes	 6. Diarréia	 7. Dor de ouvido
 8. Fraqueza	 9. Febre	 10. Machucado	 11. Falta de apetite	 12. Infecção de pele	 13. Arca caída	

Nome do Responsável:

Figura XIII: Calendário adaptado de Legrand et al (1993).

No entanto, durante a pesquisa de campo, pudemos perceber que apesar de estimuladas a citar todo tipo de enfermidade, a relação que as responsáveis colocavam nos pictogramas restringia-se à anotação no calendário. A linguagem utilizada para designar as enfermidades no calendário foi influenciada por nossa formação biomédica, o que também pode ter restringido as anotações. O relato oral dos acontecimentos da semana que passou a ocorrer livremente nos encontros com a maioria das famílias possibilitou recuperar estes episódios impossíveis de serem relatados com a aplicação de uma metodologia de coleta mais restritiva.

A inclusão da “arca-caída” no elenco de enfermidades possibilitou a discussão do tema, mesmo sem ter havido relatos desta enfermidade com as crianças pesquisadas durante o trabalho de campo. Os relatos falavam de outras pessoas acometidas pela doença e de crianças pesquisadas que tinham tido “arca-caída” em períodos anteriores à pesquisa. Como as informantes teceram muitos comentários sobre esta doença, afirmando que a “arca-caída” não era uma doença tratável pela medicina oficial, decidimos entrevistar três médicos pediatras das duas unidades de saúde mais utilizadas por nossas informantes, no sentido de perceber a visão deles sobre a questão. As entrevistas foram realizadas e gravadas com a devida autorização dos médicos, nas unidades de saúde em horário normal de atendimento.

A discussão desse assunto levou as interlocutoras ao relato de outras enfermidades tratadas com benzimentos, como a “febre no estômago” e o “mau-olhado”.

O uso do calendário para que as informantes não esquecessem de nada atingiu seu objetivo durante o período de formação da rotina. De fato, no decorrer do estudo as informantes adotaram a metodologia proposta, sempre tinham o calendário à mão com as anotações em dia. No entanto, em alguns casos os calendários nunca eram encontrados no

dia do retorno ou nunca estavam preenchidos. Quando isso ocorria, imediatamente nós disponibilizávamos outro calendário, ou, diante da informante, íamos preenchendo o que ficara em branco.

A rotina de relatar os acontecimentos das duas semanas anteriores aos encontros foi bem incorporada pela maioria das informantes, tanto entre as que utilizavam efetivamente o calendário quanto entre aquelas que, desde do início, não se adaptaram ao preenchimento do mesmo. Neste caso, o relato seguido de algumas perguntas para detalhamentos passou a ser a mais rica fonte de informações.

Esses relatos espontâneos dos acontecimentos recentes possibilitaram que o estudo não ficasse focado no estudo da utilização de medicamentos. Os estudos de utilização de medicamentos restringem-se a questionar o seu consumo, em certo período anterior à entrevista. Dessa forma, a resposta dos informantes fica limitada ao que ele entende que seja medicamento, provavelmente excluindo o que é conhecido como “remédio” ou outras terapias, principalmente as consideradas não oficiais. Dados sobre enfermidades que são resolvidas sem “medicamentos”, por exemplo, não são contemplados.

Os calendários foram recolhidos a cada duas semanas até completar cerca de 9 a 10 meses de estudo para cada família, possibilitando o acompanhamento em períodos de diferentes condições climáticas. Os horários e dia da semana para cada visita foram previamente acordados com a responsável pelo calendário na família. Depois das primeiras semanas, quando já havia um relacionamento mais “informal”, não era mais necessário seguir um horário rígido, mas abria-se um leque de horários possíveis, conforme a disponibilidade da informante.

d) Formulário para anotação dos relatos detalhados: na proposta inicial, as perguntas do formulário estavam organizadas de tal modo que as informantes deveriam responder, em espaço e seqüência determinados, a perguntas que tinham por objetivo detalhar os episódios relatados nos calendários. Porém, já nas primeiras semanas do estudo, o instrumento mostrou-se ineficaz porque as informantes não relatavam os acontecimentos na ordem que imaginávamos e, também, não aguardavam que nós indagássemos sobre cada questão; ao contrário, elas usavam a forma que lhes parecia a mais lógica. Boltanski descreve esta complexidade dos relatos, explicando que “é da natureza do conhecimento popular não se expressar de maneira sistemática ou teórica, também é verdade que a consciência aguçada da ilegitimidade das representações populares da doença contribui ainda mais para entravar sua elaboração e verbalização” (Boltanski, 1989, p.70).

Formulário de acompanhamento:

1. Sobre o evento citado, que ocorreu no dia.....: foi um sintoma grave, fraco ou médio?
2. O que foi feito para tentar melhorar o problema?
1ª opção:
2ª opção:
3. Há quanto tempo havia sintomas antes de começar o tratamento?
4. Quem indicou o tratamento?
5. Se mais de uma opção foi utilizada, qual funcionou melhor, na sua opinião?
6. Qual a fonte do tratamento (farmácia, posto, vizinhos, rezador)? Pagou pelo tratamento?

-
1. Sobre o evento citado, que ocorreu no dia.....: foi um sintoma grave, fraco ou médio?
 2. O que foi feito para tentar melhorar o problema?
1ª opção:
2ª opção:
 3. Há quanto tempo havia sintomas antes de começar o tratamento?
 4. Quem indicou o tratamento?
 5. Se mais de uma opção foi utilizada, qual funcionou melhor, na sua opinião?
 6. Qual a fonte do tratamento (farmácia, posto, vizinhos, rezador)? Pagou pelo tratamento?

* Além destes tratamentos, algum outro remédio ou vitamina foi administrado para a criança neste período?

Figura.XIV: Primeiro modelo de formulário de acompanhamento

Diante desses obstáculos, decidimos por um formulário que nos permitisse anotar esquematicamente, as informações que mais interessavam, de tal modo a “limpar” os relatos. Assim, criamos o segundo modelo de formulário. Para alguns episódios os espaços planejados foram suficientes, para outros, havia tantos dados relevantes, que os espaços eram insuficientes e as anotações acabavam ocupando todos os espaços livres fora dos quadros. Na verdade, é praticamente impossível restringir a história do surgimento, tratamento, desfecho e interpretação de uma enfermidade em um espaço pré-determinado.

O relato era sempre estimulado por perguntas do tipo: “foi a primeira vez que aconteceu ou que utilizou este remédio?”, “você já conhecia este tratamento?”, por que você decidiu levar àquele posto e não ao outro?”, “o que você achou do tratamento que o médico passou?” Além de outras que dependiam do contexto do relato.

Os momentos que chamamos de *visitas* ou *encontros* seguiram, de forma geral, os princípios dos “*meetings*” de Booth e Booth que envolve: estar preparado para se adaptar de acordo com as necessidades emocionais e as respostas dos informantes²⁰; não chegar com uma lista predeterminada de questões e sim pronto para escutar; deixar o informante determinar o quanto e o que vai falar sobre um episódio.

²⁰ Em algumas visitas era quase impossível falar da saúde dos filhos porque a mãe precisava falar sobre outros problemas, como os conjugais, por exemplo. Vale dizer que isso foi respeitado.

DATA:

NOME DA CRIANÇA:

NOME DO RESPONSÁVEL

Sobre o evento ocorrido no dia

Sobre o evento e sua identificação	1ª opção de tratamento	2ª opção de tratamento	Desfecho do evento	Observações

Figura. XV: Segundo modelo de formulário de acompanhamento.

e) entrevista final: estava programado que, aproximadamente uma vez por mês, seria realizada uma entrevista semi-estruturada preparada a partir das informações coletadas nos últimos calendários e formulários. Realizamos três entrevistas nessa modalidade. No entanto, isto implicava em recontar as histórias que já haviam sido relatadas nos encontros quinzenais. Por isso, as informantes expressaram uma certa indignação. Afinal, tratava-se de uma atividade repetitiva. Na verdade, era nas visitas quinzenais que elas estavam prontas e dispostas a relatar com detalhes os episódios.

Vale dizer que o uso de gravador, apesar de autorizado pelas informantes, modificava nitidamente a espontaneidade dos relatos, fazendo com que elas tivessem mais cuidado no emprego das palavras, levando-as, assim, a retomar seus papéis no “teatro”.

Descartamos, então, a proposta de entrevistas mensais, mantendo apenas a da entrevista final realizada entre um e dois meses após o término do período de coleta quinzenal de calendários. Esta entrevista final foi preparada depois de ter sido iniciado o tratamento dos dados, o que nos permitiu elaborar questões importantes para aprofundar a compreensão de crenças, de valores referentes a práticas citadas durante o estudo, e mesmo para retomar dúvidas sobre alguns eventos relatados.

Além disso, pudemos identificar a forma como a mãe ou responsável, que atuou como informante por um período longo, está observando a saúde depois do contato conosco.

Apesar da previsão de trabalhar com 30, percebemos que o estudo com 15 famílias demandava tempo e dedicação mais que suficientes para nossa condição de pesquisadora. Além das dificuldades práticas já descritas, o volume de informações advindo da coleta de dados era indicativo forte de que o tempo previsto para o nosso estudo – 9 meses – não comportaria mais nenhuma ampliação de dados. Interessante ressaltar que a diversidade de

características pessoais, de condições econômicas e sociais, de relações de parentesco das famílias pesquisadas comporta uma riqueza muito grande de elementos para a análise.

3.6. As famílias participantes do estudo

Para compreender a construção dos enfrentamentos dos problemas de saúde das crianças e a dinâmica própria de cada família, é preciso que se contemplem suas condições e modos de vida cotidiana.

Começamos, pois, a pensar o que significa família para os grupos pesquisados. A definição de família tem sido objeto de debates e artigos, ressaltando a diversidade e importância histórica das formações grupais familiares existentes na sociedade e, mais recentemente, das estratégias de saúde legadas à família como forma fundamental de organização e regulação da sociedade. A proposta de Menendez (1992) pode trazer uma boa contribuição para o debate: referimo-nos à caracterização de “grupo doméstico” ao invés de família como unidade que desamarra as definições pré-estabelecidas por forças culturais dominantes, geralmente preconceituosas e marginalizadoras. Neste estudo, procuramos definir família (que também chamamos de grupo familiar) como aquilo que as informantes transmitiram durante o processo da pesquisa, como um sentimento de “sua família”. Em alguns casos, isto representava todos os residentes em uma propriedade, em outros os residentes de uma mesma casa representavam famílias diferentes.

O fato de ter passado muito tempo junto as famílias – relacionando-nos às vezes com todos, às vezes com parte dela, ou apenas com a mãe ou responsável pelo grupo familiar – possibilitou-nos conhecer melhor o ‘processo de viver da família’ (Althoff et al 1998), a partir de sua estrutura interna, hierarquia de poder, relações afetivas, formas de

acesso aos recursos econômicos e sanitários e o “lugar” que nela ocupa a saúde ou os cuidados de saúde. Mais que isto, permitiu-nos acompanhar de perto as crises familiares por motivações sentimentais, econômicas, relacionais, bem como reconhecer a relação entre este contexto e os cuidados de saúde.

A seguir, destacamos as características e acontecimentos que expressam a percepção que construímos sobre a dinâmica, o processo e a singularidade das histórias das famílias participantes deste estudo, a partir das representações da mãe ou responsável pelas crianças de cada família.

A família de Lizete

Esta foi a primeira família a participar do estudo. Lizete tem 48 anos de idade, é casada e tem quatro filhos: um que já está no segundo casamento, outro rapaz e duas moças que participam ativamente dos cuidados com o menino de quem passamos a falar. Victor é filho de Sheila, uma antiga vizinha de Lizete. Prostituta e alcoólatra, Sheila já tinha uma filha de 7 anos e estava grávida de Victor, quando Lizete a conheceu. Sensibilizada com a situação de Sheila, Lizete passou a ajudá-la: convenceu-a a deixar a prostituição, a entrar para a Igreja Evangélica, religião praticada por Lizete e sua família, e trabalhar na salga²¹. Com isso, Victor foi ficando sob os cuidados de Lizete e suas filhas. Primeiro passava alguns dias da semana em casa dela, depois a semana toda até apegar-se enormemente à família. Lizete foi gradativamente restringindo as visitas da mãe sob a alegação de que ela é “relaxada e pouco higiênica”. Victor está sendo criado como um filho adotivo. Como mãe adotiva disse-me que andava receosa de que Sheila fosse embora da cidade, levando o menino. A seu favor, é bom que se diga que Lizete foi procurada pela Assistência Social do município que a incentivou a adotar a criança legalmente. Ao final da pesquisa de campo, Lizete pediu-nos que testemunhasse em seu favor num possível processo de adoção.

²¹ Empresas típicas da cidade, do ramo de beneficiamento de peixes. A maioria das pessoas considera a salga um trabalho ruim.

A enfermeira Rosana

Rosana é enfermeira na Unidade de Saúde do Votorantim. Inicialmente, tínhamos planejado não incluir no estudo famílias que tivessem membros ligados ao serviço de saúde. Rosana porém, convenceu-nos de que poderia participar do estudo. Ela pediu para ficar com um calendário, a fim de preenchê-lo de acordo com as instruções. Já na primeira quinzena, por ocasião do relato dos episódios anotados no calendário, percebemos que Rosana trazia uma combinação de conceitos populares com conceitos biomédicos que poderiam ser muito interessantes para o desenvolvimento do trabalho. Por isso, ela continuou no estudo até abril, quando pediu licença. Depois disto não a encontramos mais, porque os nossos encontros eram na Unidade de Saúde. Não íamos a sua casa, porque Rosana tinha dois empregos, sendo, por isso muito difícil encontrá-la.

Ela tem 36 anos, trabalha em duas unidades de saúde e ainda fazia, à época de nosso trabalho de campo, pós-graduação aos finais de semana. Tem um filho de 15 anos que mora com ela embora seja de outro casamento; tem ainda, a filha e o atual marido, de 30 anos. Ela pagava para que a sogra ficasse com a menina até há pouco tempo atrás. De repente, a sogra recusou-se e, por isso, Rosana colocou-a em uma creche particular. É um exemplo típico da mistura de culturas, recorrendo a explicações para doenças e tratamentos tanto no plano profissional quanto no popular, sem uma ordem fixa.

A família de Ana Maria

Ana Maria foi indicada para o estudo pela farmacêutica. Tem 40 anos de idade, estudou somente até a 4ª série do ensino fundamental, é casada e sempre foi dona de casa. Tem uma filha de 22 anos e três meninos de vinte e um, dezenove e dezessete anos de idade, respectivamente. Há pouco tempo nasceu Augusto, o “temporão”. Ana Maria não parece vaidosa nem preocupada com a própria saúde, ou com a arrumação da casa que é de alvenaria, mal cuidada e, com poucos móveis. Nunca falou com muito carinho do marido caminhoneiro. Um de seus filhos tem *problemas com drogas*, como ela mesma diz.

Depois de meses de encontros, ela confidenciou-nos que estava com problemas com a amante do marido que tinha por hábito interferir em sua vida doméstica. Seu grande medo era o de perder a casa e o sustento do filho, caso resolvesse pedir a separação.

A família de Elenir

Elenir, outro contato da farmacêutica, mora em uma casa simples, de madeira, em um terreno em que também mora sua filha mais velha com o marido e um filho. Tem 38 anos de idade, estudou até a 4ª série do ensino fundamental e sempre foi dona de casa. Teve a primeira filha com aproximadamente 16 anos da união com um rapaz de descendência negra, seu atual marido, hoje com 42 anos de idade que exerce a profissão de motorista e ganha 400,00 para o sustento de toda a família. Na casa também moram, além do casal, Marcelo, um filho de 5 anos de idade, outro filho de 13 anos, o sogro e uma menina retirada de um orfanato aos 5 anos, hoje com 11 anos de idade.

Elenir gosta muito de conversar, de contar as façanhas em suas andanças pelos serviços públicos. Fala direto com os políticos, com a secretária de saúde do município, trabalha para candidatos nas eleições. Trata os médicos da cidade como velhos conhecidos, reclamando dos serviços de saúde. Diz que costuma ler livros de “medicina”, do tipo “Onde não há médico, medicina natural” e outros tipos de literatura popular sobre saúde. Considera-se entendida no assunto, interfere nas consultas médicas dando opiniões, pedindo exames – sempre acha que precisa de uma ressonância magnética, uma tomografia...-, utiliza termos da biomedicina, às vezes com propriedade.

Em todos os encontros tinha muita coisa para contar, menos sobre o Marcelo e mais sobre os problemas familiares: o marido bebe todo fim de semana. Elenir e o filho vão procurá-lo nos bares tendo de dar conta da violência que a bebida provoca nele. Ela se preocupa com o constrangimento a que o pai submete o filho, bem como com o mau exemplo para a formação da criança. Sobre sua própria saúde, referia-se aos “problemas de coração, do estômago e dos nervos”.

Dona Dodô e suas netas

Dona Dodô também foi indicada pela farmacêutica. Ela é uma senhora de 73 anos, muito ativa, inteligente, figura conhecida na cidade. É professora aposentada e está cursando a universidade. Tem um livro de poesias que foi recentemente publicado. Enviuvou há 3 anos, o que a deixou muito abalada. Depois disso, levou a neta, Cláudia e a bisneta Verônica para morar com ela.

Cláudia tem 23 anos, trabalha na maternidade de Itajaí e está cursando o técnico em enfermagem. Dona Dodô paga o curso dela, as despesas da casa e uma pessoa para cuidar de Verônica quando ela não está em casa.

Em nosso estudo, dona Dodô assumiu o posto de informante. Quando Cláudia estava em casa procurávamos incluí-la na conversa, mas em geral ela nem ficava perto. Parece ser reflexo do dia-a-dia: a avó manda no pedaço, pagando as contas e decidindo tudo... Cláudia tenta viver do seu jeito: som ligado alto, jogada no sofá, etc. A avó repreende, reclama ao que Cláudia parece reagir com agressividade. Já com Verônica, a bisavó é muito carinhosa. Brinca com a menina, dá atenção, inventa travessuras...

Verônica frequenta a creche do bairro diariamente. As inúmeras histórias que dona Dodô conta sobre a época em que criou os filhos e sobre a profissão de professora são muito interessantes.

A família da Sabrina

Sabrina tem 19 anos e foi mãe de Eduarda aos 17. Casou com o pai da criança e foi morar com a família dele: sogro, sogra e cunhada. Moram numa casa grande e confortável. Parece que o sogro tem boa condição financeira. Ela fica em casa cuidando da menina e ajudando nas tarefas domésticas. Coursou o ensino fundamental. Apesar de morar junto, nunca percebemos interferência da sogra nos tratamentos da menina. Maria Eduarda tem glaucoma congênito, passou por uma cirurgia quando recém-nascida e recebeu tratamentos. Atualmente usa óculos. Agora faz acompanhamento com um médico especialista e tem um mesmo pediatra desde o nascimento. A família tem condições de manter os cuidados da menina em médicos particulares, por isso, Sabrina liga para o pediatra a qualquer evento.

Os calendários estavam sempre à mão. Sabrina é muito quieta, não contava nada sobre a vida familiar, embora tentássemos puxar assunto. Era comum ela dizer que não havia ocorrido nenhum evento. Na verdade, Sabrina respondeu ao estudo conforme o combinado, sem maiores envolvimento. Durante alguns meses ela trabalhou fora e os contatos ficaram mais difíceis.

Neide e sua família

A família de Neide também foi indicação da farmacêutica. Sua casa, de alvenaria, é velha e mal conservada. Lá moram: a simpática Rudiani (5 anos), João (1 ano e meio) e a avó Elza. D. Elza é uma senhora meio depressiva, sente muitas dores, reclama muito dos médicos que não resolvem seu problema. Durante o tempo que freqüentamos a casa, Neide e sua mãe estiveram às voltas com uma cirurgia de vesícula que deveria ser realizada para que dona Elza resolvesse o seu problema de saúde. Depois de um tempo de convivência descobrimos que dona Elza é benzedeira e benze, especialmente, arca-caida.

Neide tem 26 anos, estudou até a 7ª série do ensino fundamental e hoje trabalha como de ajudante de cozinha em um restaurante do Balneário Camboriú. Sai de casa no meio da tarde e só volta à meia noite. Neste período as crianças ficam sob os cuidados de D. Elza.

Tivemos um pouco de trabalho para saber a história de Rudiani. A menina é filha de um antigo namorado de Neide que era envolvido com drogas e já faleceu. O João é filho de um ex-patrão de Neide. O pai visita regularmente o menino, traz presentes e paga pensão (400,00, o mesmo que Neide ganha trabalhando). Rudiani é muito simpática e extrovertida, mas João é o xodó da mãe e da avó.

No fim do estudo estivemos lá para visitá-las, mas elas haviam se mudado. Venderam aquela propriedade e compraram uma casa mais barata em outro bairro, para que dona Elza pudesse fazer a cirurgia, pagando por ela, pois o seu médico desaconselhou fazer a cirurgia pelo SUS.

A família de Andréia

Andréia foi indicada pela farmacêutica do bairro. Ela é uma morena muito bonita, de ascendência negra, 30 anos de idade. Estudou até o 1º ano do 2º grau. Agora é esteticista e atende na sala da própria casa. Ela está muito satisfeita por ter investido numa profissão, mostrando ao marido que também pode ajudar em casa. Pareceu-nos, desde o primeiro dia, triste e um pouco depressiva.

O marido, de 32 anos de idade, é supervisor de vendas e cursa faculdade à noite. As filhas, Bruna e Tatiane têm respectivamente 2 e 6 anos de idade. Ficam com a mãe em casa pela manhã e vão para uma escolinha particular à tarde.

Acompanhamos uma fase crítica da vida da família. Andréia descobriu que era homossexual. Gostava e queria muito ficar com uma amiga casada que tinha dois meninos. A amiga era evangélica e não aceitava a idéia do homossexualismo, mas confessou atração por Andréia. Conversamos muito sobre isso. Na verdade, nós mais ouvíamos do que falávamos. Depois de um certo tempo ela resolveu entrar para a Igreja Evangélica também, para se curar do “problema”. Mais confiante, e um pouco mais animada, Andréia não tocou mais no assunto.

Ela fala de saúde utilizando, com propriedade, termos da biomedicina. Parece ter certa familiaridade com o tema. Perguntamos se ela costumava ler artigos em revistas ou livros sobre biomedicina. Respondeu que não. Diz que a homeopatia é o principal meio através do qual ela cuida da saúde de sua família. No início ela anotou os eventos, mas logo deixou de fazê-lo. Retirava a folha do armário, entregava-nos e nós íamos anotando o que ela relatava.

A família de Eliana

Conhecemos Jackson, um albino falante e simpático de 3 anos de idade, porque estávamos procurando a casa da Dona Dodô, que é quase em frente a sua. Jackson estava em frente a casa, comendo alguma coisa com prato e colher, todo sujo, e nos abordou quando passamos por ele. Era um menino irresistível, por isso, paramos e conversamos um pouco. Um outro dia, passando por lá, chamamos-o. Foi aí que apareceu a Eliana com seu jeito resabiado. Depois dela veio o Ruan, um moreno bonito que mal falava, pois tinha apenas um ano de idade.

Eliana tem 43 anos, é uma mulher bonita que estudou até a 6ª série do ensino fundamental e é costureira. Disse-nos que era viúva e não mencionou a relação com o namorado, pai do Ruan, que conheci mais tarde em casa dela. Eliana disse-nos que em sua casa moravam: a filha de 20 anos, um filho de 17 (ambos estudantes), Ruan e Jackson, que é neto, filho de uma filha mais velha. Soubemos depois pela vizinha que ali moravam também um outro filho de Eliana e o pai de Ruan. O neto Jackson foi abandonado pela mãe na maternidade e, por isso, a avó o acolheu. Ele frequenta a escola especial “Vó Biquinha”, no centro da cidade. Eliana reclamava muito de não ter conseguido vaga para Ruan na creche. Ele ainda mamava, subia no colo dela e ficava mamando enquanto conversávamos.

Lutando para sobreviver, vivendo a falta de dinheiro uma vez que seu trabalho era cíclico – costurava chinelos de inverno – Eliana contava com um fixo de 380,00, pensão do marido falecido. Os filhos jovens trabalhavam em casa com ela na costura. A casa era velha, muito mal conservada, tinha cheiro de esgoto e de sujeira. As crianças

encarregavam-se da bagunça e algazarra enquanto conversávamos, sempre sob os leves protestos de Eliana que ameaçava “pegar uma varinha”.

A família de Alessandra

Algumas vezes em que passamos naquela rua vimos Gabriel brincando sozinho na varanda em frente à casa. Nunca víamos adultos. Um dia paramos e tentamos conversar com ele. Alessandra veio atender desconfiada. Era uma jovem de 22 anos que estava grávida de seis meses, bonita e tímida. Falamos do objetivo e entregamos um termo de consentimento para que lesse e discutisse com o marido. Desde o início ela falou que era de São Paulo e que morava com o marido, em Itajaí, há mais ou menos um ano. Depois da primeira metade do estudo, ela já nos tratava como amiga, mostrando-nos fotos, oferecendo suco, contando fatos da vida cotidiana, do fim de semana, etc. Ela não conhecia muita gente na cidade. Passava a semana toda em casa com o menino. Ela que já havia trabalhado como secretária, e o marido, cursaram o ensino médio.

Marilene e sua família

Marilene é filha da servente da Unidade de Saúde. Conhecemos sua mãe, Cida, uma pessoa simples e querida, durante o estudo para o mestrado. Marilene tem 23 anos, fez o 1º grau, é balconista em uma padaria no centro da cidade, trabalhando no período da tarde. Neste período a bebê fica com a sogra. É casada com Fabrício, de 26 anos. Estavam morando em uma “meia-água” que fica nos fundos da casa da mãe. Entretanto, Marilene e o marido mantêm com Cida uma relação pouco amistosa. Por isso, resolveram se mudar para uma construção ainda em estado bastante precário num bairro vizinho.

A questão religiosa foi nos chamando a atenção ao longo do período da pesquisa. O casal freqüentava um culto, não sabemos ao certo se da igreja católica como eles afirmavam ou da igreja evangélica.

A família de Silvana

Silvana tem 24 anos, é natural de Concórdia. Quando a conhecemos estava morando em Itajaí há apenas 4 meses. Chegamos a ela porque morava na mesma rua de Marilene, que já estava participando do estudo. Víamos suas crianças na garagem e ela limpando as calçadas. Então paramos para conversar e convidamos-na para o estudo. Silvana está cursando um supletivo de 2º grau e tem planos de cursar uma faculdade. O marido é caminhoneiro, por isso vieram para Itajaí. Ele passa a semana viajando, o que nos impediu de conhecê-lo. Silvana vive muito com as crianças, sem parentes, sem o marido e sem amigos. No cotidiano, conta apenas com a vizinha que mora ao lado. Os calendários estavam sempre à mão, geralmente preenchidos conforme as instruções.

A família de Cida

Cheguei nessa família por indicação da farmacêutica. A casa, localizada em uma esquina de muito movimento, era simples, de madeira, sem cercado. Cida mostrou-se simpática, bem disposta e compreensiva. Seus filhos são: Paloma, de 2 anos, e Pablo, de 9, ambos muito lindos, de olhos e cabelos claros e crespos. Cida é evangélica. Ela não trabalha fora, fica em casa com as crianças. Há um clima de muito amor para com os filhos, de muita atenção e cuidados. A casa é muito simples e já estava meio “desmontada” porque eles iam se mudar para um terreno que compraram em uma localidade bem mais afastada. O marido é padeiro, ganha 500,00 por mês. Ela não fala em trabalhar fora, não reclama da falta de dinheiro. Mais ou menos aos quatro meses de pesquisa descobrimos que Pablo tem má formação congênita (nas mãos e não tem um dos pés). Ele esconde muito bem, tanto que não tínhamos notado. Quando percebemos, conversamos com Cida sobre o problema. Ela é muito sensível à dificuldade do menino, não quer que ele se revolte e tenta tudo para apoiá-lo. Ficamos comovidas com a delicadeza dessa mãe. Cida tem uma história de luta para melhorar as condições de vida de Pablo: consulta no Hospital de Florianópolis, rifa para comprar a prótese que ele precisa para andar. No momento, ele estava precisando de uma outra prótese porque a primeira estava ficando pequena e o impediria de andar dentro de alguns meses.

O calendário estava sempre preso com imã na geladeira, com as anotações feitas pela numeração, conforme as instruções de preenchimento. Conversávamos amistosamente. Ela atinha-se à saúde das crianças, nós é que puxávamos outros assuntos.

A grande família de Tânia

Na Unidade de Saúde já haviam nos indicado que, bem pertinho do posto, na casa de muro rosa, morava a Taninha, que estava criando os netos. Quem nos atendeu foi Tâmara, filha da Tânia. A moça de 21 anos, com *piercing* na sobrancelha e no umbigo, até se esforçou para ser simpática, mas realmente não tinha muito interesse no assunto. Ela é a mãe de Kauê, de 3 anos. Os dois moravam com Tânia. Também moravam na pequena e bem organizada casa, outra filha de 19 anos e grávida de 6 meses, um sobrinho de 16 anos. Durante a semana fica também na casa uma neta, Jéssica, de 5 anos de idade. Tânia de 45 anos trabalhava numa cooperativa de fabricação de sacolas. Kursou apenas até a 4ª série do ensino fundamental, mas todas as suas filhas têm o ensino médio e trabalham fora de casa.

Ficou viúva há poucos anos, tem uma aposentadoria e trabalha para o sustento da casa, além da pesada segunda jornada que enfrenta cuidando dos afazeres domésticos.

No início dos encontros Tâmara ficou como responsável pela pesquisa e os calendários nunca foram preenchidos. Depois de aproximadamente 2 meses, os encontros passaram a ser com Tânia, porque a Tâmara começou a trabalhar no horário dos encontros e Tânia estava em casa uma manhã por semana. Ela tinha conhecimento do estudo, sabia dos calendários, mas também não preenchia. Recebia-nos muito bem, conversava um pouco, mas mesmo assim, a relação construída com esta família não foi a que desejávamos. Estabelecemos uma relação superficial talvez pelo fato de termos começado com uma pessoa e prosseguido com outra, mas também porque a forma de organização desta família, principalmente no que diz respeito às crianças, dificultava os relatos dos episódios ocorridos. Embora a responsabilidade sobre as crianças fosse principalmente de Tânia,

muitos casos fugiam ao seu controle, porque as crianças passavam fins de semana e algumas vezes um período até maior, com as famílias dos pais, com as outras avós e, nesses períodos, ela não tinha controle sobre ocorrência de doenças, seguimento de tratamentos e utilização de outros recursos terapêuticos.



Figura XVI: Imagens da Infância

Fonte: Exposição “Imagens da Infância – Itajaí”, por David da Silva

Capítulo IV: Como se enfrentam as doenças infantis no cotidiano

familiar: a mãe operando o sistema terapêutico

“A compreensão dessa realidade escapa a uma lógica de determinação causal reducionista; sua complexidade nos convida, antes, a considerar a dinâmica própria da família como um sistema que, em meio à adversidade, encontra formas novas de auto-organização, em direções definidas dentro de uma margem de imprevisibilidade própria às mudanças desenvolvimentais”.

Bastos et al, 2002.

A dinâmica construída e reconstruída cotidianamente pelas famílias para enfrentar os problemas de saúde que acometeram as crianças deste estudo revelou um contexto de sentimentos, crenças, valores, significados e necessidades que, ininterruptamente, permeavam as ações em busca de recursos terapêuticos. Os próximos capítulos refletem a busca desses recursos a partir do seu sujeito principal, a mãe, bem como os elementos que formam o sistema terapêutico por ela articulado. O quadro abaixo é um resumo do que explicitamos:

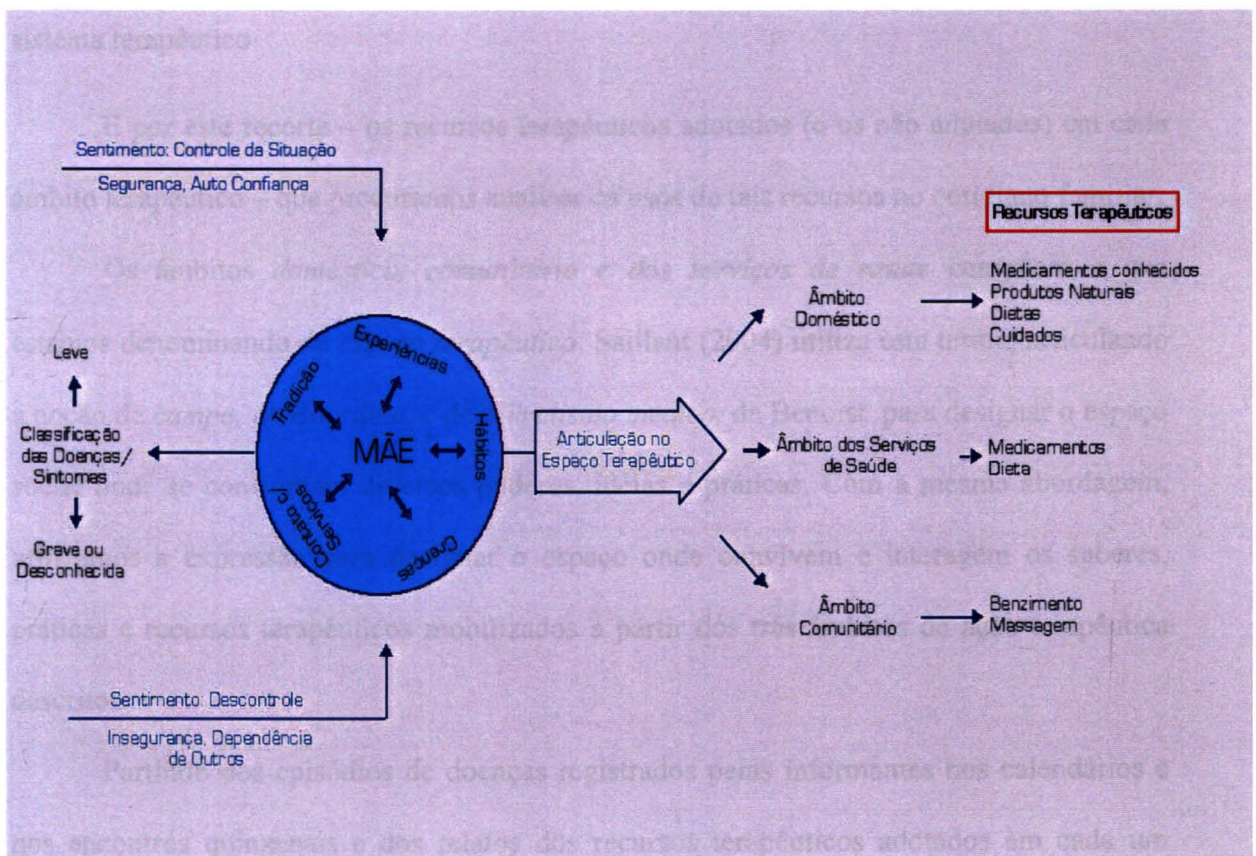


Figura XVII: Quadro de análise do Sistema Terapêutico

4.1. Doenças referidas e recursos terapêuticos adotados: articulações no espaço terapêutico.

O resultado do reconhecimento de sintomas, sua classificação e itinerário seguido implica na utilização de um ou vários recursos terapêuticos. O âmbito no qual foi desencadeado o uso dos recursos terapêuticos informa sobre as motivações para o uso de determinados recursos, seus valores e significados para as mães e seus interlocutores no sistema terapêutico.

É por este recorte – os recursos terapêuticos adotados (e os não adotados) em cada âmbito terapêutico – que procuramos analisar os usos de tais recursos no cotidiano familiar.

Os âmbitos *doméstico*, *comunitário* e *dos serviços de saúde* compõem o que estamos denominando de *espaço terapêutico*. Saillant (2004) utiliza este termo, articulando a noção de *campo*, de Bourdieu, e de *pluralismo médico*, de Benoist para designar o espaço social onde se confrontam diversos poderes, idéias e práticas. Com a mesma abordagem, utilizamos a expressão para designar o espaço onde convivem e interagem os saberes, práticas e recursos terapêuticos mobilizados a partir dos três âmbitos de ação terapêutica descritos.

Partindo dos episódios de doenças registrados pelas informantes nos calendários e nos encontros quinzenais e dos relatos dos recursos terapêuticos adotados em cada um destes episódios, apresentamos o Quadro 1 representando os 181 episódios relatados para as dezenove crianças das quinze famílias pesquisadas, segundo o âmbito da indicação de cada recurso.

É importante registrar que os recursos terapêuticos constantes dessa tabela englobam recursos informados espontaneamente, e também outros, apenas observados ou relatados posteriormente em outros encontros ou situações, informações que não poderiam ter sido acessadas por estudos transversais.

Constam desse quadro apenas os recursos terapêuticos utilizados, e não aqueles prescritos ou recomendados que não foram adotados. É importante salientar que em muitos casos mais de um recurso era utilizado simultaneamente, sem ordem de prioridade, e nestes casos foram todos considerados como primeira instância. Já na coluna de recursos utilizados, subseqüentemente, encontram-se os utilizados como segunda, terceira e até quarta opção de tratamento. Os medicamentos foram tabulados por seus nomes genéricos²² e o número de vezes que cada recurso foi citado aparece entre parênteses. As plantas medicinais, quando disponíveis, foram identificadas pela pesquisadora no momento dos encontros. Todas as plantas citadas são comuns e muito conhecidas na região, e todas estão apresentadas no quadro com o binômio científico. Em alguns casos, insistimos nas informações sobre detalhes do tipo de folha ou de flor da planta citada, para evitar a anotação de uma espécie diferente daquela realmente utilizada.

²² De acordo com o DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas – 2004.

Quadro 1: Doenças relatadas e recursos terapêuticos utilizados

Doença ou sintoma referido	Recursos terapêuticos adotados em primeira instância	Recursos terapêuticos adotados subsequentemente
<p>Gripe (54 relatos)</p>	<p>Âmbito doméstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nenhum tratamento (3); - cuidados com frio (7) - aumento da administração de líquidos (2) - Paracetamol (12) - Dipirona - Xarope de carbocisteína (4) - Xarope de guaifenisina - Diclofenaco potássico (2) - Nimesulide - AAS infantil (5) - Solução de Cloreto de Sódio - Cloridrato de fenilpropanolamina, cloridrato de fenilefrina, citrato de feniltoloxamina, maleato de carbinoxamina (8) - Paracetamol, clorfenamina, fenilefrina (6) - Amoxicilina - acetonido de fluoxinolona + sulfato de neomicina e polimixina B + cloridrato de lidocaína - Salbutamol - Xarope de guaco ou compostos com guaco e outras plantas (comercial) (6) - Xarope de guaco caseiro - Chá de guaco (4) - Chá de erva-doce (4) - Chá de poejo (5) - Chá de camomila - Chá de cana-de-cheiro (2) - Chá de canela (2) - Chá de folha de laranjeira - Chá de salvia - Chá de tanchá - Chá de mil-folhas - Mel de abelhas (6) - Pomada de mentol, cânfora e óleo de eucalipto - Óleo de soja - Sebo de ovelha derretido com mel - Medicamento homeopático de receita anterior - Inalação de vapores 	<p>Âmbito doméstico</p> <ul style="list-style-type: none"> - inalação de vapores - Xarope caseiro de guaco com refrigerante de cola - Xarope de iodeto de potássio, sulfoguaiacolato de potássio, balsamo de tolu. - Supositório guaiacol, cânfora, eucalipto, mentol

	Âmbito dos Serviços de Saúde: - nenhum tratamento (2) (farma) - Xarope não identificado (2) - Paracetamol - Dipirona - Inalação	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Nenhum tratamento - Amoxicilina (4) - Xarope de cloridrato de ambroxol (2) - Penicilina injetável - Dipirona (2) - Metoclopramida - Xarope de terbutalina - Dexclorfeniramina e betametasona - Medicamento homeopático (2) - Nimesulida (farm) - Xarope de Cloridrato de Ambroxol (farm) - Xarope Triscom (farm) - Xarope de Cloridrato de Clobutinol (farm) - Medicamento composto de analgésico e descongestionantes (farm)(2) - Solução Cloreto de sódio - Inalação
Febre (12 relatos)	Âmbito doméstico: - Amamentação - Banho morno (2) - Dipirona - Acido acetil salicílico (2) - Paracetamol (5) - Diclofenaco potássico (2) - Dimeticona - Medicamento homeopático - Chá de poejo	Âmbito doméstico:
	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Atendimento em pronto socorro prescrição não informada	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Nenhum tratamento (2) - Dipirona
Dor de ouvido (6 relatos)	Âmbito doméstico: : - Ciprofloxacino tópico (2) - Diclofenaco - Paracetamol - acetonido de fluoxinolona + sulfato de neomicina e polimixina B + cloridrato de lidocaína	Âmbito doméstico:
	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Ciprofloxacino tópico	Âmbito dos Serviços de Saúde:

Bronquite (5 relatos)	Âmbito doméstico: - paracetamol (3) - nebulização	Âmbito doméstico: - Chá de guaco - Chá de Poejo - Mel
	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Nebulização (2) - Salbutamol (2) - Fumarato ácido de clemastina - Xarope de Carbocisteína	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Nebulização (2) - Solução cloreto de sódio - Amoxicilina
Dor de garganta (7 relatos)	Âmbito doméstico: - Diclofenaco potássico (5) - Paracetamol	Âmbito doméstico:
	Âmbito dos Serviços de Saúde: - hexamidina + tetracaina spray - Amoxicilina	Âmbito dos Serviços de Saúde:
Diarréia (15 relatos)	Âmbito doméstico: - Nenhum tratamento (3) - Dieta alimentar (2) - Chá de hortelã (2) - Chá preto (2) - Chá de canela - Chá de broto de Goiabeira (2) - Solução oral de saccharomyces boulardil - Salicilato de Bismuto monobásico	Âmbito doméstico: - Dieta alimentar
	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Dieta alimentar (2) - Administração de líquidos - Soro comercial - Diclofenaco potássico - Chá de Broto de Goiabeira - Soro caseiro - Paracetamol	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Dipirona - Soro comercial - Dieta alimentar - Brometo de N-butil escopolamina - Paracetamol - Diclofenaco - Salicilato de Bismuto monobásico
Vômito (9 relatos)	Âmbito doméstico: - Nenhum tratamento - Administração de líquidos - Chá de hortelã (2) - Chá de macela (2) - Chá de camomila (2) - Chá preto - Chá de Melissa - Chá de erva-doce (2) - Chá de macela - Soro caseiro - Metoclopramida - Composto de óleos essenciais e águas aromáticas (2)	Âmbito doméstico:

	Âmbito Comunitário - Benzimento de mau-olhado	
	Âmbito dos Serviços de Saúde:	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Bromoprida
Vermes (5 relatos)	Âmbito doméstico: - Zentel - Albendazol	Âmbito doméstico:
	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Mebendazol (2) - Albendazol	Âmbito dos Serviços de Saúde:
Cólica (11 relatos)	Âmbito doméstico: - Nenhum tratamento (2) - Dimeticona (4) - <i>Cássia sena</i> 1CH, <i>Collinsocia canadensis</i> 1CH, <i>Polygonum punctatum</i> 1CH, picossulfato de sódio - Massagem com óleo ou banha de galinha (4) - Dieta alimentar (2) - Chá de erva-doce - Chá de orégano - Composto de óleos essenciais e águas aromáticas	Âmbito doméstico:
	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Paracetamol	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Óleo mineral
Fraqueza (2 relatos)	Âmbito doméstico: - Massagem	Âmbito doméstico:
	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Dipirona	Âmbito dos Serviços de Saúde: :
Dor de cabeça (2 relatos)	Âmbito doméstico: - Analgésicos	Âmbito doméstico:
Machucado (25 relatos)	Âmbito doméstico: - Paracetamol (2) - Diclofenaco tópico - Mercúrio cromo (3) - Gelo (9) - gel de mucopolissacarídeo-polissulfúrico - Clorexidine (4) - pomada de lidocaína - Água e sabão (3) - Pressão com uma Faca	Âmbito doméstico:
	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Sutura - Água oxigenada - polivinilpirrolidona-iodo - Pomada sulfacetamida, trietanolamina (2)	Âmbito dos Serviços de Saúde: - Observação (3)

Infeção de pele (28 relatos)	Âmbito doméstico: <ul style="list-style-type: none"> - Nenhum tratamento (2) - Pedra-hume - Pomada de hidrocortisona - Talco de silicato de magnésio, diiodotimol, óxido de zinco, subgalato de bismuto (2) - Pomada de sulfato de Neomicina - Pomada de cânfora e mentol - Água com cachaça para o banho - Água aquecida no sol para o banho - Álcool - Pomada de betametasona, sulfato de gentamicina, tolnagtato, viofórmio (2) - Chá de salvia - Chá de Melissa - Chá de Poejo - Polivinilpirrolidona-iodo - Pomada de cetoconazol, betametazona, sulfato de neomicina - pomada de Nistatina - Banha de porco (2) - Água com açúcar - Álcool - Pomada de dexametazona - Chá de feijão-andú - Sabonete antisséptico 	Âmbito doméstico:
	Âmbito dos Serviços de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Nenhum tratamento (2) - Nistatina - Água boricada (2) - Soro gelado - Penicilina injetável - Pomada Neomicina - Pomada de dexametazona, sulfato de neomicina - Pasta d'água - Benzoato de metila 	Âmbito dos Serviços de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Pomada Neomicina (2) - Xarope de maleato de dexclorfeniramina - Eritromicina suspensão - Amoxicilina - Solução de dicloridrato de cetirizina - Solução de prednisolona - loção de butirato de hidrocortizona - Xarope de clemastina
		Âmbito Comunitário <ul style="list-style-type: none"> - Benzimento (2) - Óleo santo

Sabe-se que, muitas vezes, a família não fornece a informação sobre automedicação, ou uso de medicamentos no âmbito doméstico, como estamos denominando aqui e, provavelmente, este dado está subestimado em muitos estudos de utilização de medicamentos, como já observaram Bricks e Leone 2002. Nos estudos conduzidos por Béria et al (1993), Weiderpass et al (1998) e Bricks e Leone (2002), o percentual de utilização de medicamentos sem orientação médica relatado pelas famílias ficou entre 7 e

37% sem que tenha sido relatado o uso de outros recursos terapêuticos, como os chás. No estudo de Bricks e Leone (2002), a classe de medicamentos mais relatada foi a de antiinfeciosos sistêmicos, no de Weiderpass et al (1998) foi o ácido acetilsalicílico e cloreto de benzalcônio + soro fisiológico e no de Béria et al (1993) também foi o ácido acetyl salicílico. Este medicamento foi utilizado no presente estudo, apenas no âmbito doméstico. Sua prescrição nos serviços de saúde foi substituída por paracetamol já há alguns anos, o que justifica o grande número de relatos de utilização deste último. As classes dos antiinflamatórios e analgésicos foram as mais relatadas, além dos chás de plantas medicinais. As motivações, significados e formas de usos dos recursos terapêuticos a partir de cada âmbito de cuidado – doméstico, dos serviços de saúde e comunitário - são apresentadas nos próximos capítulos.

4.2. Ser mãe em Itajaí: saberes e habilidades necessárias para operar o sistema terapêutico.

O cotidiano de Lizete é fundamentalmente pautado pelo papel de mãe de Victor, embora não seja a mãe de sangue. Esta situação, de não ser a mãe, mas a cuidadora, possibilitou que na pesquisa se evidenciasse mais a importância do papel da *mãe* nos cuidados de saúde da criança.

Comparativamente aos relatos de Costa (1999), Lizete representa a própria figura da “mãe higiênica” idealizada no século XVIII pela medicina sanitária. Sua casa é muito asseada e organizada e o menino está sempre limpo e calçado. Além disso, ela considera

que critérios relativos à moral devem nortear a família para que esta possa responsabilizar-se por uma criança, valorizando assim o casamento, os princípios religiosos e uma vida rotineira e regrada. Através destes parâmetros, que para ela representam a base fundamental do papel da família e responsabilidade direta da mãe, Lizete compara, constantemente, sua atuação no papel de mãe com o da mãe biológica de Victor, relatando-me o que chama de falta de *cuidados de mãe*, atribuídos por ela, à mãe biológica:

é malandra demais, relaxada, porca, nunca deu uma comida de verdade para as crianças, nem água, nem cuida da limpeza deles. Ela dá porcarias para o garoto comer quando vai para a casa dela, é salgadinho, suco de tinta, picolé, dá banho frio. Se ele tá doente, não sabe dar um chá, não dá um remédio, não leva no médico...

Para Lizete, a mãe biológica de Victor não reúne conhecimentos e atitudes para ser categorizada como mãe. Frequentemente relata gripes ou resfriados, diarreia, vômitos, febre, pequenos machucados sempre associados aos momentos em que o menino vai para a casa da mãe biológica: comeu *besteiras*, ou tomou banho frio, ou chupou picolé, ou não tomou água, ou andou descalço, ou não teve cuidados e caiu...

Formas de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças infantis são conhecimentos considerados inerentes ao papel de mãe. Demonstrar pouca habilidade nestas funções coloca em risco o reconhecimento do próprio desempenho, e Lizete procurou nos demonstrar, como também para a médica da UBS e para outras pessoas, que ela reúne os conhecimentos e habilidades necessárias para ser reconhecida como uma boa mãe para Victor, procurando, assim, garantir a guarda da criança, sempre ameaçada pela possibilidade da mãe biológica levar o menino.

Rosana, enfermeira da Unidade de Saúde, tem que enfrentar os constantes episódios de gripe e bronquiolite da filha, não só como mãe, mas também, como profissional de saúde. Demonstra muita angústia por não conseguir manter sua filha sem problemas e conta que, nesse sentido, sente-se cobrada pelo marido e pelos parentes. Sempre procurando recursos terapêuticos que a ajudem na missão de prevenir e tratar os problemas de saúde da filha, Rosana transita entre os recursos de serviços de saúde, seu âmbito de atuação profissional, mas também em crenças e práticas populares.

As articulações que Rosana empreende entre os diversos conhecimentos e práticas de diferentes âmbitos – doméstico, de serviços de saúde e comunitário – representam a diversidade de fontes e de formas de transmissão que colaboram na construção de saberes para os cuidados maternos de saúde. A acumulação destes conhecimentos e a habilidade para operar todo o sistema terapêutico colocam as mães mais experientes, principalmente as avós ou mães de muitos filhos ou que criaram outras crianças, em uma posição respeitada perante outras mães da família ou da vizinhança, que ficam subordinadas as suas orientações.

Assim, Dona Dodô assumiu os cuidados de Verônica quando a menina e a mãe foram morar com ela. Mesmo sendo a mãe da criança estudante de curso técnico de enfermagem e funcionária do hospital, Dona Dodô decidia sobre a necessidade de levar ao médico ou à farmácia, responsabilizando-se pela administração dos medicamentos e outros cuidados de saúde. Para o nosso estudo, também era ela a informante principal. Algumas vezes tentamos falar com Cláudia, a mãe, sobre os episódios ocorridos na quinzena, mas ela esquivava-se, insistindo para que nos reportássemos à avó.

Tânia também assumia toda a responsabilidade sobre a saúde dos netos. Na maioria dos episódios era ela quem levava na UBS ou à farmácia e administrava os medicamentos. Quando uma das filhas levou a neta ao Pronto Atendimento foi por decisão de Tânia. Depois da consulta a filha ligou, relatando o diagnóstico e prescrição e Tânia ordenou que levasse a criança ao hospital.

A experiência no cuidado de maior número de crianças também habilitou Elenir e Lizete a tomar para si os cuidados dos filhos de vizinhas ou de pessoas que consideram pouco habilitadas para isso. Ambas disseram que “criaram” muitas crianças nestas condições. Elenir acabou adotando Bruna e Lizete pretende adotar Victor.

Já no caso de Dona Elza, avó de Rudiani e João, sua condição de cuidadora foi substituída pela de dependente de cuidados. Ela é benzedora de arca-caída, criou quatro filhos, cuida dos netos enquanto Neide trabalha, mas esta é quem opera efetivamente o sistema terapêutico na família. Dona Elza sofre de problemas de vesícula e tem muitas dores e, por isso, Neide, além de assumir os cuidados de saúde dos filhos, assumiu também, os cuidados da mãe com peregrinações a serviços de saúde, compra e controle da administração de medicamentos.

As mães-avós, as mais experientes, apresentam-se mais seguras quanto ao encaminhamento que deva ser dado a cada uma das doenças que, porventura, possam surgir. Para elas, *machucado dentro da boca não precisa passar nada porque a saliva cura, vômito sem outros sintomas é sinal de vermes porque a criança viu uma comida que queria comer e não ganhou, então precisa dar remédio de vermes, para bronquite é aquele xarope (salbutamol), se eu tiver o remédio em casa nem levo no posto, quando tem dor de garganta a melhor coisa é Cataflan, já mando na farmácia comprar na hora, porque não*

deixa inflamar. A grande maioria dos episódios são resolvidos com determinação e segurança, com a utilização de um recurso caseiro, ou decidindo procurar ajuda de um serviço. A iniciativa de consultar um serviço de saúde é rápida e não envolve dúvidas, como Lizete procedeu quando Victor chegou da creche com febre e dificuldade para engolir: administrou uma dose de paracetamol para baixar a febre e levou-o, no mesmo dia, à UBS. No estudo conduzido por Béria et al (1993) as diferenças nos tratamentos administrados por mães mais experientes foram registradas pelo número de medicamentos consumidos de acordo com a ordem de nascimento da criança. Os primogênitos consumiam mais medicamentos que os irmãos; ter irmãos mais velhos foi um fator de proteção em relação ao consumo de medicamentos; os segundos filhos consumiram 7% menos medicamentos que os primogênitos e as crianças com dois ou mais irmãos mais velhos consumiram 12% menos.

Já as mães menos experientes relatam com maiores detalhes a explicação para as ações empreendidas e a opinião de terceiros (leigos ou profissionais). Andréia, por exemplo, não costumava seguir as sugestões de sua mãe para cuidar dos problemas de saúde das filhas, mas em um episódio de diarreia a avó sugeriu chá de broto de goiabeira e ela considerou a possibilidade. No entanto, ligou para o pediatra, perguntando a opinião dele e acabou seguindo sua orientação. A busca por orientação nos serviços de saúde, tanto de médicos quanto de farmácias, ocorre mais entre as mães menos experientes em cuidados maternos.

As mães construíam no cotidiano, formas de ampliar o conhecimento sobre cuidados de saúde e habilidades para operar com maior segurança e autonomia o sistema terapêutico. Os resultados que elas ou outras pessoas de seus relacionamentos obtêm com o

uso de determinados recursos terapêuticos e as experiências com os serviços de saúde formam uma das principais fontes de conhecimento e modelo para os enfrentamentos das doenças em episódios posteriores.

Silvana busca com frequência a ajuda de uma vizinha, que também é mãe, para empréstimos de medicamentos, para fazer curativos, ou para indicar serviços de saúde da cidade. Experiências com serviços de saúde e com o uso de determinados recursos terapêuticos vividas por outras pessoas do círculo de relacionamentos colaboram na construção dos saberes da mãe. As avaliações de uma vizinha ou mesmo de pessoas pouco conhecidas sobre a forma como um médico faz a consulta, sobre a habilidade de uma benzedeira, ou a eficácia de um medicamento para tratar uma determinada doença, constituem um “reservatório” de possibilidades já testadas por alguém e que podem ser resgatadas quando houver necessidade. Foi o que fez Silvana quando o filho teve brotoejas. Segundo nos relatou, não sabia o que fazer para tratar o problema, mas lembrou-se de que uma conhecida havia utilizado um talco para problemas de pele. Contatou a tal conhecida e passou a adotar o mesmo procedimento com o filho.

Alessandra, mais introspectiva e com um cotidiano mais isolado da vida social, recorre com muito mais frequência aos serviços de saúde, principalmente ao Pronto Socorro do Hospital Infantil.

Elenir descreve bem os conhecimentos adquiridos nas andanças pelos serviços de saúde que a orientam na forma de operar o sistema terapêutico neste âmbito e na transferência de algumas destas práticas para o âmbito doméstico: *chega no hospital eles já dão Buscopan pra todo mundo, a gente tem que tratar bem os enfermeiros pra eles tratar a gente bem, os médicos que atendem no pronto socorro não sabem nada, tem que dizer pra chamar um médico conhecido*. No contato com os serviços, as mães vão adquirindo

experiência na forma de como lidar com eles e, vão também, introduzindo conceitos e recursos terapêuticos prescritos no seu aporte de conhecimentos.

Algumas práticas caseiras tornaram-se hábitos que as mães já não sabem reconhecer a origem. Utiliza-se porque a mãe utilizava: *banha de galinha para fazer massagem em casos de cólicas, pressionar uma faca sobre o local atingido por uma batida, aplicar pomada Vick Vaporub em picadas de insetos, levar para benzer de cobreiro*. Saillant (2004) chama este conjunto de conhecimentos que envolvem os remédios caseiros de “conhecimentos de maternagem” (p. 239), naturalizados pelo pertencimento à identidade de gênero: “sabe-se porque se é mulher, aprendeu-se através de outras mulheres e, se se é mulher, então, sabe-se” (p. 238). É importante destacar, no entanto, que este tipo de habilidade mais relacionado a remédios e práticas caseiras, não é homogêneo entre as mães, nem mesmo entre as mães-avós mais experientes. Dona Dodô, por exemplo, a informante mais velha do grupo, relata e utiliza poucas práticas caseiras. Em um episódio de diarreia da bisneta, recorreu ao farmacêutico que lhe indicou chá de broto de goiabeira e ela nos relatou: *nem me lembrava disso, o farmacêutico é que mandou dar o chá*. Estes tipos de saberes e habilidades não são, absolutamente, necessários para o desempenho do cuidado materno. Dona Dodô, que utiliza muito mais as indicações dos farmacêuticos vizinhos do que práticas tipicamente caseiras, nem por isso deixa de ser desejada e valorizada pelas mães. Nesse sentido, Lizete reclama da nora que, segundo ela, não confia nos conhecimentos populares: *leva no médico pra qualquer coisa, faz tudo o que os médicos mandam sem pensar se deve, se tem necessidade*.

A forma de transmissão dos saberes, principalmente das práticas caseiras de saúde, é normalmente relacionada à repetição de práticas *de outras mulheres*, principalmente na relação mãe-filha (Tezoquipa et al 2001). Muitas práticas observadas durante o estudo

estavam relacionadas à transmissão inter-geracional de conhecimentos, mas um forte desejo de desenvolver suas próprias práticas e seu modo particular de cuidar também foi evidenciado, como no relato de Andréia: *não vou muito atrás do que a minha mãe fala, ela é muito neurótica com essas coisas de saúde, acredita em tudo que passa na televisão, nas revistas, e quer que a gente acredite e faça tudo aquilo também*. Durante todo o tempo do estudo, foram raras as ocasiões em que Andréia citou alguma influência da mãe sobre os cuidados que desempenhava com sua filha. Na verdade, Andreia procurava o médico homeopata de sua confiança ou a farmácia quando precisava de auxílio, mas muitas vezes decidia ela mesma como tratar os problemas de saúde de Bruna.

Pelos relatos das mães e pela observação de suas práticas, pudemos registrar um movimento ativo de *construção* dos saberes de *mãe*, que guardadas as características de cada uma, apresentam uma predominância de dois processos: a experiência própria da mãe e a procura por um sentido para as práticas.

A experiência vivida no cotidiano dos cuidados de saúde, em especial no cuidado de crianças, configura o processo de construção dos saberes de mãe mais valorizado, é o que produz na mãe o aporte de segurança para o desenvolvimento desta atividade. Ao operar o âmbito dos serviços de saúde ou ao usar recursos terapêuticos, de medicamentos a benzimentos, estas experiências entram para o conjunto de práticas *que funcionam* ou *que não funcionam* a partir dos resultados percebidos pela própria mãe, quando utilizado. Medicamentos que funcionam podem passar a fazer parte dos recursos que *sempre tem em casa* ou que serão lembrados em um episódio posterior.

A forma como os recursos terapêuticos foram indicados inicialmente, deixa de ser o fator mais importante. O Resfenol foi indicado por uma antiga vizinha de Silvana, o Peptosil por um farmacêutico para Neide, o Tylenol e o Luftal foram prescritos para a

maioria das mães ainda na maternidade, o Cataflan, as mães não sabiam dizer como conheceram, enquanto algumas mães indicam o benzimento para cobreiro. O valor destes recursos é dimensionado a partir da experiência da mãe e assim serão mobilizados novamente e transmitidos a outras pessoas como experiências bem ou mal sucedidas.

O Peptosil que Neide mantém em sua “farmacinha” caseira foi indicado pelo farmacêutico em um episódio de diarreia em que o tratamento prescrito pelo médico não surtiu o efeito esperado. Desde então, ela tem sempre o produto em casa. *Esse remédio é o que dá certo pra eles, eu sempre tenho em casa.*

Mesmo para mães mais jovens, como Alessandra que tem dois filhos pequenos, são suas próprias experiências nos cuidados de saúde, as mais valorizadas e mobilizadas quando da ocorrência de um episódio de doença. Perguntamos porque não procurava muito a UBS do bairro que era perto da sua casa ao que ela justificou:

É porque no posto tu tens que marcar, daí marcam, às vezes, duas semanas depois, ou senão um mês ainda, depende da pessoa, do posto. Daí, às vezes, aquele problema já passou ou aumentou. Eu prefiro levar no hospital e ele ser atendido na hora.

Sobre o hospital é essa a opinião dela:

Ah, eu acho bom, só que no caso assim, se for dar bronquite ou pneumonia eu prefiro ir no posto, que daí fazem o pedido de radiografia, né? Pra ver como está o pulmão, se realmente é pneumonia ou não, alguma coisa. Porque, se se leva direto no hospital, eles não pedem a radiografia, eles olham, examinam lá na hora, passam remédio e mandam pra casa, e no posto não. A desvantagem é que você tem que ir primeiro no posto pra ser atendido, pra daí ir para o hospital, mas a vantagem é porque eles fazem o pedido da radiografia.

Ela demonstra que utiliza sua experiência para operar nos serviços de forma que atendam às suas expectativas. Ainda sobre a orientação de um pediatra, explicitou como decidiu sobre os recursos terapêuticos a serem utilizados, a partir de sua experiência:

Porque ele falou assim que era pra trocar a mamadeira ou de preferência tirar, que não era pra dar líquidos, essas coisas, e como eu tenho mais experiência, não é da primeira criança que eu cuido, daí no caso, assim de infecções intestinais, diarreia, essas coisas, a gente dá bastante líquido pra criança, daí a alimentação é mais light, no caso um arroz com bife grelhado, nada de gorduras, refrigerantes, salgadinhos, essas coisas. Daí ele falou que não era para dar líquidos, era pra tirar a mamadeira, mas aí eu cuidei da comida e ele melhorou.

Destaca-se no relato de Alessandra que, além de valorizar sua experiência no cuidado de crianças e, por isso, achar que deve dar líquidos, ela sinaliza um outro importante processo de construção de saberes: a procura por uma coerência na indicação feita pelo médico. O seu conhecimento prévio sobre o assunto indica uma lógica a ser seguida no tratamento – dar líquidos- que não é coerente com a indicação de tirar a mamadeira – que é líquida.

Indicações feitas a partir de qualquer interlocutor – profissional de saúde, vizinha, mídia, e até mesmo das avós – não são passivamente aceitas e utilizadas sem que sejam avaliadas pela mãe quanto à sua coerência. Por isso, Janete não aceitou a indicação da vizinha para o tratamento das brotoejas. Tratou-as segundo os conhecimentos adquiridos ainda nos tempos de solteira, isto é, esquentar a água do banho no sol ou colocar cachaça na água do banho, práticas muito comuns na região. Mas a criança não ficava totalmente livre das brotoejas, então uma vizinha recomendou colocar sal na água do banho. Para Janete, a brotoeja era fruto do sal presente no suor. Assim sendo, como poderia diminuí-las

colocando sal na água? Tal indicação não fazia sentido no contexto de seus conhecimentos quanto à origem e tratamento do problema. Assim como também não fez sentido o diagnóstico da médica da UBS, o de alergia ao vírus de gripe. Janete e o marido acharam absurdo o diagnóstico pois nunca tinham ouvido falar em alergia ao vírus da gripe e, por isso, não utilizaram o medicamento prescrito.

Boltanski demonstrou a importância de uma lógica estabelecida no imaginário popular para os tratamentos empreendidos: o problema é estômago caído, caiu porque o corpo dilatou, e o tratamento é enfaixar o corpo para suspender o órgão. Da mesma forma, entre as informantes desse estudo, a preocupação com a causa do problema de saúde e sua relação com o tratamento empreendido foi muito explicitada. Foi assim que uma delas explicou-me a *arca-caída*: *isto ocorre quando uma costela trepa na outra, inflamando e causando febre e vômito*. Disse que a sua segunda filha teve várias vezes, *porque depois de dar uma vez é mais fácil cair de novo*. O único jeito de resolver, segundo ela, *é levar em alguém que faz massagem* (que ela não chama de benzedeira porque é evangélica e em sua religião não se aceita o benzimento) *que coloca a costela no lugar*.

Nas sociedades primitivas, afirma Levi-Strauss (1996) o quão importante é para o doente encontrar um sentido para sua doença e um tratamento que aceite como legítimo: “os espíritos protetores e os espíritos malfazejos, os monstros sobrenaturais e os animais mágicos, fazem parte de um sistema coerente que fundamenta a concepção indígena do universo. A doente os aceita, ou, mais exatamente, ela não os pôs jamais em dúvida. O que ela não aceita são dores incoerentes e arbitrarias, que constituem um elemento estranho a seu sistema, mas que, por apelo ao mito, o xamã vai reintegrar num conjunto onde todos os elementos se apóiam mutuamente”, e “tendo compreendido, não se resigna, apenas, ela sara” (pg 228).

O xamã, ao utilizar-se do mito que corresponde à visão de mundo da doente para explicar a doença e tratá-la, estabelece um sentido para as dores e, desta forma, a doença pode ser compreendida, aceita e sanada. A doente encontra um ancoradouro para a angústia desencadeada pela doença – segura de que sua doença está sendo tratada de forma coerente – pode suportar e vencer a dor.

Um evento de doença acometendo uma criança gera na família perturbação, desequilíbrio e insegurança, especialmente para a mãe, responsável máxima pela saúde e bem estar dos filhos. Na busca por um sentido, uma lógica coerente ou, ao menos alguma segurança nesta situação de angústia, também as famílias constroem os enfrentamentos das doenças em seus cotidianos.

A racionalidade subjacente ao processo de entendimento do doente primitivo e da mãe itajaiense é que são distintas: a racionalidade holística, baseada em uma visão unista e integral do homem e do universo, prevalente nas culturas pagãs vem perdendo espaço na sociedade atual para a racionalidade dualista e mecanicista. Desta forma, mesmo uma doença reconhecida apenas no âmbito popular, como a arca-caída, tem como causa *quando uma costela trepa na outra* e só pode ser curada *colocando a costela no lugar* – numa clara alusão ao modelo mecanicista de compreensão do corpo e do processo saúde/doença. É o mundo sociocultural, em ambos os casos, que fornece os conceitos que tornam os eventos inteligíveis; contudo suas estruturas derivam de um processo histórico que é diferente, portanto, para cada cultura e sociedade.

Em nossa sociedade, racionalidades de diferentes origens interagem para formar a estrutura cultural na qual as pessoas buscam sentidos, a exemplo das práticas desenvolvidas pela enfermeira Rosana. Nas interações cotidianas, como bem colocam Tezoquipa et al

(2001), as mães apreendem normas culturais, valores e códigos, acumulando uma experiência biográfica e histórica. Sob esta experiência, as mães avaliam novas informações e indicações que só então serão ou não aceitas e incorporadas ao conjunto de saberes maternos.

Os mesmos autores concluem que as mães valorizam e seguem mais o paradigma biomédico, essencialmente curativo e dominante, socializado a partir dos serviços de saúde e dos meios de comunicação, do que a sua própria experiência, que constitui o paradigma dominado. Na construção dos saberes das mães itajaienses, a experiência própria é reconhecida como a forma mais importante de adquirir as habilidades. Esta experiência, no entanto, não se restringe apenas a práticas antigas, caseiras, mas se estendem para o uso de medicamentos industrializados, para a utilização dos serviços públicos de saúde e os recursos comunitários.

A legitimidade do saber da medicina moderna não é questionada - sem que isto necessariamente torne ilegítimo o saber popular - mas as práticas populares, neste contexto, ficam expostas ao confronto de poder com o paradigma dominante na sociedade. Dona Elza benze arca-caída, mas eu só tivemos acesso a esta informação depois de meses decorridos desse estudo, e, somente ao questionar mais diretamente sobre o tema. Ela dava respostas bem limitadas sobre sua prática, revelando um certo “pudor” em relação ao benzimento. Seu método de diagnóstico e tratamento é o mesmo citado pelas outras informantes: encosta os joelhos nos cotovelos; trata com uma massagem feita com azeite e cachaça quente e benze *com poucas palavras*. Aprendeu com a mãe que era benzedeira e *benzia mais alto* (em voz mais alta), mas ela benze *baixinho*. Assim como Janete *não conta essas coisas pro médico*, Dona Elza também cultiva seu saber, suas práticas, fruto da vivência com sua mãe e sua experiência sem, contudo, negar o poder do saber biomédico dominante.

As mães informantes demonstram, desta forma, que os conhecimentos de maternagem²³ ou saber feminino²⁴ não ocorrem ao acaso, de forma aleatória, mas são fundamentados na negociação de conceitos e práticas do paradigma médico e da cultura popular sobre saúde, doença e tratamento. Aplicando sobre eles sua experiência própria e ressignificando esses conceitos e experiências para encontrar sentidos para as práticas, as mães constroem no cotidiano seus próprios saberes e habilidades para operar o sistema terapêutico, construindo, neste movimento, o seu papel social de mãe.

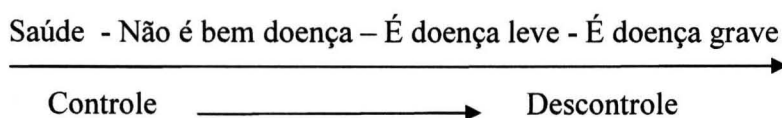
4.3. Da saúde à doença: reconhecendo sinais e sintomas

O reconhecimento de sinais de doença e de não-doença constitui-se na aplicação fundamental da habilidade das mães e está diretamente relacionado ao aporte de experiência e aos conceitos de saúde e doença admitidos na construção de seus saberes de maternagem.

Tais categorias configuram um *continuum* entre saúde e doença, continuum esse que pode ser representado por uma seqüência evolutiva utilizada pelas mães na identificação e classificação de sinais ou sintomas nas crianças, acompanhados, intrinsecamente, pelo sentimento/sensação de controle sobre a situação, autoconfiança, ou até mesmo de descontrole sobre a situação:

²³ Termo utilizado por Saillant (2004)

²⁴ Termo utilizado por Tezoquipa et al (2001)



As anotações nos calendários quinzenais constituíram-se nas primeiras pistas para a construção dessa classificação. Os calendários traziam figuras e nomeação de 13 sintomas ou doenças muito conhecidas e, por sua própria conformação, podem ter influenciado na categorização do que seja doença. No entanto, as anotações dos episódios diferiram de tal forma entre as famílias e até entre as crianças das mesmas famílias, sugerindo assim, que de fato há questões mais complexas na determinação do que seja ou não doença, bem como do que seja doença leve ou grave. Duas “doenças”²⁵ que constavam do calendário tiveram uma frequência de anotação muito peculiar: “fraqueza” foi anotada, em dois momentos diferentes, por apenas uma informante durante todo o estudo, e “machucados” teve 25 anotações, sendo que 7 desses episódios foram registrados como ocorrência em apenas uma criança, e outras 4 crianças tiveram ocorrência de 3 episódios cada uma, segundo os relatos. Foram agrupados como machucados os eventos de batidas em móveis, quedas, pequenos cortes e arranhões e um caso de queimadura na perna. Considerando que este tipo de evento é extremamente comum na faixa etária estudada, pode-se perceber diferenças na classificação dos eventos enquanto episódios de doença que são ou não são anotados ou memorizados, denotando que para algumas famílias estes eventos não são considerados “doença” que necessite de tratamento, apesar deste item fazer parte do calendário de coleta de dados.

²⁵ Chamo aqui, genericamente, de doenças a todos os sintomas e problemas de saúde que constaram do calendário de anotação quinzenal, sempre à disposição nas casas das informantes.

Muitos autores concordam que há uma diferenciação no modo de perceber os sintomas e na definição da fronteira entre saúde ou doença²⁶. Nesta delimitação entre o que é saúde e o que é doença, alguns dos *sintomas percebidos* pelas mães também não foram considerados *doença*: os arranhões, bens visíveis, são um bom exemplo. Mas, outros, menos expostos ao olhar de todos, também são percebidos como *não bem doença*, embora não sejam considerados como saúde, em uma posição de transição entre os pólos saúde e doença.

A anotação destes sintomas variava entre as mães. A maioria não os anotava no calendário e, inicialmente, nos encontros relatavam que a criança *não teve nada*. Exemplo disso foi uma de nossas conversas com uma das mães sobre '*probleminhas de saúde que a gente nem dá nada*', em que ela relatou que o Allison estava com diarreia, mas que era *dos dentes que estavam nascendo*.

A febre e a diarreia são consideradas como eventos comuns que não desencadeiam preocupação, quando aparecem associadas ao nascimento de dentes. Os mesmo sintomas também são associados à vacinação e esperados como eventos comuns.

As dores de barriga, tipo cólicas, também deixavam para Elenir uma suspeita de *manha*. Às vezes, relatava ter dado antiespasmódico, ter feito massagens, ou não ter tomado nenhuma providência, *só enganando já passa*. Em um episódio em que ele reclamou de dor de barriga, Elenir não deu nada, *porque ele tinha comido uma caixa de chocolates sozinho, tinha que passar mal mesmo*.

A forma de relatar os episódios e, principalmente, a mobilização dos recursos terapêuticos, também sinalizava a forma como as mães os categorizavam. Esta espécie de

²⁶Entre estes autores estão Helman (1992) e Haaijer-Ruskamp e Hemminki (1993).

“sistema de classificação” de sintomas e doenças infantis observado no espaço familiar está, portanto, diretamente relacionada às formas de tratamento empreendidas, isto é, a classificação dos sintomas e doenças direciona a utilização de recursos terapêuticos, assim como o uso de recursos terapêuticos direciona a reclassificação das doenças.

Dessa forma, Andréia avaliava os episódios de diarreia de Bruna pela resposta que obtinha com a mudança na alimentação e com a administração de chás. Ela relatava estes episódios – que eram recorrentes – como um problema de saúde, driblando-o de acordo com a evolução: enquanto não tinha outros sintomas e até transcorrer três dias do início, considerava que era *uma diarreia fraquinha, do calor ou de alguma coisa que ela comeu*. Este tipo de evento era considerado como *doença*, mas de tipo *leve*, sem maiores conseqüências. As mães, nestes casos, identificavam os sintomas, dando-lhes atenção, sem contudo, aparentar intranqüilidade ou insegurança. Havia certa preocupação com os sintomas, bem como, atenção à ocorrência de outros, ou mudança do estado geral da criança como apetite, disposição, etc.

Febre é sintoma muito considerado na avaliação das doenças. Gripe sem febre, por exemplo, é sempre considerada *doença leve*. A febre, tanto pode ser indicativo de um caso que *não é bem doença*, como pode indicar uma *doença grave*. Pode não despertar preocupação se a mãe associá-la ao nascimento de dentes ou vacinação. Febre de até 38°C pode estar associada a uma *gripezinha*, problema considerado entre o *não é bem doença* até a doença leve. Acima de 38°C, e sem um motivo aparente, a febre passa a despertar preocupação na mãe que, dependendo da sua experiência em cuidados domésticos de saúde, pode considerar o caso fora de seu controle e de sua capacidade de resolução. A doença, neste caso, passa a ser considerada *grave*.

As doenças graves são aquelas reconhecidas como as que *podem complicar, pode até morrer*, afetando a vida da criança de alguma maneira: além da febre alta e da diarreia por mais de três dias, considera-se grave o chiado no peito e outras manifestações de problemas respiratórios, manifestações de dor, batidas na cabeça, queimaduras, arca-caída, mal-olhado.

Nota-se que a classificação não é a mesma entre todas as mães – entre o que é ou não doença e seu grau de gravidade, a exemplo das anotações dos episódios de “machucados” – nem é definitiva a classificação inicial dos sintomas. O que é entendido inicialmente como sintoma de uma doença leve pode ser classificado posteriormente como grave, dependendo da evolução dos próprios sintomas e destes em relação às ações empreendidas, como faziam Andréia e Janete junto a seus respectivos. Outro registro de nosso diário de campo ilustra a questão:

Alisson estava com coriza e pouca febre na quinzena passada e Janete administrou chás de poejo e cana-de-cheiro com mel, dizendo que era *uma gripe boba*. Mas o menino não melhorou, de acordo com sua avaliação, e neste fim de semana levou-o ao pronto socorro do hospital porque ouviu um chiado no peito e ficou preocupada.

No sentido inverso, sintomas que são classificados como graves podem deixar de ser, quando a mãe passa a ter vasta experiência com seu tratamento e adquire autoconfiança para lidar com o problema. Vejamos, nesse sentido o que nos disse Tâmara em nosso primeiro encontro: *O Kauê costuma ter bronquite várias vezes ao ano. No início era uma correria quando atacava* (as crises de bronquite). Esta recorrência parece promover uma espécie de “especialização” da mãe ou responsável no cuidado de bronquite, como já observei com outra depoente, a Alessandra. Tânia, a avó, relatou que já não se preocupa

mais com a bronquite: *a receita é sempre igual, se eu tenho o medicamento em casa, nem levo no médico.*

Já Ana Maria não estava acostumada com os sintomas da bronquite porque *nenhum filho era de ficar doente, só um quase morreu quando era pequeno por causa de arcaída.* Também Augusto, o temporão, raramente apresentava problemas. Na última quinzena do estudo o Augusto teve bronquite. A mãe relatou que no início não deram nada porque parecia só gripe. No episódio de *ataque de bronquite*, a mãe levou ao Pronto Atendimento do São Vicente.

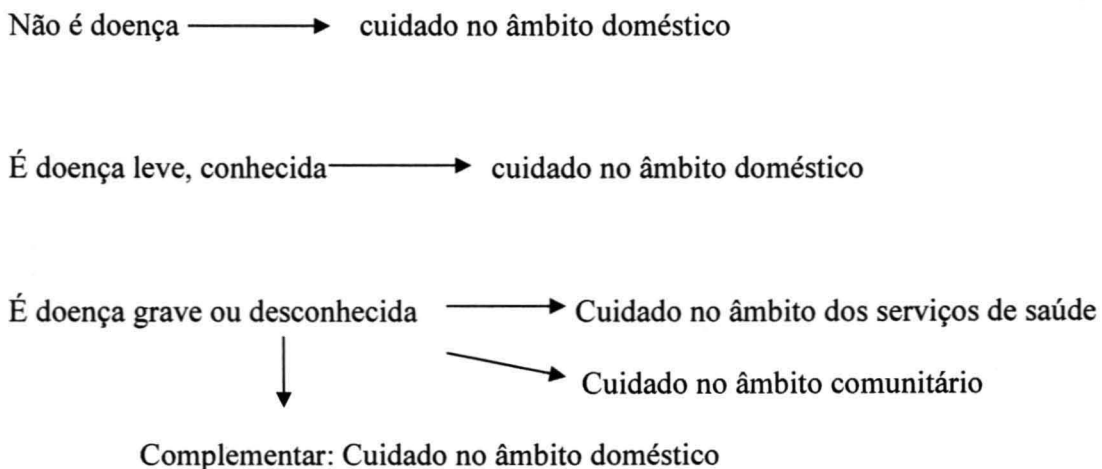
Outra forma de classificação dos sintomas é entre *os conhecidos* e *os desconhecidos*. Entre os primeiros a mãe reconhece sua origem, consegue identificar uma possível causa e sabe qual o procedimento que deve ser tomado para o caso. Os sintomas das doenças consideradas leves, e as que nem são doenças são sempre conhecidos. Já sintomas que a mãe não conhece ou para os quais ela não consegue identificar um motivo, uma origem que os justifiquem, são então desconhecidos e geralmente considerados graves por este motivo. Estes casos geram muita preocupação e as mães demonstram uma sensação de que não podem ter o controle da situação, tornado-as impotentes diante do problema apresentado.

Dona Dodô contou que a creche a chamou para levar a neta ao Pronto Socorro porque estava muito mal, com febre e vômito, *parecia que estava morrendo.* No hospital, não foi bem recebida pelo médico. Mesmo assim, perguntou que injeção era aquela que estavam aplicando, ao que o médico respondeu: *ela não está doente? Essa é a injeção que ela precisa, e pronto.* Sem dar-lhe explicação sobre o que estava acontecendo, mandou-a embora. Dona Dodô estava muito chateada com a situação, reclamou que não sabia o que a

menina teve e nem o que havia causado o problema. Nitidamente não se sentia segura ainda, não tinha o controle sobre a situação.

Ter ou não controle sobre a situação, está diretamente relacionado com reconhecer as causas – as causas colaboram na determinação da gravidade e são fundamentais para que a mãe adquira segurança no processo terapêutico. Se a febre é dos dentes, *não é nada*, se é dor de barriga, *é porque comeu besteiras*, é doença leve. São problemas sobre os quais a mãe tem controle e sabe qual procedimento deve ser tomado. Assim também as mães procuram compreender as causas dos sintomas que elas desconhecem quando procuram por um serviço de saúde, concordando com Boltanski (1989) ao relatar a importância da compreensão das causas das doenças no processo terapêutico.

No estudo, a partir da classificação dos sintomas/doenças infantis, as mães empreendiam os cuidados de saúde ou tratamentos que julgavam necessários ou mais apropriados para o momento. De forma geral, seguiam os seguintes itinerários:



Ocorre, em alguns casos, a mudança na classificação inicial da doença – pela evolução dos sintomas ou pela resposta aos tratamentos empreendidos, ocasionando a mudança do âmbito de cuidado no mesmo sentido.



Figura XVIII: Imagens da Infância

Fonte: Exposição “Imagens da Infância – Itajaí”, por David da Silva

Capítulo V: Os âmbitos de cuidados no enfrentamento

as doenças infantis

“A medicina popular carrega consigo uma definição muito singular: a de que não existe um modo único, original e ideal, válido para todas as pessoas e classes sociais, de criar as suas estratégias de vida, dentre estas as de cura.”

Oliveira (1985)

5.1. O âmbito doméstico de cuidados de saúde

Quando vi que era da garganta já mandei comprar Cataflan na hora.

A autonomia e controle da situação demonstrado por Elenir caracterizam o âmbito doméstico de cuidados de saúde. Este compreende um conjunto de práticas entendidas pela mãe e pelo grupo doméstico como fruto de habilidades próprias dela mesma ou de seus pares, mantendo certa independência em relação a agentes de cura:

Eu mesma resolvi trocar o sabonete e deu certo, nem precisou do remédio que ele (médico) receitou.

A grande maioria dos tratamentos empreendidos em primeira instância ocorreu no âmbito doméstico, corroborando a afirmação de Haaijer-Ruskamp e Hemminki (1993) de que somente 10 a 30% dos sintomas percebidos recebem atenção médica. Dos 181 episódios registrados, 74,58% (n= 135) receberam, primeiramente, algum tipo de recurso terapêutico em casa, 1,10% (n=2) receberam, primeiramente, massagem ou benzimento no âmbito comunitário, e 24,30% (n=44) receberam algum recurso terapêutico a partir de um serviço de saúde (farmácia, UBS, Pronto Socorro ou consultório médico particular). Entre todos os relatos de usos de recursos terapêuticos, 192 foram de utilizações a partir do âmbito doméstico. Além de ser o itinerário preferido como primeira forma de tratamento, aí também são utilizados recursos terapêuticos como segundas, terceiras ou quartas opções de tratamento, e de forma complementar ou concomitante com um tratamento prescrito em serviços de saúde ou por especialistas populares de saúde, no caso de Itajaí, principalmente as benzedeadas.

Os usos dos recursos se configuram em um cenário de crenças e experiências sobre saúde e doença e de condições de vida das famílias que constituem valores e significados no enfrentamento das doenças infantis no cotidiano.

5.1.1. Os recursos terapêuticos utilizados no âmbito doméstico

Analisando os recursos terapêuticos relacionados no Quadro 1, chama a atenção a elevada quantidade e variedade de medicamentos industrializados utilizados no âmbito doméstico: foram 118 relatos de uso de medicamentos industrializados neste âmbito, contra 103 relatos de uso de outros recursos terapêuticos como chás de plantas medicinais, massagens, dieta alimentar, etc. Tais números condizem com resultados de uma pesquisa que realizamos em uma UBS próxima ao Votorantim. Lá a prevalência de utilização de tratamentos antes de consulta pediátrica, portanto automedicação, é muito elevada, (65,9%), sendo que os remédios caseiros foram pouco citados (8,28%) e os medicamentos industrializados foram utilizados em 88% dos casos (LEITE et al 2005).

De acordo com o Quadro 1 o uso de medicamentos industrializados ocorreu principalmente nos casos referidos como gripe, febre, dor de garganta e machucados. Os problemas relacionados ao trato gastrointestinal como vômitos, cólica e diarreia, tiveram o uso mais expressivo de preparações caseiras, como os chás de diversas plantas medicinais conhecidas na região.

No Quadro 2 estão relatadas as motivações e justificativas externalizadas pelas mães para uso de cada recurso terapêutico no âmbito doméstico, com citações elucidativas da concepção que elas têm de cada recurso, como o valor e a lógica de utilização:

Recurso terapêutico	Nome científico ou genérico	Justificativa do uso
Chá de erva-doce	Frutos de <i>Pimpinella anisum</i>	Administrado como água, geralmente em mamadeiras que são oferecidas durante o dia. Evita cólicas e outros tipos de dor.
Chá de cana-de-cheiro	Folhas de <i>Cimnapogon citratus</i>	Administrado quando a criança está <i>enjoadinha</i> , sem um sintoma definido.
Chá de folhas de laranjeira	Folhas de <i>Citrus aurantium</i> L.	Era utilizado pela avó quando a mãe era pequena, é bom para gripe
Chá de salva	Folhas de <i>Lippia alba</i> (Mill) N.E. Brown	É bom para gripe, utiliza-se juntamente com outros chás
Chá de guaco	Folhas de <i>Mikania glomerata</i> Sprengel	é próprio para bronquite, solta o catarro e diminui a tosse
Chá de hortelã	Partes aéreas de <i>Mentha</i> sp.	Utilizado para vômito quando é causado por vermes; Alivia a dor da diarreia
Chá de broto de goiaba	Brotos de <i>Psidium guajava</i> Raddi.	Tranca a diarreia
Chá de mil-folhas	Partes aéreas de <i>Achillea millefolium</i> L.	Limpa o peito (em relação ao catarro); utilizado como água quando há sintomas de gripe
Chá de poejo	Partes aéreas de <i>Mentha pulegium</i> L.	sempre usei para tosse; utilizado como água quando há sintomas de gripe
Chá de tanchá	Folhas de <i>Plantago major</i> e <i>Plantago tomentosa</i>	acalma os sintomas da gripe; utilizado como água quando há sintomas de gripe
Chá de canela	Cascas de <i>Cinamomum</i> sp.	limpa a barriga por dentro, utilizado em problemas digestivos
Chá de feijão-andú		Uma cliente da UBS utilizava para dar banho no filho com catapora, <i>seca</i> os ferimentos
Chá de orégano	Folhas de <i>Ocimum vulgare</i> L.	Utilizado contra cólicas de lactentes
Chá de macela	Inflorescências de <i>Achyroclines satureoides</i>	É bom para problemas do estômago, quando a criança come alimentos <i>que não caem bem</i>
Chá de camomila	Inflorescências de <i>Camomilla recutita</i> L.	Usado em vômito, mas não é referido pelo efeito farmacológico
Chá preto	<i>Camellia sinensis</i> (L) O Kuntze	Utilizado em problemas digestivos
Chá de melissa com Bálamo Branco	Folhas de <i>Melissa officinalis</i> L e composto de óleos essenciais e águas aromáticas	Utilizado em vômito, alivia a dor no estômago e <i>limpa</i> .
Soro caseiro	Água, sacarose e cloreto de sódio	É bom dar quando ocorre vômito causado por calor
Sebo de ovelha derretido com mel		<i>Solta o catarro</i> , a mãe de Janete sempre utilizava
Xarope de Coca-cola com guaco	Refrigerante de cola e <i>Mikania glomerata</i> Sprengel	Receita de uma vizinha de Eliana para tosse comprida
Xarope caseiro de feijão-andú, alfavaca e sabugueiro	<i>Ocimum gratissimum</i> <i>Sambucus australis</i>	Sem receita específica, junta-se às plantas para gripe e faz-se um xarope.

Azeite		Expectora, ajuda a <i>soltar o catarro</i>
Banha de porco		Alivia dores relacionadas a problemas de pele, como assaduras
Água com cachaça	Água e aguardente	Utilizada para o banho de crianças com brotoeja, costume da família de Janete, muito conhecido na região
Água aquecida no sol		Utilizada para o banho de crianças com brotoeja, costume da família de Janete, muito conhecido na região
Água com açúcar	Água e sacarose	Para limpar os olhos, tira a infecção em conjuntivite
Pedra hume		A vizinha de Ana Maria disse que <i>seca</i> as feridas
Pressão com uma faca		<i>a faca corta o galo</i> , Janete acredita que faz o mesmo efeito do gelo, porque também é geladinha
Gelo		É o que deve ser usado quando acontece uma batida
Mel		Utilizado quando a criança tem gripe: na água, nos chás, na mamadeira.
Banho morno		<i>Puxa a febre</i>
Cuidados com o frio		Problemas respiratórios, de ouvidos e febre, são comumente associados à exposição da criança ao frio, como vento, andar descalço, usar pouca roupa.
Dieta alimentar		Diarréia, vômito e cólicas são associadas a alimentos que <i>não caem bem</i> , que fermentam ou passam no leite.
Aumento da administração de líquidos		A água é identificada como forma de <i>limpar</i> o organismo, principalmente em problemas digestivos.
Inalação	Inalação de vapores de água	<i>Solta o catarro</i>
Floratil	Solução oral de <i>Saccharomyces boulardii</i>	Os médicos sempre receitam
Pasta d'água	Óxido de zinco	Após a receita médica em um episódio foi utilizada novamente para assaduras
Peptosil	Salicilato de bismuto monobásico	Indicado pela farmácia, resolve a diarréia
Dipirona	Dipirona	Para febre alta (acima de 38,5°C)
Tylenol	Paracetamol	Para febre até 38°C, e dor., <i>é mais fraco</i>
AAS	Ácido acetil salicílico	Quando a criança está <i>enjoadinha, aborrecida</i> , mas sem febre
Cataflan	Diclofenaco potássico	<i>baixa a febre, e se for garganta já melhora</i> , previne e trata dor de garganta quando há sintomas de gripe
Analgésicos, comprimidos		Partido em 4 pedaços, são utilizados para dor de cabeça
Sorine	Solução de Cloreto de sódio	É sempre bom ter em casa, desentope o <i>narizinho</i>
Xarope de Carbocisteína	Xarope de Carbocistena	Acalma a tosse da criança
Xarope Brismocol	Xarope de acebrofilina	Reutilização de receita médica
Xarope de guaco (comercial)	<i>Mikania glomerata</i> Sprengel	Um médico receitou uma vez, <i>é natural</i>
Xarope Vick	Xarope de guaifenisina	Sempre tem em casa
Xarope de Salbutamol	Salbutamol	<i>o médico sempre passa, ou então, Silomat</i> , utilizado para qualquer sintoma de gripe

Xarope Infantoss	Composto de guaco outras plantas	É natural e ajuda bastante na melhora de gripe
Resfenol	Paracetamol, clorfenamina e fenilefrina	Os sintomas da gripe passam logo, <i>é tiro e queda</i>
Naldecon	Cloridrato de fenilpropanolamina, cloridrato de de fenilefrina, citrato de feniltoloxamina, maleato de cabinoxamina	Quando começam os sintomas de gripe, <i>é uma benção</i>
Amoxicilina	Amoxicilina	É o que o médico receitou da outra vez
Mercúrio	Mercúrio cromo	Para <i>secar</i> ferimentos
Merthiolate	Tiomerosal	Para <i>secar</i> ferimentos
Xilocaína pomada	Lidocaína	Alivia a dor dos machucados
Talco Cutisanol	Silicato de magnésio, diiodotimol, óxido de zinco, subgalato de bismuto	Limpou a pele das brotoejas da filha da vizinha de Janete
Supositório de Transpulmin	Guaiacol, cânfora, eucalipto e mentol	<i>Puxa o catarro</i> para as fezes.
Permanganato de potássio		Seca as feridas da catapora
Luftal	Dimeticona	Alivia as cólicas de neném, às vezes. Foi receitado ainda na maternidade para a maioria.
Espasmo silindron	Dimeticona/Camilofina	Para cólica de crianças.
Bálsamo Branco	Composto de óleos essenciais e águas aromáticas	É bom para má digestão de adultos, mas o farmacêutico disse que poderia usar para o bebê
Albendazol	Albendazol	Utilizado quando já faz 6 meses ou um ano que a criança tomou remédio de vermes
Zentel	Albendazol	Utilizado quando já faz 6 meses ou um ano que a criança tomou remédio de vermes
Plasil	Metroclorpramida	É o que dão no PA para vômito.
Quadriderm pomada	Betametazona, sulfato de gentamicina, tolnaftato, viofórmio	Sempre tem em casa para qualquer problema de pele
Povidine	Polivinilpirrolidona-iodo	Limpa os ferimentos
Cetobeta	Cetocanazol, betametazona, sulfato de neomicina	É utilizada com as mesmas indicações de Quadriderm, <i>mas quadriderm é melhor</i>
Nistatina	Nistatina	Já receitaram na UBS uma vez
Alcool		Refresca a pele, aliviando a dor causada por mordidas de insetos
Dexametasona pomada	Dexametasona	Para não inflamar as mordidas de insetos
Ciprofloxacino	Ciprofloxacino tópico	Receitado anteriormente para o mesmo problema

Analisando o Quadro 2 encontramos questões importantes a destacar. O uso de recursos naturais, como massagens e chás de plantas medicinais, foi relatado para indicações farmacológicas bem específicas e já há muito conhecidas, como chá e xarope de Guaco (*Mikania glomerata* Sprengel) ou de poejo (*Mentha pulegium* L.) para sintomas de gripe, chá preto (*Tea sinensis* L.), de hortelã (*Mentha sp.*) e de brotos de goiabeira (*Psidium*

guajava) para diarreia e , frutos de erva-doce (*Pimpinella anisum* L. ou *Foeniculum fueniculum*) para cólicas, massagens com banha ou óleo para cólicas e dores. A idéia muito difundida de que as plantas medicinais e preparações caseiras seriam utilizadas como panacéias não se confirma nos usos aqui relatados.

Os medicamentos industrializados, no entanto, foram utilizados em todos os tipos de doenças ou sintomas relatados. Diversos usos divergentes da indicação preconizada na literatura foram relatados: amoxicilina, antibiótico muito prescrito em pediatria, e outros antibióticos foram utilizados em subdoses (um ou dois dias), para aliviar sintomas ou para resfriados, enquanto a administração recomendada é de, em média, sete dias de tratamento em doses de 8/8 horas apenas em infecções por bactérias susceptíveis; antiinflamatórios, principalmente o diclofenaco potássico (sempre com um único nome comercial), foram utilizados, de forma bastante recorrente, como preventivo, principalmente contra inflamação da garganta nos casos relatados como gripe ou febre, sendo que esta classe de medicamentos não produz ação preventiva de agravos; ácido acetil salicílico foi utilizado para acalmar ou melhorar a disposição de crianças, indicação não encontrada na literatura. Em contrapartida, o soro caseiro, produto terapêutico de fácil acesso e difundido como tratamento ideal para diarreia, foi citado em um único caso de diarreia e em um de vômito.

A utilização de alguns medicamentos, diferentemente do preconizado pela literatura biomédica, indica que tal prática, adquirida na relação com os serviços de saúde e os meios de comunicação, são ressignificadas a partir das concepções de saúde/doença/tratamento das mães e de suas experiências nos cuidados de saúde das crianças. Porém, o fato de diferir da utilização indicada pelos serviços não torna este uso aleatório. Há parâmetros que definem a utilização dos recursos terapêuticos a partir das causas reconhecidas para as doenças ou da gravidade percebida pela mãe.

Desta forma, o AAS só é utilizado enquanto a criança está *enjoadinha, renenta*, mas não aparenta ter uma dor localizada, e não tem febre, diferentemente de sua utilização no fim da década de 1980 no sul do Brasil, quando as crianças utilizavam aspirina principalmente devido à febre ou infecções respiratórias (Béria et al 1993). O paracetamol é o medicamento mais utilizado nos primeiros sinais de febre, enquanto a mãe percebe a febre como sendo baixa – medida com termômetro, deve ser menor que 39°C, ou *medida* através do toque para sentir o calor, pelas mães mais experientes. Apesar de algumas mães terem relatado que paracetamol é para dor e febre, apenas Neide relatou seu uso em episódios em que o filho estava machucado, porque parecia que ele tinha dor. Dipirona é utilizada apenas em casos de febre alta – acima de 38 ou 39°C, dependendo da mãe- e é pouco utilizada no âmbito doméstico, uma vez que febre muito alta é sinal de doença grave e, geralmente, nestes episódios, as crianças são levadas ao Pronto Atendimento da Policlínica São Vicente ou ao Pronto Socorro do Hospital Infantil. O Cataflan também é utilizado para dor e febre, mas apenas se a mãe associa o quadro a uma inflamação da garganta. Para a dor de cabeça de que Jackson reclamava freqüentemente, Eliana utilizava os medicamentos mais conhecidos, como Aspirina, Dorflex ou Doril, *aquela que tiver em casa*, partido em porções menores.

O medicamento Luftal, cuja prescrição é feita, segundo as mães, ainda na maternidade, é utilizado para cólicas de bebês, especialmente enquanto lactentes, assim como o chá de orégano. Após este período, o medicamento preferido é o Espasmo Silindron, que tem praticamente a mesma composição.

Alguns outros medicamentos, como a Nistatina e Salbutamol, e produtos naturais como chá de feijão-andú ou xarope de coca-cola com guaco, eram utilizados pelas mães

porque tinham sido recomendados e aprovados anteriormente, por médico, farmácia ou ainda, por outra mãe – *funcionam* ou há uma informação de uso em que funcionou.

Tais utilizações de recursos no âmbito doméstico remetem à citação de Boltanski: “A medicina familiar *não se entrega a loucas improvisações*, se contém em fronteiras-limites do campo de aplicação e dos meios terapêuticos que *ela tem direito*” (BOLTANSKI 1989:15 grifos meus). Ou seja, a utilização dos recursos é bem estabelecida dentro de parâmetros que levam em consideração as causas do problema, a gravidade percebida e indicações de produtos que, ou têm um padrão de utilização popular bem definido e experimentado, como chá ou xarope de guaco, AAS e Cataflan, ou seguem uma indicação apreendida e experimentada pela mãe, como a Amoxicilina e o chá de feijão-andú.

Entre os medicamentos utilizados neste âmbito há alguns que merecem especial atenção. O consumo de aspirina está associado com a Síndrome de Reye (uma encefalopatia aguda associada à degeneração gordurosa do fígado) em crianças com doenças virais e/ou febre. Apesar da raridade desta síndrome (incidência anual inferior a um caso por 10.000 crianças), seu uso é desaconselhado em menores de doze anos de idade, (FERNANDÉZ-LHIMÓS et al 2004). Para as mães, no entanto, o AAS infantil é um produto muito simples, quase que inócuo. Sob esta percepção, Janete não deu importância ao alerta da enfermeira na UBS para que não utilizasse AAS, ao levar Alisson para medir a febre. Na verdade, ela prestou atenção na orientação, tanto que me relatou, mas não concordou: *AAS é para estes sintomas indefinidos e também para uma gripezinha, paracetamol é para febre baixa e dipirona para febre alta*. Ela tinha larga experiência no uso do produto e nunca viu problema nenhum. Tem sido dada preferência ao uso paracetamol como analgésico e antipirético por sua relativa segurança de uso em relação a outros da mesma classe. Mesmo assim, pequena incidência tem sido relatada de casos de

agranulocitose, anemia, dermatite, hepatite, cólica renal e trombocitopenia. A utilização indiscriminada de diclofenaco potássico, assim como de outros antiinflamatórios não esteroidais, merece atenção por sua relação com o desenvolvimento de distúrbios do sistema gastrointestinal, além do possível desenvolvimento de urticária, cefaléia, alergia (como edema de língua e angiodema) e insuficiência renal. (USP DI, 2005).

A utilização muito difundida de produtos que combinam analgésicos, anti-histamínicos ou descongestionantes também é preocupante, pois sua utilização em crianças pode ocasionar hiperexcitabilidade, sonolência e ressecamento das mucosas. Várias precauções são conhecidas, como em casos de asma aguda (embora os anti-histamínicos possam diminuir a broncoconstrição por alérgenos, os efeitos colinérgicos podem causar espessamento das secreções e prejudicar a expectoração em episódio de asma), obstrução ou predisposição a retenção urinária (efeitos anti-colinérgicos dos anti-histamínicos podem precipitar ou agravar a retenção urinária), doença cardiovascular (efeitos pressores e nos batimentos cardíacos podem ser exacerbados devido aos efeitos cardiovasculares amino-induzidos), diabetes mellitus (aminas simpato miméticas podem aumentar o risco de doença cardiovascular), hipertireoidismo (a taquicardia pode ser aumentada devido as propriedades estimulantes das aminas simpato miméticas) (IDEM).

A utilização indiscriminada de antihelmínticos, como albendazol, além de exceder seu propósito terapêutico, uma vez que é administrado sem diagnóstico, pode gerar problemas de desenvolvimento em crianças e alterações hepáticas, além de outros possíveis efeitos adversos (MARTINDALE, 2005).

Outro grupo de medicamentos que merece especial atenção é dos antibióticos. Estes tem sido historicamente prescritos exageradamente e utilizados em automedicação para

problemas menores, para os quais não são indicados, como gripe, diarreia e tosse. Quando utilizados em sub-doses, como observamos durante o estudo, há a promoção da resistência bacteriana ao medicamento. Este é um sério problema de saúde pública, visto que a eficácia dos antibióticos tem visivelmente diminuído em virtude da crescente resistência dos microorganismos aos medicamentos disponíveis (WHO, 2004).

Já a utilização de medicamentos na forma farmacêutica de xarope leva a uma errônea concepção das indicações e da potência destes produtos, em geral considerados produtos mais fracos. Os xaropes são compreendidos como iguais ou muito semelhantes entre si e sempre indicados para tosse ou problemas respiratórios relacionados. Para as informantes, um xarope de salbutamol ou de cloridrato de clobutinol tem os mesmos usos, são equivalentes, e são utilizados no âmbito doméstico indistintamente para qualquer sintoma de problema respiratório.

5.1.2. Os tratamentos preventivos nos cuidados domésticos das crianças

Uma importante face das habilidades de mãe é caracterizada pelos cuidados de saúde preventivos em relação às crianças, tão bem expostos por Lizete: *a mãe relaxada não cuida da alimentação, da higiene, da moral, da saúde.*

Os tipos de cuidados desenvolvidos pelas mães são correspondentes ao entendimento sobre as causas de doenças infantis: Dona Dodô tem muitos cuidados com a bisneta, mas afirma que o motivo de uma criança ser ou não ser adoentada, é da própria criança: *para algumas um vento já dá uma gripe, para outras não.* Ilustrou a afirmação contando que o filho mais velho ficava doente com grande facilidade e os outros não.

Também contou que o filho mais novo nasceu de um parto muito difícil, e que na época os médicos disseram que ele poderia vir a ter algum tipo de problema mental ou motor, porém ele é *excepcional a mais, tão inteligente e forte que é*. Esta concepção de que existe um fator inerente a cada criança quanto à susceptibilidade de desenvolver doenças também foi citado por outras mães durante o estudo. Rosana, em suas articulações entre a racionalidade biomédica e os conceitos populares, fez muitas referências à imunidade das crianças, algo que deve ser desenvolvido para *aumentar a resistência da própria criança*. Baseada nisto, explicou-me: *agora estou expondo ela ao ventinho, ao sereno, para começar a criar resistência dela mesma. Porque alimentação é ótima, come de tudo. Está andando descalça até*.

Sua fala traz a concepção da imunidade adquirida, tema da racionalidade biomédica, e das mudanças climáticas como causas de doenças, concepção popularmente muito difundida e amplamente expressa por todas as mães ouvidas:

ataca (a bronquite) quando o tempo muda.

não anda descalço, não toma gelado, e não adianta, dá vontade de deixar fazer tudo pra ver se melhora.

Cida cuida quando tem sintomas de febre e gripe: *não lava a cabeça, não sai no sereno, não pega friagem.*

Um tempo depois do nascimento do segundo filho de Alessandra comentei com ela o fato do menino estar já há muito tempo sem problemas de saúde, o que ela justificou como decorrência dos cuidados que vinha tomando: não deixava se molhar com mangueira, não andava descalço, etc.

Os episódios de gripe e resfriado do menino sempre foram relacionados por Lizete a banho frio, água gelada, pé descalço, sorvete ou friagem a que a mãe biológica o tinha exposto, ou, então, lembrou-se de uma vez em que tentou deixá-lo na creche e as *professoras tansas* deixaram o menino dormir sem camisa embaixo de ventilador.

Hufford (1997) afirma que a crença de que problemas respiratórios como gripe ou resfriado são causados pela exposição ao frio, e o papel do “quente e frio” na prevenção e tratamento destes problemas, é praticamente universal na medicina *folk*²⁷, não é uma crença limitada a algum grupo específico. Entre as mães do Votorantim é uma unanimidade: mãe tem que ter cuidados com a *friagem* que os filhos tomam.

O uso de chás de plantas medicinais e o uso de alguns medicamentos também faz parte dos cuidados preventivos adotados no âmbito familiar. A utilização de chás *como água*, ou seja, oferecer chás de plantas diariamente para as crianças e não a água como líquido, é uma prática muito comum na região e pode ser observado freqüentemente:

Lizete sempre administrava chás adoçados para o menino em lugar de água, o que considerava um bom exemplo de cuidado de saúde: *esse menino não fica mais doente com essas coisas que a mãe dele faz porque eu dou muito chá, ontem ele deve ter tomado uns dois litros de chá.*

Desde que a menina nasceu Marilene começou a oferecer chás adoçados como água, todos os dias sob a justificativa de que *o chá é bom para cólica e resfriados...* A insistência foi tão grande que, mais tarde, a menina não aceitava água, só líquidos adoçados, e ficou com o peso acima do normal. Aos chás as mães atribuem, quando não há uma doença a tratar, uma função que se enquadra entre a medicamentosa e a alimentar.

²⁷ “Folk medicine” é um termo muito utilizado na língua inglesa para designar as práticas populares de saúde.

A preocupação com a alimentação é um outro cuidado de saúde importante e de responsabilidade da mãe. Lembrando as palavras de Lizete sobre a *mãe relaxada*, não é admissível que se alimente os pequenos com *besteiras*. Ela enumerou os alimentos que não podem faltar na alimentação das crianças para que fiquem fortes e sem doenças: ovos, leite, carne, feijão, frutas. Quando Victor chega da casa da mãe, ela já prepara *um pirão de caldo de feijão, mas só do caldo porque os baguinhos podem dar dor de barriga, com uma gema de ovo molinha, porque lá, só come porcarias: picolé, suco de tinta, salgadinho, pipoca e refrigerante.*

As orientações normalmente feitas por profissionais de saúde e recentemente também veiculadas pela mídia quanto à alimentação no período da lactação não correspondem às práticas alimentares que pude observar. Quando conhecemos Marilene sua filha tinha apenas dois meses de idade. Nos primeiros encontros ela relatava pequenas indisposições do nenê, como as cólicas para o que *só dava mamá*, pois achava que isso ajudaria a aliviar os problemas da criança. Depois de algumas semanas, apareceu o chá de erva-doce com açúcar como água nos relatos.

A relutância em explicitar o uso de chás reflete a consciência da mãe sobre as orientações “oficiais” de administrar apenas leite materno até o sexto mês. Se não vejamos a reação de Janete: disse que o pediatra mandou dar suco de laranja, mas que Alisson não gostou. Reafirmamos o valor nutritivo do suco e sua importância para que o menino se acostumasse a sabores diferentes. Perguntamos ainda, quando daria salgado sob a mesma justificativa ao que ela, surpresa, pôs-s a falar sobre muitas coisas que costuma dar para o neném: pedaços de carne para chupar, pão amanhecido, biscoitos caseiros, acrescentando: *essas coisas eu não falo para os médicos, eles querem que faça só o que eles pensam, querem mandar nos nossos filhos.*

Na intimidade da família, Janete oferece ao filho o que acredita ser uma alimentação forte: carne, pão, feijão. Além da alimentação direta dos filhos, as mães também cuidam da própria alimentação no período da lactação. As cólicas da criança neste período são diretamente relacionadas à alimentação materna. Por isso, parece haver uma certa tendência das mães se culparem pelas pequenas doenças alimentares dos filhos. Considerados entre os maiores vilões da alimentação das mães neste período estão o chocolate e o feijão.

Mas o feijão é alimento considerado importante na manutenção da saúde e força de qualquer pessoa e para poder comê-lo durante a amamentação, Janete, uma das entrevistadas, ensinou-nos como proceder:

Quando vai comer feijão, coloca um pouquinho no lábio do bebê, deixa ele sentir o gosto, aí pode comer que não dá cólica nele.

A aplicação de medicamentos como prevenção ficou mais evidenciada no uso do Cataflan e de *remédio de verme*. Além de ter sido administrado no âmbito familiar em quase todos os episódios referidos como dor de garganta, o Cataflan, constante das *farmacinhas* caseiras, foi utilizado e também referido como forma de prevenir infecção de garganta, via problemas respiratórios.

Nenhuma mãe soube nos informar como começou a utilizar este medicamento: *todo mundo sabe*, me contou Lizete, que não deixa faltar o produto em casa.

Outra utilização de medicamento industrializado associada à prevenção de doenças é a de *remédio de verme*, entre os quais foi citado o albendazol.

Silvana anotou no calendário que os dois filhos tomaram remédio de vermes, sem no entanto, estarem com vermes, alegando: *já faz um ano que tomaram, as crianças ficam mais agitadas, nervosas, então está na hora de dar remédio de verme*. Ela comprou o

genérico do medicamento receitado por um médico há anos atrás e tem repetido a receita nos últimos anos.

Todas as mães fizeram referência à necessidade de administrar remédio de vermes, algumas de ano em ano e outras de seis em seis meses, sendo que são poucas as que fazem referência à necessidade de levar ao médico para este tipo de avaliação.

Em um episódio de vômito Dona Dodô associou o fato à possibilidade de Verônica estar com vermes: *quando a criança tem vermes, vê alguma coisa que quer comer e não come, um doce, às vezes uma coisa que a gente ta comendo e não dá pra ela, ela vomita.* Esta é uma crença bastante difundida na região. Neste caso, Dona Dodô deu chá de hortelã (utilizado popularmente para vermes) e depois Cláudia pediu receita de vermífugo para um médico que trabalha com ela no hospital, sem exames e sem consulta. Ficou para nós o questionamento: neste caso poderíamos dizer que houve uma prescrição de medicamento ou automedicação com prescrição?

A prática médica, acreditamos, colabora para este costume tão solidificado: em pesquisa para trabalho de conclusão de curso realizado por estudantes de Farmácia de Itajaí em UBS próxima ao Votorantim, a maioria das prescrições pediátricas continham um ou dois antiparasitários, mesmo quando a queixa da mãe que motivava a consulta nada tinha a ver com parasitoses, e sempre sem solicitação de exames de fezes (COMANDOLI e ABREU, 2003).

5.1.3. Não é bem doença, não é bem remédio

Quando a Evelyn tinha nove meses de idade, teve febre por três dias seguidos sem que isso causasse preocupação em sua mãe, que atribuía o problema ao nascimento dos dentes. Essa reação é comum entre as famílias: a febre pode indicar sintoma de gravidade da doença, dependendo do contexto. Se estiver associada a um problema considerado normal, não preocupa e é tratada sintomaticamente. Com a diarreia acontece o mesmo e, nestes casos, nenhum recurso terapêutico é utilizado nem mesmo o soro caseiro. Evelyn também apresentou sintomas de febre e diarreia que foram associados pela mãe à vacinação. Deu banho morno para baixar a febre e chá de hortelã que alivia a dor de barriga. Afinal, como ela mesma diz *é só da vacina, não é que ela tá doente*.

Nesse contexto, dos sintomas que não significam doenças, os medicamentos e outros recursos também não são considerados como *uso de medicamento ou tratamento, não dei nada, só um tilenolzinho*. O medicamento Tylenol, neste caso, tem seu próprio valor diminuído pelo motivo de sua utilização: se o motivo não é doença, o produto não é medicamento.

Num dos encontros que mantivemos, Alessandra soube que Gabriel, seu filho, estava com diarreia, mas a mãe disse que não havia dado nenhum remédio, pois achava que *era só alguma coisa que ele comeu e não fez bem*. No encontro seguinte, ela contou ter levado o menino ao Pronto Socorro do Hospital Infantil no dia posterior ao nosso encontro, porque já fazia mais de três dias que a diarreia se instalara e não passava nem com Tylenol e soro caseiro que vinha tomando desde de o início. Neste episódio, o medicamento e o

soro passaram a fazer parte da história de uma doença, então a mãe passou a valorizá-los, pois serviram como termômetro para o problema.

O “aessezinho” para criança *enjoadinha, renenta*, apareceu em diversos relatos. Os comprimidos de AAS infantil foram utilizados, durante este estudo, apenas em situações em que a criança não apresentava febre ou outro sintoma bem estabelecido como *doença*. Sua indicação está relacionada aos sintomas de gripe, mas enquanto o quadro ainda não está bem definido e não supõe qualquer gravidade: *dei um aessezinho porque ela estava renentinha, chata, não queria nada. Parece que o AAS tira essa coisa ruim, esse mal estar*. Outras mães fizeram referência ao fato da criança dormir melhor e ficar mais sossegada com o uso do produto.

Em um episódio de vômito de Gabriel, Silvana usou chá de marcela, Plasil e soro caseiro. Dois dias depois, a outra filha, Amanda, pediu um chá igual ao que o irmão tinha tomado, embora não tivesse nenhum sintoma de doença. A mãe disse que fez o chá como um carinho, o que reflete o valor dos recursos terapêuticos como instrumentos de cuidado, de atenção, também citada por Elenir.

As dores de barriga deixavam para Elenir uma suspeita de manha. O menino reclamava com muita frequência à noite. Às vezes, Elenir dizia que tinha dado *umas gotinhas de Busconpan*, ou relatava que havia feito massagens, ou ainda, dizia nada ter feito, *só enganando já passa*. Disse também que o menino pede leite com açúcar quando tem dor, ao que acrescentou *é só um denço, porque ele é assim gangento, então eu faço o leite pra ele e ele diz que a dor passou*.

Esta categoria de sintomas considerados *não bem doença* e a conseqüente utilização de medicamentos e outros recursos *não bem como medicamentos* têm uma implicação direta sobre os estudos de utilização de medicamentos e sobre as atividades de educação em

saúde para o uso racional de medicamentos. Ambas as atividades não podem atingir *esses usos*, pois nem são considerados tratamentos, nem uso de medicamentos.

5.1.4. Esse remédio é uma benção

Lizete usou este termo para designar como compreende o medicamento chamado Naldecon. Este é um produto que ela preza de forma especial por ser eficiente nos casos em que Victor apresenta sintomas de gripe – que costumam ser freqüentes devido à diferença de temperatura a que a mãe biológica expõe a criança. Aquele medicamento significa para ela uma solução rápida para os sintomas que incomodam e que devem ser resolvidos por ela, na condição de mãe exemplar que procura ser.

Para Silvana, o Resfenol tem este mesmo valor de *resolver* os primeiros sintomas da gripe: *quando ele começa daquele jeito já dou o Resfenol e já melhora*. Para sua outra filha, os medicamentos que *resolvem* são o Cataflan e o Tylenol.

O Cataflan, em especial, foi muito citado como um medicamento mágico, como na acepção de Perini e Acurcio (2001, p.7): traz “ao indivíduo uma resposta fácil e libertadora, seja por permitir uma compreensão acessível de sua condição de saúde ou mesmo libertadora à necessidade de auto-conhecimento e de atuação nas transformações das condições da sua própria existência”. O Cataflan é reconhecido pelas mães com um medicamento que não pode faltar, porque está entre os *que funcionam*: como preventivo e como curativo, principalmente nos problemas relacionados à garganta.

Os usos destes medicamentos podem ser comparados àqueles que são relatados por Ferreira (2001) para justificar o grande consumo de medicações alopáticas nas classes populares pelo alívio mais rápido dos sintomas, em relação aos outros recursos caseiros.

Seu valor então, é pragmático: é bom porque resolve, e rápido, “*é tiro e queda*”. Também lembra a citação de Boltanski (1989;22): “é suficiente saber reconhecer a gripe e saber que se trata com Antigripine”. O autor interpreta estas práticas do âmbito doméstico como uma medicina imitativa, na qual não importa a origem ou causa das doenças, assim como não importa ter explicações para o fenômeno.

No entanto, as mães que aqui se expressam parecem indicar que, além do valor da eficácia rápida por si só, o uso destes medicamentos guarda uma associação com o valor de reconhecer as causas: dá-se Cataflan, *e se for da garganta melhora*; se for gripe, com Naldecon melhora. E esta gripe ou dor de garganta foi causada por uma exposição ao frio ou ao vento. O medicamento, desta forma, colabora na “compreensão acessível da sua condição de saúde”. E, como medicamento mágico que é *uma bênção* promove para a mãe e para a família a sensação de controle sobre a situação de doença da criança, restabelece a tranqüilidade roubada pela doença.

Voltando a Boltanski, podemos ainda considerar que a medicamentação dos eventos é uma prática imitativa da prática médica: uma prescrição a partir de uma consulta que não dura mais que poucos minutos só pode ser mesmo de um medicamento *mágico*, capaz de curar, ainda que nestas condições.

5.1.5. O uso de medicamentos só receitado pelo médico

Ela só toma medicamento receitado pelo médico.

A afirmação desta mãe exprime o que ela acredita. Repetir a dose de um medicamento que ela não domina quando a criança apresenta aqueles mesmos sintomas que

ela também não se sente capaz de tratar sozinha, não é automedicação: é obedecer a prescrição do médico. Assim, Alessandra administrou, por exemplo, o antibiótico prescrito em outra ocasião quando Gabriel começou a apresentar os sintomas de problema respiratório, *antes que piorasse*, e suspendeu o uso em um ou dois dias, porque já estava melhor. E para ela isto não é automedicação: *eu tenho medo de ficar dando medicamento pra ele por automedicação*, expôs ela, justificando porque administrou o mesmo medicamento que o médico havia prescrito anteriormente.

A repetição de receitas médicas acontece dentro do âmbito doméstico, a partir do reconhecimento de sintomas e é realizado pela mãe e por sua decisão, mas ela acredita que está seguindo orientação médica, é um conhecimento que ainda é do médico que ela só está repetindo. Tal concepção difere substancialmente do que é considerado automedicação nos estudos de utilização de medicamentos e entre os profissionais de saúde de forma geral, como demonstram Loyola Filho et al (2002). Os autores citam todas as formas de consumo de medicamentos consideradas como automedicação nos diversos estudos disponíveis: adquirir o medicamento sem receita, compartilhar remédios com outros membros da família ou do círculo social e utilizar sobras de prescrições, reutilizar antigas receitas e descumprir a prescrição profissional, prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem e o período de tempo indicados na receita.

Paulo e Zanini (1988) citam a “automedicação orientada” como sendo aquela em que o paciente obtém diagnóstico médico e orientação sobre as possibilidades farmacológicas, e “existe a supervisão médica para toda a qualquer evolução imprevista dos sinais e sintomas do paciente” (Paulo e Zanini 1988; 70), situação que não foi observada durante este estudo. Os autores não citam a reutilização de receitas médicas e sua relação com a automedicação. No entanto, Vilarino et al (1998) em estudo sobre o sul do Brasil,

afirmaram que em 26,5% das situações que eles consideraram como sendo de automedicação, houve reutilização de receitas médicas. Também em Itajaí, na UBS do Hospital Costa Cavalcanti, constatou-se que a utilização de medicamentos antes de consulta pediátrica teve como fonte de indicação uma prescrição médica antiga em 50,3% dos casos (LEITE et al 2005).

Os problemas relativos a esta prática são muitos: resistência bacteriana, disfarce de doenças mais sérias que podem evoluir negativamente, reações de hipersensibilidade, dependência e abuso de drogas, sangramento digestivo, sintomas de retirada e aumento de risco para determinadas neoplasias (VILARINO et al 1998). Voltemos ao nosso estudo afim de perceber como se coloca essa questão. Jéssica e Kauê estavam com gripe, ela com muita tosse e ele apenas com coriza. Tânia tratou as crianças com Aerodine (salbutamol), que já tinha em casa, porque *cada vez que leva ele no médico, eles sempre passam isso ou Silomat*. Para a compreensão de Tânia, estes dois medicamentos são semelhantes, pois são receitados quase que indiferentemente para sintomas de *gripe*, um conceito muito amplo. Na verdade, são medicamentos indicados em diagnósticos muito diferentes, mas isto não é explicitado para a mãe nas consultas médicas ou na dispensação de medicamentos. Isto é um problema porque, apesar de realmente as receitas para bronquite, por exemplo, serem sempre muito semelhantes, a falta de diagnóstico pode levar ao uso de medicamentos não adequados ao caso, ou à falta de tratamento adequado, com agravamento sério do caso.

A semelhança das prescrições médicas, especialmente em problemas recorrentes, promove uma espécie de “especialização” da mãe ou responsável no cuidado de tais problemas, como acontece com Alessandra e Tânia no trato da bronquite: *a receita é sempre igual, se eu tenho o medicamento em casa, nem levo no médico*.

A repetição continuada acaba por conferir confiança e segurança à mãe que incorpora este uso ao seu conjunto de saberes, passando a administrar porque *eu mesma quis*. A situação em que considera que está apenas repetindo uma ordem médica, que está utilizando um saber que é do médico e não seu, perdura por um período suficiente para que a mãe “aprenda” a entender os sintomas e tratar ela mesma o problema, muitas vezes misturando a essas prescrições algumas práticas caseiras ou outros medicamentos, compondo o seu próprio modo de tratar, como faziam Lizete, Janete e Elenir administrando chás ou outros medicamentos para *ajudar* no tratamento. A origem da indicação, se de uma receita médica ou outra fonte, deixa de ser o fator principal para a sua prática.

É importante refletir como esta forma popular de compreender a automedicação afeta as orientações de campanhas educativas, ou mesmo as orientações individuais, para o uso de medicamentos. “Não use medicamento sem prescrição médica” é um slogan muito conhecido e reconhecido por Cláudia como a forma adequada de agir. No entanto, não atingi a reutilização de receitas médicas antigas, porque não é uma prática compreendida como automedicação, assim como não pode atingir a utilização de medicamentos naqueles casos que não são bem doença, porque não é compreendida, exatamente, como utilização de medicamento, conforme já discutimos aqui.

5.2. O uso de recursos terapêuticos a partir do âmbito dos serviços de saúde

“A sociedade moderna (ou pós-moderna) é orientada pela racionalidade do consumo e do capital financeiro e não por racionalidades assépticas. A sociedade, neste aspecto, é contraditória: se, por um lado, promove o uso racional de medicamentos, por outro, induz o consumo e medicaliza”.

Sevalho, 2003.

A procura por um médico ou outro setor que tem especialidade reconhecida em sistema de cura é o símbolo da passagem do âmbito da autoconfiança, do conhecido, para o desconhecido, o que foge ao controle. As mães itajaienses recorrem a um serviço de saúde (UBS, Pronto Socorro ou Pronto atendimento, e farmácias) quando os sintomas percebidos são reconhecidos como indicativos de gravidade²⁸ ou como sintomas que a mãe não consegue associar a uma doença conhecida e passível de sua intervenção.

Na última quinzena do estudo, Augusto teve bronquite. Ana relatou que no início não deram nada porque parecia só gripe. Quando teve um *ataque de bronquite* ela levou imediatamente ao Pronto Atendimento do São Vicente.

Quando a mãe recorre ao médico, é porque acredita que o caso precisa de atenção especial, de um *tratamento*. No Pronto Socorro, o plantonista receitou só soro de re-hidratação oral para o Gabriel, o que muito desagradou Alessandra: *soro não é remédio, ele*

²⁸ Principalmente a febre alta, “ronco” no peito, diarreia persistente, dificuldade para respirar, batidas com a cabeça.

não deu bola pro problema do menino, ou seja, se não prescreveu medicamento é porque o médico não considerou que o menino estivesse doente. Alessandra comentou que na sala de espera outras mães reclamavam: *aqui agora tá assim, os médicos deixam as crianças passando mal e não dão um remédio*. Voltando à classificação dos sintomas e doenças, se as mães optam por levar os filhos ao Hospital é porque identificaram sintomas de *doença*, e geralmente de *doença grave*, o que demanda um *tratamento*, entendido normalmente com um *medicamento*.

Doenças consideradas graves e não dominadas pelos conhecimentos populares levam à dependência muito maior da mãe em relação aos serviços de saúde. Não são enquadradas entre os tratamentos de que *têm direito*, para lembrar a citação de Boltanski. Por este motivo Sabrina não administrava medicamentos ou chás para Maria Eduarda, independentemente do tipo de sintoma que a menina apresentasse: ela tem glaucoma congênito, fez uma cirurgia quando recém-nascida e recebeu tratamento para o problema. Agora usa óculos, faz acompanhamento com um médico especialista e um mesmo pediatra desde o seu nascimento. Como a família tem condições de manter os cuidados da menina em serviços médicos particulares, Sabrina liga para o pediatra a qualquer novo evento. Afirma que não pode dar qualquer medicamento para a menina porque tudo pode prejudicar o glaucoma. Em síntese, esta mãe não se arriscou em cuidar de um problema que não é dominado pelo conhecimento popular.

É importante ressaltar que a busca por um serviço de saúde independe da racionalidade subjacente: se mecanicista ou vitalista (nos termos utilizados por Luz 2004). Desta forma, Andréia sempre relatou ser adepta da homeopatia, consultava regularmente um médico homeopata de sua confiança e ensaiava algumas teorias sobre o tema:

homeopatia age mais devagar, homeopatia fortalece as defesas do organismo. No entanto, quando o médico tentou explicar a origem dos problemas e seu tratamento pela lógica da antroposofia²⁹, ela não aceitou a teoria, não fez sentido aquilo tudo para ela, e procurou um outro médico pediatra. Não há, portanto, plena compreensão das diferenças entre as racionalidades médicas: tratamento médico é do âmbito dos serviços de saúde de forma geral.

Outra motivação relatada é a necessidade de receita médica para aquisição gratuita de medicamentos: *quando tenho o medicamento em casa nem levo ao médico.*

A busca por serviços de saúde como primeiro recurso ocorreu em um número muito menor (24,30%;n=44) do que o uso de recursos domésticos (74,58%; n=135). Tais números, corroborando os depoimentos das informantes e as observações, sugerem que a atenção à saúde no âmbito doméstico continua sendo uma prática muito difundida e desejada entre as mães. Historicamente construiu-se uma perspectiva de utilização de serviços médico-sanitários como preferencial, almejada pelas pessoas e que dependia do acesso. Nesta perspectiva, alguns estudos desenvolvidos em contextos onde o acesso aos serviços de saúde era precário chegaram à conclusão de que quando há serviços de saúde, estes são procurados, e quando não há, então as pessoas buscam ajuda na rede de apoio informal e nas práticas caseiras ou populares de saúde (LOYOLA, 1982; BOLTANSKI, 1989). O uso destas últimas, portanto, ocorreria pela falta da primeira opção. Desta forma, poder-se-ia prever que o acesso aos serviços de saúde – oficiais, científicos, legítimos - *faria desaparecer a medicina popular. O esforço para que todos tivessem acesso à saúde foi empreendido no sentido de possibilitar acesso geográfico e gratuito. Os participantes desse*

Deduzimos, com base no relato que ela fez, que o médico utilizou as bases da antroposofia para explicar a nça de Bruna. Andréia não utilizou diretamente este termo.

estudo têm acesso aos serviços públicos de saúde, de Unidades Básicas a Pronto Socorro e, algumas famílias, têm acesso econômico a serviços particulares de saúde. No entanto, o âmbito doméstico continua sendo o principal na atenção à saúde. E é o âmbito doméstico também o ponto de partida do itinerário terapêutico e o ponto de chegada, como salienta Saillant (2004). A prescrição/indicação é referente ao âmbito dos serviços, porém a administração dos recursos terapêuticos é regulada pelos saberes da mãe e influências de pessoas próximas. A utilização dos recursos terapêuticos e dos próprios serviços é conformada pela família para atender as suas expectativas.

5.2.1. Experiências e expectativas na escolha dos serviços de saúde

Quando há o reconhecimento da necessidade de procurar por um serviço de saúde, a escolha do serviço é permeada por questões pragmáticas: Alessandra prefere levar os filhos diretamente ao pronto socorro, *porque no posto tu tens que marcar, daí marcam, às vezes, duas semanas depois, ou senão um mês ainda, depende da pessoa, do posto. Daí, às vezes, aquele problema já passou ou aumentou.* Mas há outro fator pautado nas relações profissional-paciente. Se não vejamos: questionamos por que Ana Maria não levava o filho a UBS, perto de sua casa. Ela alegou que não gostava do pediatra da UBS e nem das atendentes. Estas questões, no entanto, não estão isoladas na escolha entre os serviços e na opção por procurar ou não por serviços de saúde. As mães, com sua experiência e sapiência na operação do sistema de saúde, reconhecem as falhas na organização dos serviços, na resolutividade e nos modelos adotados: a escola do Jackson, especializada em crianças com

necessidades especiais, marcou horário e exigiu que Eliana fosse fazer os exames do menino no Hospital Infantil de Florianópolis com certa regularidade. Ela não queria ir, alegando que não adiantava nada, era *perda de tempo*. Quisemos saber por que ela não utilizava mais a UBS local, preferindo comprar remédio na farmácia, e sua resposta foi: *Não gosto de médico, não. Tem que marcar numa semana só para a outra. Tem é que levar na farmácia direto mesmo.*

A posição de Eliana, cuja família era a que, no nosso entendimento, mais precisava de acolhimento, ajuda e orientação, nos fez lembrar o que já tinha ouvido de profissionais de saúde que trabalham no serviço público de Itajaí: *as pessoas têm preguiça, não querem esperar, não querem vir pegar ficha*. Mas por que, ao contrário de Alessandra que também considerava inconveniente esperar pela consulta marcada, ela não procurava outro serviço público, como os serviços de pronto atendimento? Comentando com a coordenadora da UBS do Votorantim que havia um menino em tal rua que era albino e estava pegando muito sol, que precisaria de protetor solar, ela parece não ter gostado do que dissemos, sugerindo: *Hiii..., aquela família é um problema.*

Para Eliana, dar preferência à farmácia pode ser uma forma de desviar-se do controle dos serviços públicos – o controle da vida privada, da organização da *família problema*, o controle dos padrões estabelecidos como modelos.

As mães utilizam, portanto, sua experiência e conhecimentos para conformar a busca por serviços de saúde, segundo suas necessidades e expectativas, avaliando e classificando os serviços por uma lógica do cotidiano, diversa daquela adotada pelos gestores para a hierarquização dos serviços.

5.2.2. Medicamentos prescritos: sua utilização no retorno ao ambiente doméstico

Em oito ocasiões foram relatadas prescrições de medicamentos em serviços de saúde que não foram aceitas pelas famílias e não foram administrados para as crianças. Em nenhum destes casos a mãe justificou a não adesão à terapia³⁰ por motivo de falta de acesso aos medicamentos, ou por não compreensão da prescrição. Nestes casos, as mães ou familiares discordaram da prescrição ou do diagnóstico que gerou a prescrição: considerados errados, incompletos ou incoerentes, como demonstram Andréia, Janete e Alessandra.

Andréia levou Bruna ao médico homeopata, que frequenta há anos, devido a sintomas de problema respiratório. Disse-nos que já não confiava tanto nele porque falou que a origem dos problemas era um desequilíbrio de energia e que ela não entendeu direito, mas não aceitou, achou tudo sem sentido. Levou, pois, a menina ao Pronto Atendimento e uma médica, lá, diagnosticou sinusite e receitou amoxicilina. Também não utilizou este medicamento por achar que é muito forte, um antibiótico, porque *a criança não está com febre, então não é tão grave. Só se tivesse muito doente*. Estava, no momento, tratando com um medicamento homeopático, receitado anteriormente, por aquele mesmo homeopata, para a sinusite da filha mais velha.

Em um episódio de diarreia Alessandra levou Gabriel ao Hospital e foi atendida por um médico que já conhecia e de quem não gostava. Por isso, disse-nos, não fez o tratamento que ele prescreveu e tratou a criança por conta própria cuidando da alimentação. No

³⁰ Expressão utilizada na literatura para designar a não adoção das orientações ou medicamentos prescritos em consultas médicas pelos pacientes.

entanto, parece que o que determinou que não seguisse seu tratamento, não foi apenas o fato de não ter gostado dele. É possível que sua decisão encontre mais respaldo na explicação de que as recomendações daquele médico não se enquadravam nas concepções que ela, como mãe, tinha sobre o episódio:

— *Porque ele falou assim que era pra trocar a mamadeira ou de preferência tirar a mamadeira, que não era pra dar líquidos, essas coisas, e como eu tenho mais experiências, não é da primeira criança que eu cuido, daí no caso, assim de infecções intestinais, diarreia, essas coisas, a gente dá bastante líquido pra criança, daí a alimentação é mais light, no caso um arroz com bife grelhado, nada de gorduras, refrigerantes, salgadinhos, essas coisas. Daí ele falou que não era para dar líquidos, era pra tirar a mamadeira, aí eu cuidei da comida e ele melhorou.* Atuou do mesmo modo quando este médico receitou uma pomada para mancha de pele e ela somente trocou de sabonete.

Janete e o marido levaram Alisson ao hospital porque ouviram um chiado no peito que despertou preocupação. A médica diagnosticou infecção de garganta e receitou antibiótico. Eles decidiram não administrar o remédio. No dia seguinte foram ao pediatra da UBS que confirmou a receita. Só então, Janete conseguiu o medicamento na própria UBS e administrou ao menino, conforme havia sido recomendado. Procederam do mesmo modo num episódio de alergia. Depois de alguns dias, quando novamente estivemos em casa do casal, ficamos sabendo que eles tinham levado o menino ao médico da UBS do bairro que confirmou a receita da médica anterior e, de posse dessa receita, eles adquiriram o remédio e administraram-no. Nesse processo Janete demonstrava insatisfação com o tratamento, com o diagnóstico, pois, como nos revelou um mês depois, seu diagnóstico era outro. Só aceitou a prescrição quando um segundo médico, no qual ela depositava mais confiança, confirmou a prescrição, embora ela continuasse discordando do diagnóstico. Em outro

episódio, aparentemente de impetigo, apareceram bolhas de água e de pus que estouravam e formavam feridas, principalmente em torno do nariz. Ela levou para benzer de cobreiro, uma prática bastante conhecida na região. A benzedeira deu-lhe um óleo santo³¹ para passar. Embora os ferimentos, segundo a sua percepção, tivessem melhorado um pouco, levou-o ao Pronto Atendimento, sendo de lá, encaminhada ao Pronto Socorro. O médico receitou um xarope que mais uma vez a mãe não deu ao filho. Logo em seguida, e em decorrência de um pequeno acidente doméstico, foi obrigada a voltar ao PA. Durante o atendimento, tendo percebido as feridas na criança, o médico plantonista receitou uma pomada que, agora sim, a mãe administrou porque *pomada faz mais efeito para problema de pele do que medicamento para tomar*.

Em todos estes casos fica evidente que as mães levam, muitas vezes, as suas expectativas quanto ao diagnóstico e tratamento mais adequados – pela causalidade identificada, pelo medicamento ou forma farmacêutica indicada, ou pela gravidade percebida - e julgam os procedimentos de acordo com estas expectativas, determinando sua aceitação ou não. Reis e Fradique (2003) discutem esta questão ao afirmarem que, antes do encontro com o profissional de saúde, as pessoas já construíram uma narrativa pessoal sobre o seu problema de saúde ou sobre uma determinada atitude ou ação preventiva. Estas expectativas que o paciente traz sobre a doença e sobre o tratamento, podem estar diretamente relacionadas à aceitação da terapia.

Além das pré-concepções sobre as doenças, é importante notar que Janete acabava aceitando as prescrições quando o médico da UBS, de sua confiança, era quem as confirmava, isto é, há um fator de confiança no profissional também envolvido, como

³¹ Óleo santo, segundo Janete, é um óleo vegetal benzido por um padre ou em um ritual cristão, que tem poderes terapêuticos por este motivo.

argumentam Paulo e Zanini (1997). Outra questão importante é o fato de que algumas das prescrições eram para aquisição dos medicamentos em farmácias comerciais, o que pode ter colaborado na decisão dos pais de não adquirir imediatamente o medicamento, aguardando uma nova consulta ou a evolução dos sintomas para investir em medicamentos que realmente considerassem necessários.

No que se refere à terapia prescrita, parece que apesar de se constituírem em fatores muito valorizados nos estudos sobre adesão à terapia, tanto a confiança no profissional prescritor como a qualidade da consulta são fatores menos valorizados pelo paciente que a adequação do diagnóstico. Nessa direção, vejamos:

Gabriel teve febre e gripe que não cedeu com o remédio de sempre – o Resfenol -, por isso, Silvana procurou atendimento no posto de saúde do bairro vizinho, até então, desconhecido para ela. Ficou mal impressionada com o atendimento: achou tudo sujo, as enfermeiras mal educadas e o espaço físico desapropriado a um posto de saúde. Não gostou da consulta, tão rápida que o profissional nem examinou a criança com atenção, mesmo assim ela utilizou os medicamentos prescritos sem questionar. Tivemos a impressão de que ela, ao relatar-nos este fato, estava querendo dizer que, em sua opinião, o médico apenas avalizou o que ela achava que seria o diagnóstico- infecção de garganta – bem como indicou os remédios que ela achava, seriam os melhores - Amoxicilina e Mucossolvan. Nesse sentido, tanto o diagnóstico quanto a prescrição corresponderam às suas expectativas e, por isso, ela sentia-se satisfeita.

Mesmo aceitando a terapia proposta, as mães continuam avaliando sua necessidade e sua efetividade, e podem modificar as prescrições de forma consciente, como fez Lizete, que sempre defendeu a importância de as mães avaliarem as orientações médicas,

principalmente as prescrições, para decidir o que é necessário ou não, que seja administrado às crianças. Durante um tratamento prescrito por médico para uma suposta alergia de Victor, ela suspendeu o tratamento por uns cinco dias, *para experimentar como o menino ficaria sem o medicamento*, segundo me disse, e realmente a alergia não voltou. Dowell e Hudson (1997) relataram essa espécie de “teste” dos medicamentos e concluíram que os pacientes que fazem estes testes têm uma postura ativa sobre sua própria saúde, medindo a gravidade da doença, ou a evolução do tratamento pela dosagem dos medicamentos e por sua necessidade – caso a retirada do medicamento não afete o estado percebido da saúde, então não há mais doença.

De outra forma, Eliana modificou a administração de eritromicina por acreditar que realmente poderia fazê-lo sem comprometer o tratamento. O esquema de horário para administração era “pesado” (6/6 horas). Ela disse que conseguiu *dar direitinho*, isto é, *só quando estava em casa*, porque durante o dia Jackson estava na escola, e a quantidade de medicamentos era apenas para o Ruan, não para o Jackson. Neste caso, houve falta de orientação mais detalhada sobre a importância de observar as doses e horários necessários.

Estes episódios salientam o papel do paciente no processo saúde/doença/atenção. Muitos estudos de utilização de medicamentos desconsideram que o paciente ou seu responsável é um sujeito dotado de expectativas, conhecimentos, interesses e valores socioculturais que produzem sentidos e ressignificações sobre o uso de medicamentos (LEITE e VASCONCELLOS, 2003). Concordamos com Conrad (1985) ao sugerir que o paciente não procura “desobedecer” uma prescrição médica porque é desviante, mas sim para tentar lidar com sua condição de vida de forma que conquiste maior controle sobre sua saúde e daqueles sob sua responsabilidade. Os sujeitos desta pesquisa demonstram procurar

nos diagnósticos e prescrições, a segurança e tranquilidade que foram abaladas pela doença dos filhos.

5.2.3. Apalpar, escutar, dialogar: reflexos da prática profissional sobre o uso de recursos terapêuticos.

Eu ainda acho que aquilo foi uma alergia, mas do chocolate. Eu como chocolate e acho que vai para o leite, eu comi chocolate, quer dizer, queira ou não queira vai no leite para ele, né? Eu falei que tinha comido chocolate e podia ir para o leite, mas ela (a médica) disse não, que era da gripe.

O relato de Janete sobre um diagnóstico de alergia ao vírus da gripe e uma prescrição não aceita traz a necessidade de discutirmos as práticas nos serviços, enquanto referência para o posicionamento do usuário frente ao medicamento ou outro recurso terapêutico prescrito. No capítulo 3 deste estudo refletimos sobre as prerrogativas para o encontro do pesquisador com o informante e citamos Oliveira (1998) defendendo o *ouvir* enquanto ofício do antropólogo. Para esse autor, o ouvir deve acontecer em um contexto de diálogo, de uma interação verdadeira, que só é possível entre interlocutores que se entendem em igualdade, apesar das evidentes diferenças dentro do princípio da alteridade. Os mesmos princípios –de alteridade e de diálogo – podem ser aqui resgatados para a discussão de outra relação que também precisa ser refletida: a relação entre profissionais de saúde e pacientes.

A mesma mãe que havia declarado, *certas coisas eu não falo para o médico*, relatou para a médica sua preocupação sobre o consumo de chocolate e a alergia do filho. Não ter

considerado esse desabafo espontâneo da mãe, levou a profissional, muito provavelmente, a perder uma oportunidade importante de ouvir e dialogar, no espaço privilegiado da consulta, sobre a questão das crenças populares relacionadas às doenças; bem como perder a oportunidade de estabelecer um diálogo entre a cultura popular e a cultura biomédica. Além do que, a angústia da mãe causada pelo fato de pensar que pudesse ter sido ela a motivadora da doença do filho acabou ficando sem resposta.

A literatura a respeito da relação entre profissionais e pacientes, especialmente em relação ao médico, já é bastante consistente e enfática na necessidade de insistir em uma melhor comunicação com o paciente, assim como em sua inclusão no processo terapêutico. É preciso incorporar à prática profissional a percepção do paciente sobre sua doença (CAPRARA e RODRIGUES, 2004), pois o diagnóstico não é discutido com o paciente, que é mantido excluído da compreensão do processo saúde/doença vivenciado e da formulação do plano terapêutico (FRANCO et al, 2005), o profissional perde a oportunidade de interagir com o contexto psicossocial (TRAVESSO-YEPES e MORAES, 2004).

A “dialética de significações” deste encontro, como definem Reis e Fradique (2003), se expressam pelo que Kleiman (1981) chamou de “modelos explicativos”³², divergentes entre profissionais e pacientes, a respeito das causas e das formas de tratar as doenças, tão evidente no relato de Janete.

Em suas experiências de operar sistemas terapêuticos, as mães reconhecem a barreira cultural e a relação de poder estabelecida no cotidiano dos serviços que impedem uma relação dialógica e excluem a possibilidade de negociação de crenças, significados e

³² Pachter (1994), de forma semelhante, chamou de “modelos explanatórios” diferentes as formas de compreensão e verbalização sobre o processo saúde/doença, apresentadas por profissionais e pacientes.

práticas, mais uma vez evidenciados por Lizete, que apesar dos elogios frequentes à postura de *durona* da médica da UBS – *ela puxa das orelhas das mães relaxadas* -, afastou-se do serviço de saúde, quando o filho teve alergia e a médica diagnosticou sarna, receitando ácido benzóico. Dado que o problema não se resolvia, Lizete procurou um médico particular que prescreveu Zyrtec, Prelone e Locoid hidratante. Disse-nos que mudara de médico em decorrência do diagnóstico e da prescrição iniciais da médica (somente naquele momento, ou seja, depois de 15 dias, Lizete falou-nos da sarna que, de início dizia ser alergia), uma vez que o ácido benzóico, segundo ela, *doía muito* e, por isso, usou uma vez só. Na verdade, Lizete não queria retornar à consulta porque não tinha usado o medicamento e, ao mesmo tempo, não podia dialogar com a médica, dizendo que não usara o remédio prescrito, pois tinha receio da profissional. Achava que se assim o fizesse, desta vez era ela que levaria o bordão de *relaxada*.

Geralmente, o paciente não tem participação no tratamento, não tem direito de argumentação, sua cultura não é respeitada, portanto não há uma relação de igualdade e, conseqüentemente, não há diálogo. Tal situação também ficou evidente na abordagem do tema “arca-caída” entre as mães e alguns médicos entrevistados.

Além do confronto entre os modelos explicativos, as mães relataram com frequência a valorização do exame físico realizado pelos profissionais de saúde. Ana Maria não levava o filho à UBS próxima de sua casa até a época em que eu estava finalizando o trabalho de campo desta pesquisa. Entretanto, quando retornamos a sua casa, depois de um mês, ela contou que a médica que estava atendendo ali era *muito atenciosa, que queria saber de tudo, que consultava bem*, referindo-se principalmente ao exame físico. Alessandra também estava levando o filho mais novo para puericultura na mesma UBS porque a nova médica

*do posto*³³ é bem melhor: *tirou a roupa do nenê, examinou tudo, é bem atenciosa, muito boa.*

Durante todo o estudo, foram raras as ocasiões em que as mães fizeram críticas relativas à infra-estrutura dos serviços de saúde, à quantidade de profissionais e até mesmo à disponibilidade de medicamentos gratuitos, que não era constante. Suas queixas concentravam-se muito mais na atenção que recebiam nos serviços: a gentileza, a relação respeitosa, o diálogo, *o toque*. Em muitos casos, esses componentes da relação influenciam diretamente a continuidade e a resolutividade da atenção à saúde das crianças, pois possibilitam o estreitamento do vínculo e a confiança. Nestas condições, a confiança no profissional ou no serviço pode superar as diferenças entre as expectativas das mães quanto à doença e ao tratamento e o diagnóstico e o tratamento proposto pelo profissional.

Voltando aos resultados de diversos estudos de que a prescrição médica é um dos fatores responsáveis pelos altos índices de automedicação, podemos sugerir que, à medida que não se negocia com a mãe um entendimento sobre o diagnóstico específico para cada caso e os fundamentos que norteiam o tratamento prescrito, resulta na geração de um “aprendizado” de uma “medicina imitativa”³⁴: se a mãe percebe sintomas de gripe na criança e o profissional de saúde não esclarece as características destes sintomas, sua diferenciação e o porquê da indicação de um determinado medicamento, o que a mãe percebe é que é tudo a mesma coisa, *a receita é sempre igual, então posso utilizar sempre este medicamento*, sem necessidade de orientação específica para cada caso.

³³ As mães se referiam com mais frequência a UBS como posto de saúde ou *postinho*.

³⁴ Expressão utilizada por Boltanski para as práticas de saúde inicialmente restritas aos profissionais de saúde e depois imitadas no âmbito doméstico, sem preocupação com seus fundamentos.

5.2. 4. Um setor à parte: as farmácias

No Quadro 1, os recursos terapêuticos utilizados a partir de uma indicação realizada em estabelecimento farmacêutico (por profissional farmacêutico ou por outros balconistas) foram agrupados no âmbito dos serviços de saúde. No entanto, é necessário destacar a forma como é compreendido o serviço farmacêutico pelas informantes.

Já no primeiro encontro com Dona Dodô, percebemos que ela costumava adquirir medicamentos indicados pela farmácia. Perguntamos se utilizava muitos chás, associando-a à imagem de pessoa que, por ser idosa, sabe tudo sobre remédios caseiros. Para nossa surpresa, ela disse que não usa chás, que procura a farmácia para tudo, que confia muito nos farmacêuticos da farmácia de perto de sua casa. Sobre a pia da casa vimos xarope Melagrião e Camomila Catarinense, medicamentos fitoterápicos comerciais, comumente indicados por farmácias.

A farmácia central do Votorantim, de propriedade de um profissional farmacêutico, é gerenciada por uma jovem farmacêutica. Há, portanto, sempre, um farmacêutico no atendimento. Em nossos encontros, as informantes se referiam a estes profissionais, diferenciando-os de outros funcionários da farmácia, embora nunca tenham feito referência ao fato de terem formação universitária específica. Dona Dodô e Elenir demonstravam sempre extrema confiança nas orientações desses profissionais. Em um caso de diarreia de Verônica, a menina foi levada ao PA e tratada com antiinflamatório e soro (comercial). Mesmo assim, o farmacêutico também foi consultado e indicou chá de broto de goiabeira.

Elenir mantinha uma conta nesta mesma farmácia e lá buscava ajuda com muita frequência. Em algumas ocasiões a farmacêutica mandava aguardar a evolução dos sintomas, nem sempre indicava medicamentos, sinalizando que conhecia Elenir e sua tendência de medicamentar os problemas, que a transformava em grande consumidora de medicamentos.

Cida e Ana Maria levavam as crianças com alguma frequência à farmácia para ajudá-las na diferenciação de sintomas: medir a febre, olhar a garganta ou o ouvido. Geralmente acatavam as recomendações, quer fossem para levar ao serviço de saúde, ou para comprar os medicamentos indicados. Para estas mães, as farmácias se constituem em tipos diferenciados de serviços de saúde, nos quais elas não perdem o domínio sobre a situação, podem interagir, questionar, levar as suas angústias sem constrangimentos. Desta forma, Elenir perguntava para a farmacêutica se podia usar o remédio que tinha em casa, discutia com ela as receitas para diversas doenças que costumava ler nos livros de medicina popular.

Os farmacêuticos, ou as farmácias de forma geral, não contam, no entanto, com o consenso da legitimidade enquanto serviços de saúde comparáveis as UBS. Mesmo para as mães acima citadas, são importantes serviços de apoio diagnóstico e de orientação medicamentosa, para algumas, até mais confiáveis, mas não consistem em serviços integrados aos serviços médicos, ambulatoriais ou hospitalares – são um setor à parte. Mães entrevistadas expressaram esta dicotomia entre os serviços de saúde e as farmácias de forma bem clara e definida:

Alessandra contou que um dia foi à farmácia e explicitou os sintomas do Felipe. O farmacêutico receitou Cataflan. Ela achou Cataflan muito forte para um bebê e disse a ele

que o médico havia indicado Amoxicilina em outra ocasião, com o que o farmacêutico concordou. Na verdade, ela testou o farmacêutico. Achou inadequada sua orientação para remédios *tão fortes*. Para Alessandra, *eles (os farmacêuticos) trocam remédio, dão uma coisa e no caso é outra, já no médico não. Eu tenho medo de ficar dando medicamento pra ele por auto medicação*. Interessante notar que para ela, repetir receitas médicas anteriores não é automedicação, mas indicação farmacêutica é.

A atuação esperada do farmacêutico, portanto, encontra-se dentro de um limite: não pode indicar remédios fortes, sua legitimidade está delimitada a um conjunto de sintomas de menor gravidade, para os quais medicamentos mais fracos podem ser indicados, coincidindo com a conduta ética esperada do farmacêutico de prestar todas as orientações necessárias na dispensação de medicamentos prescritos por médicos ou odontólogos ou daqueles medicamentos liberados para comercialização sem prescrição médica – os medicamentos de venda livre, de forma geral indicados para sintomas comuns e menos importantes, de uso esporádico, cujo uso é considerado de menor risco à saúde da população.

Seguindo este princípio, Silvana procurou a farmácia quando Amanda teve uma infecção de pele adquirida de uma prima que, por sua vez, havia adquirido isso na praia. Foi-lhe indicado um antibiótico de uso oral. Ela ficou muito brava com esta indicação: *se fosse um médico que tivesse indicado um antibiótico, tudo bem, mas um farmacêutico...* Não comprou o medicamento, ligou para a prima e pediu o nome da pomada que ela utilizava.

As mães, portanto, refletem o dilema que a profissão farmacêutica vive: a farmácia é um serviço de saúde ou um mero estabelecimento comercial? Qual é a função do

farmacêutico no sistema de saúde? Muito mais que uma questão de ética legalmente definida, esta é uma ética que se constrói no cotidiano das relações com os usuários de medicamentos e que se conforma não apenas pelas pressões comerciais do ramo e por regulamentações legais para a profissão, mas também pela experiência e pela habilidade que as mãos desenvolvem para estabelecer o “lugar” de cada recurso no amplo sistema terapêutico.

5.3. O âmbito terapêutico comunitário

“Os benzedores [...] estão contribuindo para colocar as incertezas da vida em perspectiva e, em caso de agravos à saúde, dar suporte ao doente e sua família, tornando, desta forma, menos estressante estas situações”.

Amorozzo, 1999.

A busca por um recurso terapêutico no âmbito comunitário – aqui entendido como práticas religiosas grupais e benzimentos ou massagens aplicadas por benzedoras – resulta do reconhecimento de sintomas de doenças consideradas graves ou perigosas que as mães não podem e não sabem tratar no âmbito doméstico, mas que diferem, substancialmente, daquelas doenças que devem ser tratadas no âmbito dos serviços de saúde. As doenças tratadas no âmbito comunitário são *doenças que médico não conhece* e para as quais os serviços de saúde não têm competência para tratar.

Entre os casos relatados durante o estudo, aqueles que foram tratados segundo práticas religiosas grupais foram: vômito, causado por quebrante ou mal olhado, e uma mãe que apresentava uma crise de identidade sexual. Os casos tratados por benzimentos ou massagens aplicadas por benzedoras foram: cobreiro, febre no estômago, causada por quebrante e arca-caída. É importante ressaltar que o cobreiro, assim definido pelas mães, foi classificado no calendário como problema de pele. Aquilo que a própria mãe envolvida chamava de transtorno sexual não fazia parte do *roll* de problemas estudados, mas, mesmo assim, resolvemos cita-lo por dois motivos – primeiro porque atingia indiretamente a

criança e, segundo, porque esta questão pautou nossa relação com esta mãe durante todo o estudo.

5.3.1. A religiosidade como recurso terapêutico

Muitas das famílias estudadas freqüentavam regularmente alguma instituição religiosa, principalmente igrejas evangélicas, no entanto, poucas delas assumiram terem se valido de práticas religiosas grupais – participação em cultos ou bênçãos coletivas – como recurso terapêutico.

Cida, que era membro praticante de uma igreja evangélica, afirmou que *Deus é o único santo e deixou na terra a medicina*. Afirmando-se como alguém que professa a fé e, referindo-se freqüentemente a Deus como provedor de tudo o que acontece de bom, a questão específica dos cuidados de saúde ela remetia à farmácia do bairro e à UBS. Da mesma forma, Lizete entregava a Deus diversos setores da vida cotidiana - *se for o melhor pra ela, Deus vai reservar aquele emprego* -, mas os cuidados com a saúde da família eram de sua própria responsabilidade, utilizando-se dos conhecimentos que havia adquirido na vida prática, e da responsabilidade dos serviços de saúde.

Marilene relacionava-se de outro modo com a religião. Freqüentava cultos da igreja católica do movimento carismático e algumas celebrações festivas de igrejas evangélicas. Desde o início do estudo referia-se, de forma comovida, à *revelação*³⁵ e à cura, que a seu ver tinham ocorrido nesses cultos. Contava que sua filha, de quatro meses de idade, começou a vomitar repetidas vezes. Acreditando que podia ser *quebrante*, (*as pessoas*

³⁵ Revelação era o termo que ela utilizava para designar quando a dirigente do culto ou outro líder religioso apontava entre os participantes aqueles que estavam com algum problema específico.

colocam mau-olhado mesmo sem querer, dizia a mãe) levou a menina para benzer, num culto carismático. Amorozzo (1999) relatou a ocorrência e tratamento de quebrante ou mau-olhado no interior de Mato Grosso. Segundo a autora, trata-se de uma condição que ataca seres humanos, plantas e animais, sendo que os mais susceptíveis são, justamente, os mais bonitos e saudáveis, como as crianças bem cuidadas e gordas que despertam admiração. O tratamento relatado por Amorozzo é o benzimento tradicional realizado por um benzedor. No caso de Marilene, a filha foi levada para o benzimento em um culto religioso coletivo, diferente do ritual de benzimento descrito por Amorozzo e observado em outros casos, também no Votorantim. Os vômitos continuaram e, por isso, a mãe reconsiderou o problema, desconfiando de que a causa pudesse ser outra, o que a fez recorrer ao serviço de saúde.

O caso de Andréia surgiu em nossos encontros desde o início do estudo. Ela queixava-se constantemente de irritabilidade e tristeza. Depois, passou a relatar problemas de relacionamento com o marido que acabou em uma breve separação, período em que nos fez sua confidente. Assim que nós chegávamos para os encontros, ela começava a conversa, relatando as últimas brigas, as suas ansiedades, e o grande sentimento de culpa que carregava por toda esta situação. Pouco a pouco foi revelando o motivo dos problemas conjugais, (afirmou não ter contado isso a mais ninguém³⁶): ela havia se descoberto homossexual, gostava e queria muito ficar com a amiga, que também era casada e tinha dois filhos. A amiga, que era evangélica, não aceitava a idéia do homossexualismo, embora admitisse que tinha atração por Andréia. Depois de muito sofrimento, ela também passou a freqüentar a Igreja Evangélica para *se curar do problema*. Um tempo depois, mostrava-se

³⁶ Nossa posição de “fora” da localidade, como alguém que não conhecia seu marido, seus amigos e sua família, e a intimidade gerada pelos encontros repetidos, possibilitaram que Andréia depositasse em nós a confiança de que necessitava nesse momento, tão delicado de sua vida.

mais confiante e animada. Não falou mais sobre o *problema*. Considerando este caso a luz de vários autores que estudam a relação religião e cura, podemos explicá-lo assim: as terapias religiosas curam ao impor ordem sobre a experiência caótica do sofredor e daqueles diretamente responsáveis por ele (Rabelo, 1993, p. 316), ao encontrar causas para os problemas, afastando a culpa, a responsabilidade individual, e propondo formas de tratá-los.

5.3.2. O trabalho das benzedoras na comunidade

Dona Dodô demonstrava sempre uma certa desconfiança em relação aos benzimentos e às doenças que *o povo acredita*. Um dia perguntamos se sabia que arca-caída acometia adultos, porque uma mãe que participava do estudo havia tido a doença. Ela começou a discorrer sobre o tema, afirmando que a popularmente conhecida *arca-caída*, nada mais é do que *gases presos*, que alivia com massagem. Contou que fazia massagens em seus alunos, quando eles chegavam com dores:

Bem, usa um líquido, uma coisa para escorregar. Porque se bota um azeite ou banha ou alguma coisa, não é por nada, é só para ter aquele deslizamento dos dedos. Ai eu deslizava aqui assim, fazia essa massagem, a criança ficava, fazia mais uma vez, mais uma vez, e a criança soltava os gases. Soltou os gases, a criança não tinha mais arca-caída. E eu, quando lecionava no colégio para o primeiro ano, naquele tempo não tinha jardim, a criança ia muito cedo para a escola..Eu botava eles sentados e passava azeite ou qualquer que escorregasse, fazia aquela massagem, fazia, fazia, a criança soltava o pum dele, como ele diz: — Ah professora, soltei um pum. Pronto, a criança já estava boa. E é isso ao meu ver, é essa a arca-caída. Eu criei cinco filhos e netos, e a maioria passou por mim e eu

nunca levei ao médico por causa de arca caída. E tem criança que não tem e tem criança que já tem esse problema de engolir ar e ter esses gases presos, não é toda criança, por isso que dizem: — “Ah fulano, caiu a arca” Mas não é, é a criança que já tem problemas de gases, e é só gases. Quando diziam que era arca-caída, e mandavam benzer, eu mesma fazia a massagem, com pouca demora a criança estava boa.

No entanto, sua forma racionalizada de pensar as práticas populares de saúde não era suficiente para que desprezasse completamente o poder de tais práticas. Na verdade, há uma força nos benzimentos, um dom inexplicável que não pode ser ignorado como a principal forma de cura das doenças consideradas graves, porém, não tratadas no âmbito dos serviços de saúde. Dona Dodô relatou que para algumas coisas ela acredita:

Tenho uma experiência com meu marido. Chegou, pegou uma camisa que estava pendurada e queria sair, ai eu disse: vou passar o ferro. — Não, não, eu vou assim mesmo. Minha mãe assustou-se: — Meu Deus, ele mexeu com aquela camisa? Olha tem uma aranha lá, pra mim aquela aranha tava na camisa dele. Ele foi para o jogo de futebol e quando voltou, queixou-se: — Estou com uma coceira, uma coisa ruim aqui nas costas. Vi o vermelhão, mas não me lembrei da aranha. Aquilo foi indo, e foi indo. Ele trabalhava na Tupi e o médico de lá disse que era alergia, deu remédio Ele tomou, mas foi ficando desesperado. Aquilo foi dando pelo lado e já vinha pela barriga, as costas dele era fora de série, assim bolhas, tudo bolhinhas. A mãe chegou dizendo:- isso é cobreiro, guria. Olha vai ali naquela mulher que ela benze. Quem disse que eu fui, não fui coisa nenhuma. Minha mãe insistiu, lembrando o fato da aranha. Fiquei em dúvida, mas resolvemos ir até a mulher, que foi logo dizendo: — É cobreiro de aranha, vou benzer e amanhã tá tudo feito.

Benzeu, no outro dia ele foi para a Tupi, quando voltou não tinha mais nada, ficou só aquelas marcas como se fosse queimado. Então foi a única vez que eu vi.

Lizete que dizia não acreditar em benzimento porque *evangélico não acredita nestas coisas*, revelou ter se curado com um benzedor a quem recorreu por causa de uma dor muito forte, popularmente identificada como *nervo rasgado*.

As mães, geralmente se referiam às benzedeiras de forma respeitosa, relatando experiências de episódios – principalmente os de arca-caída - de grande angústia e sofrimento, para os quais parecia não haver solução, só encontrada por alguma benzedeira. Aqui, é bom lembrar, que as freqüentadoras de igrejas evangélicas negavam os dons sobrenaturais das benzedeiras: *já acreditei em mau-olhado, benzimento, mas agora não acredito mais, porque a gente começa a ir à Igreja e começa a ver de outro jeito*, relatou Andréia no fim do estudo, há pouco tempo freqüentando uma igreja evangélica e depois de ter relatado o uso de benzimentos ainda durante o estudo. O mesmo ocorreu com Cida, para quem *Deus é o único santo e deixou na terra a medicina*. Já acreditou, mas *depois que conheci Jesus na Igreja Assembléia de Deus, vejo como era ignorante, que não conhecia a verdade. Levava o meu menino mais velho sempre numa benzedeira e pouco levava em médico. Hoje eu não me conformo de ter feito isto*.

Segundo Amorozzo (1999), as benzedeiras ou benzedores, curadores eram comuns na Europa, na Idade Média, mas passaram a ser pouco tolerados a partir da época moderna. No Brasil a prática, inicialmente desenvolvida por feiticeiros brancos, foi inibida pela inquisição e ressurgiu com o apoio da Igreja Católica, sob a forma de orações e rituais especiais contra enfermidades específicas.

Apesar de representarem uma importante e popularmente reconhecida fonte de recurso terapêutico, as benzedeiiras da região do Votorantim exercem suas atividades de forma discreta e defensiva, como pudemos observar nas atitudes de Dona Elza, que só revelou, muito constrangida, sua atividade de benzedeira depois de alguns meses e de nossa insistência no assunto. A mãe dela, que era benzedeira, *benzia mais alto* (voz alta), mas ela *benze baixinho, com poucas palavras, e só de vez em quando*. Apesar de nossas freqüentes andanças pelo bairro, não conseguimos identificar as outras benzedeiiras, mesmo sabendo que elas existem e foram consultadas por nossas informantes: Andréia disse que a benzedeira que a atendia não gostava que falassem dela.

As doenças para as quais, o benzimento é a única forma reconhecida de tratamento, são a arca-caída e o quebrante ou mau-olhado. São doenças consideradas graves, ou seja, oferecem risco à vida da pessoa. E *médicos não conhecem e não sabem tratar*, sendo que a mãe não deve tentar tratá-las no âmbito dos serviços de saúde, sob pena de colocar a vida do filho em risco:

Quando ele tinha uns seis meses mais ou menos, eu paguei a consulta, daí o médico disse que aquela tosse era uma alergia do tapete. Ele receitou o remédio e falou pra tomar seis dias, cinco dias depois eu voltei ao médico que não falou nada. Uma semana depois, tive que leva no pronto socorro, onde ele ficou internado durante quatro dias. Não era nada daquilo. Estava com arca caída. Levei na benzedeira, curou, nunca mais teve nada.

Todas as informantes concordavam quanto à gravidade da arca-caída, suas causas e formas de tratamento, a exceção de Dona Dodô que acreditava que arca-caída nada mais é do que *gases presos*. De modo geral, é descrita como um deslocamento da costela suspensa, que acavala devido a um mau jeito por pegar a criança pelos braços, quedas ou trabalhos forçados no caso de adultos. Dona Elza descreveu de outra forma: *é o estômago que vira,*

acha que não tem nada a ver com as costelas. O método de diagnóstico e tratamento que faz é o mesmo citado pelas outras informantes: encostar os joelhos nos cotovelos ou a ponta do pé com a mão contrária em decúbito dorsal; o diagnóstico é confirmado quando a pessoa ou criança não consegue encostar uma das mãos ou cotovelos. As conseqüências conhecidas são febre, inflamação, falta de apetite e muita dor, com dificuldade para respirar, podendo evoluir para um grau de debilidade que pode levar o indivíduo a morte.

Várias informantes relataram a importância de não deixar que os médicos tratem do caso, pois eles sempre mandam internar como pneumonia e isto, segundo elas, além de não resolver o problema, ainda agrava a situação, conforme Ana Maria e Alessandra. Rosane, enfermeira da UBS, disse que lá não aparecem mais mães para consulta com queixa de arca-caída, nem com os sintomas típicos. Só levam com suspeita de *pontada pneumonia*, contam para as enfermeiras que a benzedeira já viu e descartou a arca-caída, por isso, estão recorrendo ao médico.

O tratamento, segundo as informantes, consta de massagem feita pela benzedeira e que pode ou não ser acompanhada de orações, dependendo da crença religiosa da pessoa. Dona Elza acha que “*a massagem põe no lugar e a oração, que fala de Deus e das Três Virgens Maria ajuda a curar*”.

Amorozzo (1999) encontrou ocorrência de arca-caída em Mato Grosso, com características muito semelhantes às descritas em Itajaí. A autora relata que na obra de Von Martius (1939) já havia menção a uma doença crônica da digestão observada entre os índios, causada pela reentrância do apêndice xifóide, que resultava em sintomas, tais como: dificuldade respiratória, anorexia, vômitos e grande debilidade (Von Martius apud Amorozzo 1999). Entre os médicos pediatras que atendiam nas UBSs do Votorantim e do

Costa Cavalcante havia consenso sobre a presença, na região, de um estado mórbido denominado popularmente de arca-caída, embora divergissem quanto à compreensão do fenômeno:

Em entrevista com um médico da UBS, ele contou-nos que se formou no interior do Rio Grande do Sul, foi para Porto Alegre, onde fez especialização e residência médica sem nunca ter ouvido falar em arca caída, ou outra sintomatologia semelhante a esta. Quando veio para Santa Catarina, trabalhou primeiro em Bombinhas e Zimbros, regiões litorâneas de colonização açoriana bastante tradicional. Ali ele conheceu a tal doença. Conversou com as pessoas, com a comunidade, com as enfermeiras para tentar entender de que se tratava. Ele observou que, realmente, aparecem casos em que a criança chora muito, tem dor, não consegue respirar direito sem que consiga fazer um diagnóstico mais claro, ou seja, não se trata de pneumonia, mas, geralmente, há febre, aliás, o mais estranho para ele. Seu primeiro palpite foi condrite costal, uma inflamação da cartilagem intercostal, que poderia, mesmo não sendo um processo infeccioso, causar febre em uma criança recém-nascida, faixa etária com a qual ele mais lida. Dissemos-lhe sobre o que falam as pessoas: são as costelas suspensas que se cruzam. O médico acha isso possível, isto é, que a costela se *encavale*, como se diz popularmente. Aí faz sentido a massagem que coloca no lugar. Para o médico, seria interessante o raio-x para comprovação desse diagnóstico popular.

Uma médica que atende na mesma UBS tem outra opinião sobre o assunto:

Eu trato como cólica e refluxo. Então as crianças, que as mães dizem que estão com arca caída são lactentes, isto é, têm até quatro meses de idade e, nesses períodos, as cólicas são muito comuns como também o refluxo que seria o mais patológico. Eu não acredito em arca-caída, acredito que seja cólica. Afinal, sou formada há 14 anos, trabalhei

em vários lugares; no Paraná, por exemplo, quando estive lá a trabalho, falava-se muito mais em arca-caída do que aqui. A queixa da mãe é sempre de irritabilidade e choro. Nada mais concreto, só isso.

Na concepção desta profissional, o problema sempre está associado a uma mãe estressada que, segundo a médica, somatiza na criança essa patologia. Para ela, *pode investigar quando acontece isso, se não é uma mãe muito preocupada, uma mãe descompensada, uma família com problemas, vê se não é um casal divorciado, se não tem problema com álcool, com briga, algum problema familiar tem.*

Ela insistiu no fato de que esta doença não existe em livro de medicina e de terapêutica. Portanto, se não está escrito em livro de medicina não existe. Perguntou-nos de que modo outros médicos entrevistados tinham se referido ao problema. Mencionamos a condrite ao que ela reagiu:

Condrite? Na faixa etária de quatro meses é muito difícil. Como você vai diagnosticar como condrite? Não aparece no Raio-X, não aparece no ultra-som. Então ele trata como trauma? É mais fácil que seja cólica, a cólica é auto limitada, vai passar mesmo, uma hora vai passar, por isso parece que benzimento tem efeito.

Por fim, o pediatra que atendia na UBS do Votorantim também expressou sua compreensão sobre o tema:

É bem freqüente, mas é folclore mesmo. Qualquer coisa que não tenha uma definição médica, eles saem daqui e levam até aquela pessoa famosa da região ou da comunidade, como a benzedeira. Ou, depois de levar na benzedeira, trazem para o médico, e quando não se tem o diagnóstico, acaba sendo arca-caída. A arca-caída tu acaba usando para qualquer motivo: choro, febre, ou qualquer outra reação próxima à

arca-caída. É um diagnóstico quase que para agradar os pais da criança, porque quando o paciente vai ao médico ele não diagnostica uma doença, entende? Ou quando, às vezes, tu vens ao consultório, ambulatório ou em uma emergência em que o médico não tenha capacidade clínica de dar um diagnóstico ou define como uma virose, os pais não ficam contentes, porque não é uma doença, não tem remédio para tratar. Então, levam até a benzedeira ou aquela pessoa famosa da comunidade e acabam tendo o diagnóstico que eles querem ter, por puro prazer. Sai de lá com arca-caída, tendo passado por uma massagem coisa que não tem nada a ver. E lógico, é que nem uma fofoca, né? Por exemplo, o cara cortou o dedo do pé e amanhã não é mais o dedo do pé e aquilo cresce sério. Talvez a dimensão da arca-caída, inicialmente de pequena proporção, hoje assumiu enorme proporção. Então, é um folclore, se cada lugar que tu fores perguntar o que é, tu receberá uma resposta diferente. É como as verminoses, o paciente chega no consultório com a criança e se queixa, é verminose. A próxima consulta, come muito, é verminose; range o dente, é verminose, dói a barriga, é verminose, come muito pirulito, é verminose. Lógico, toda criança tem verminose, mas às vezes, o médico não quer nem perder tempo explicando que aquilo não existe. A verminose vai causar uma anemia, mas não aquele negócio contínuo. Atribui-se tudo a verminose, e finalmente, para aquilo que o médico não consegue dar um diagnóstico, reconhece-se como arca caída. É um folclore, pra mim, não vejo como uma entidade patológica, mas como uma entidade folclórica.

Sobre a conduta médica a ser adotada frente ao diagnóstico popular trazido pela mãe para o consultório ele afirmou:

É difícil, a coisa mais difícil do mundo é tu desfazer uma crença popular. Tu vês que tu tentas falar, tem aquelas que já não acreditam na hora que tu fala, já fazem um olhar de... ou sai daqui, vira as costas e finge que não escutou nada o que o médico falou.

Porque é muito mais forte uma crença que está numa comunidade do que um médico distante. O médico, hoje em dia, é muito distante da comunidade. (...) Então, se eu for brigar contra aquilo, se ficar batendo toda hora na mesma tecla, tu vê que tu estás batendo na tecla que já faz parte da cultura, e tu acaba criando uma coisa meio ruim, incomodada. Deixa, deixa, não faz mal que exista arca-caída, não faz mal, a partir do momento que ninguém use medicações alopáticas para tratar. Se for só uma coisinha, uma massagem, um óleo, um remedinho para dor aí tu deixa passar. Tu não vai deixar aquele tratamento que invade uma área alopática que pode prejudicar a saúde da criança, se não for isso,, tu deixa, massagem não faz mal. Se tu fores conversar com leigos da comunidade sobre arca caída ninguém sabe te dizer exatamente o que é, pois é uma coisa super ampla de inúmeras definições. E na área médica também, ninguém tem uma definição correta, porque não existe ninguém da comunidade para dizer o que é uma arca-caída pra ti.

Perguntamos-lhe se achava que podia ser cólica como eu ouvira de algumas pessoas. Sua resposta foi:

Como eu falei pra ti, normalmente a angústia da mãe com a criança é por causa do choro. Então, pode ser uma cólica, mas também pode ser às vezes uma pneumonia, pode pensar em várias coisas. Às vezes chega pra ti e tu chegas até confundir e acha que arca-caída é uma cólica mesmo. Mas ao conviver com outra criança, com outra clínica totalmente diferente, é possível pensar em pneumonia. Pode ser, na verdade a arca-caída é tudo. Tudo que, pelo menos, acalme a mãe com diagnóstico.

Apesar de dois dos profissionais terem contado que encaminharam as crianças para benzer, porque a mãe achava que era arca-caída e o benzimento seria uma forma de acalmar a mãe, nenhuma das informantes ou outras pessoas da comunidade relataram tal fato. É

importante perceber que há a consciência entre os profissionais de que as mães acreditam na “suposta” doença e de que a divergência entre os conceitos e práticas dos profissionais em relação a estes tipos de crenças populares podem prejudicar as relações com os usuários. As mães, cientes também desta problemática, desenvolvem estratégias de entendimento entre as diferentes culturas, estabelecendo um lugar para cada uma: os médicos são avaliados por sua conduta frente às doenças que são de sua competência; para as outras doenças, eles não têm obrigação de saber tratar, são as mães que devem saber reconhecer qual o recurso a ser acionado em cada caso – trata-se da habilidade para operar o sistema terapêutico.

Nesse sentido, Ana Maria não atribuiu qualquer responsabilidade da nova pediatra da UBS do Votorantim (profissional que ela havia elogiado muito) por não ter resolvido o problema que ela chamou de febre no estômago. Relatou que o menino esteve com diarreia, vômito e sem apetite durante duas semanas, problemas que o menino nunca havia apresentado. Ela o levou para consultar com a nova pediatra, fez o tratamento recomendado, depois levou ao PA, embora não tenha ocorrido a cura. Resolveu levar à benzedeira que diagnosticou como febre no estômago resultante de um quebrante muito forte (mau-olhado oriundo de inveja). O quebrante, neste contexto, fazia sentido para Ana: que atribuía a responsabilidade pelo quebrante à amante do marido que, segundo ela, tinha inveja do menino, porque abortara um filho de seu marido. Benzeram duas vezes e tudo ficou bem. A credibilidade da médica não foi abalada por este episódio, pois não acertou o tratamento porque *ela não conhece*, como me explicou Ana Maria.

Outra doença tratada com benzimento foi o cobreiro, uma espécie de infecção cutânea que pode ser causada pelo contato com secreções de animais, insetos, plantas e outros materiais estranhos. Em Itajaí é muito conhecido: pode ocorrer na forma de um

vermelhão mais delimitado (forma mais simples da doença, que pode ser tratada circundando com tinta de caneta) ou com bolhas e ferimentos aquosos. Pode ir se espalhando por onde esse líquido escorre (forma mais grave que precisa de benzimento). Além do caso do marido de dona Dodô, acometido de cobreiro por causa da aranha que passou em sua blusa, teve também o caso dos dois filhos de Silvana, apresentando feridas purulentas com formação de crosta. Janete também levou o filho para benzer em virtude de umas feridinhas no rosto. A benzedeira deu um óleo santo para passar. Percebendo que depois de alguns dias o problema não se resolvia, Janete concluiu que era caso para médico e, por isso, levou-o à UBS.



Figura XIV: Imagens da Infância

Fonte: Exposição “Imagens da Infância – Itajaí”, por David da Silva

CONSIDERAÇÕES FINAIS: UM SOFISTICADO SISTEMA TERAPÊUTICO

Cuidar da saúde das crianças e da família é parte do que constitui o papel social da mãe, e a boa mãe itajaiense toma cuidados preventivos e curativos quanto à saúde das crianças sob sua responsabilidade, apropriando-se das práticas tradicionalmente reconhecidas na comunidade para este fim, e dos recursos oferecidos pelos serviços de saúde na cidade. Esta construção e reconstrução cotidiana de formas de enfrentamento às necessidades e anseios gerados pelas doenças que acometeram as crianças envolvidas nesta pesquisa foram postas, principalmente pelas mães informantes, em pequenas doses ao longo dos nove/dez meses de estudo.

Ora revelando, ora ocultando, as mães foram construindo em conjunto com a pesquisadora suas próprias formas de participação no estudo, estabelecendo relações diferenciadas com ela e com os instrumentos de pesquisa propostos. Todas as mães colaboraram de forma generosa para a execução desta pesquisa. Ao propor-lhes um estudo longo e, de certa forma, invasivo de suas privacidades, além de não lhes oferecer benefícios imediatos, tomou-me um sentimento de angústia que foi sendo gradativamente substituído pela receptividade com que me recebiam, pelas demonstrações de confiança e até mesmo de amizade. A rigidez de instrumentos auxiliares de coleta de dados também foi substituída, para muitas informantes, pela espontaneidade dos relatos livres, impregnados de suas crenças, valores e hábitos cotidianos para com os cuidados de saúde. E é esse o mérito, parece-nos, da metodologia aqui proposta, para o estudo da utilização de medicamentos: a oportunidade de construir o fenômeno a partir do olhar de seus sujeitos, em sua cotidianidade, em seu saber e concepção de saúde e de doença. Estudar a utilização não só de medicamentos assim definidos, mas de todos os recursos mobilizados com fins terapêuticos em contexto cultural, econômico, social específico, e de relações pessoais e

familiares mais íntimas revelou motivações que norteiam as trajetórias no espaço terapêutico possível para cada família e a possibilidade de adoção ou não de determinados recursos terapêuticos.

Reafirmando a crítica de Alves e Souza (1999) de que os estudos de itinerários terapêuticos restringem sua aplicação ao focarem a procura pelos serviços de saúde oficialmente reconhecidos, este estudo partiu do âmbito familiar e de suas peculiaridades para compreender sua dinâmica, revelando, dessa forma, um sofisticado sistema terapêutico operado pelas mães, que envolve reconhecimento e classificação de sintomas e articulações entre práticas domésticas e comunitárias e os serviços de saúde oferecidos na cidade.

As informantes indicaram que há uma racionalidade nestas trajetórias fundamentada em suas próprias experiências e naquelas aprendidas ao longo das gerações – que difere, muitas vezes, da lógica dos serviços, mas que é fundamental para que elas encontrem nos recursos terapêuticos uma forma de reorganizar a desordem gerada por sentimentos de angústia, medo e pelo peso da responsabilidade desencadeados pelos sintomas de doenças da criança.

Neste exercício da *maternagem* as experiências construídas cotidianamente têm grande valor pragmático e também no seu papel social. Entre a segurança do controle sobre a situação e o desconforto do descontrole, as mães classificam a condição das crianças entre a saúde, ou um estado que não é saúde e não é bem doença, ou de uma doença, porém leve, que não desperta muita preocupação – situações em que ela mesma ou pessoas íntimas têm habilidades para cuidar, ou de uma doença grave ou desconhecida, que em geral gera grande ansiedade e preocupação em toda a família e sobre a qual a mãe não se considera

capaz de intervir – condição em que ficam dependentes de serviços de saúde ou de recursos comunitários como benzimentos e apoio religioso.

Neste movimento, há grande valorização das práticas caseiras de tratamento – os chás de plantas medicinais, a aplicação de materiais e massagens e, principalmente, o uso de medicamentos industrializados: os recursos terapêuticos mobilizados no âmbito doméstico foram os citados em maior número, e entre eles os medicamentos industrializados prevaleceram. Podemos concluir, portanto, que na realidade atual as práticas caseiras de tratamento não são conformadas apenas de práticas antigas, oriundas de culturas pagãs ou de práticas de culturas isoladas. As práticas dos serviços de saúde estão amplamente difundidas na medicina caseira e expressam-se nesta pelos produtos utilizados, como apresentado nos quadros 1 e 2, pela racionalidade mecanicista de compreensão do processo saúde/doença verificado entre as informantes, a reaplicação de prescrições médicas. A legitimação das práticas difundidas pelos serviços de saúde parece eficiente na medida em que estas sempre aparecem na construção dos enfrentamentos às doenças infantis, mesmo quando os serviços não são procurados.

A utilização dos serviços de saúde não acontece, no entanto, de forma passiva ou regulada pelos ditames institucionais. As mães utilizam sua experiência e conhecimentos para conformar a busca por serviços de saúde segundo suas necessidades e expectativas. Da mesma forma, a adoção ou não das práticas prescritas nos serviços é moldada pelas expectativas, experiências e conhecimentos das mães e da família, avaliando constantemente a adequação da prática ou medicamento prescrito às causas e tratamentos que elas consideram adequados à situação, bem como a lógica do tratamento proposto e sua necessidade – diagnóstico e tratamento têm que ter um *sentido* percebido pela mãe. Dos

serviços de saúde, as mães expressaram que esperam, muito mais que equipamentos ou medicamentos e consultas, ter *atenção, cuidado, escuta, um toque*.

Neste contexto, o reconhecimento das causas das doenças é tido como extremamente importante para direcionar o tipo de recurso e âmbito terapêutico mobilizado. Para as *doenças que médicos não entendem* é imprescindível recorrer ao âmbito terapêutico adequado – o comunitário, onde as benzedadeiras e os líderes religiosos têm domínio de práticas e o dom de tratá-las.

Já as farmácias representam para as informantes um âmbito, por vezes, contraditório – podem ser reconhecidas como serviços que detêm um conhecimento capaz de ajudá-las a reconhecer e tratar adequadamente os problemas de saúde, permitindo que interajam com elas no processo terapêutico, ou como fornecedoras de medicamentos sem qualquer compromisso com a saúde dos usuários, onde as mães adquirem medicamentos para o uso no âmbito doméstico, sem que a farmácia e os seus profissionais interfiram efetivamente neste processo.

Em todo o espaço terapêutico aqui projetado, chama atenção a *medicamentação* do processo saúde/doença. Medicamentos industrializados são utilizados para prevenção, para estados que não são bem doença e para as doenças (com exceção de algumas doenças tratadas no âmbito comunitário), tanto no âmbito doméstico quanto no âmbito dos serviços de saúde, denunciando o complexo desafio da promoção do uso racional de medicamentos. Destaca-se também o poder detido pelas mães no comando do sistema terapêutico, operando um sistema complexo, fazendo com que diferentes racionalidades se comuniquem e, em alguns casos, até mesmo se misturem, promovendo a articulação entre práticas, saberes e crenças que muitas vezes são considerados incompatíveis na concepção do setor profissional de saúde.

No âmbito doméstico, é muito clara a posição da mãe como protagonista do cuidado de saúde. No âmbito dos serviços de saúde, no entanto, este papel passa para o profissional de saúde, que se encarrega de tomar todas as decisões a respeito da saúde da família, ignorando o poder decisório desta na adoção e condução dos cuidados. No cenário atual, em que a família é o foco principal de atuação de muitas das políticas públicas, como salienta Carvalho (2003), faz-se evidente a necessidade de reconhecer o papel das mães (na maioria das vezes) como as efetivas gestoras do sistema de saúde nas suas famílias. A partir de então, o papel do sistema de saúde profissional deve ser o de instrumentalizar estas mães e suas famílias para que possam atuar de forma mais efetiva nos cuidados de saúde.

O processo de precariedade da condição de atender as necessidades de seus entes, que as famílias vêm sofrendo, tem-nas levado à priorização do atendimento às necessidades de urgência. Atividades preventivas e mais compreensivas, como preocupações com o uso racional de medicamentos, tornam-se questões distantes da realidade cotidiana neste contexto de necessidades do *agora*, para as quais o próprio modelo de atenção à saúde preconiza que uns comprimidos são capazes de resolver.

A perspectiva familiar do uso de medicamentos e recursos terapêuticos, no entanto, não está contemplada até o momento nas políticas e diretrizes para o uso racional de medicamentos. Mesmo na vigência de uma estratégia de atenção à saúde baseada na estrutura familiar, a questão do uso de medicamentos não tem experimentado formas mais compartilhadas de gestão e acompanhamento. Que as conclusões a que chegamos nessa pesquisa possam contribuir para subsidiar a compreensão do uso de recursos terapêuticos na perspectiva familiar como etapa fundamental na construção de práticas de atenção à saúde que levem mais em conta valores e expectativas populares, práticas mobilizadoras rumo ao efetivo empoderamento das famílias na condução de seu futuro.

Fica aqui a convicção de que todas as estratégias ou itinerários terapêuticos são a busca de um porto seguro, em que se pode lidar com a vida, com a doença e o tratamento de forma segura, com um certo controle sobre a situação e o prosseguimento da vida cotidiana, durante um tempo abalada pela doença. Considerando esta dinâmica própria do exercício do cuidado de saúde dos filhos, poderemos olhar para o processo saúde/doença/tratamento: respeitando e valorizando o saber e o poder da mãe e da família sobre este processo e procurando conquistar um diálogo com esta cultura como forma de promover atenção adequada à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDS. **Boletim epidemiológico**. Disponível em www.aids.gov.br, 2004

Allotey, P.; Reidpath, D. Establishing the causes of childhood mortality in Ghana: the spirit child. **Social Science and Medicine**, n. 52, p. 1007-1012, 2001.

Alonso, ILK. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar**. Tese de Doutorado Enfermagem (Filosofia, Saúde, e Sociedade), UFSC, 2003.

Althoff, C.R, Elsen, I., Laurindo, A.C. Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 320-327, 1998.

Al-Shammari, S. A. et al. Compliance wuith short-term antibiotic therapy among patients attending primary health centres in Riyadh, Saudi Arabia. **Journal of Royal Society of Health**, p.231-234, 1995.

Alves, P.C.B.; Rabelo, M.C.M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo, M.C.M., Alves, P.C.B.; Souza, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, P.171-186.

Alves, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, v.3, p. 263-271, 1993.

Alves, P.C.B.; Souza, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, M.C.M.; Alves, P.C.B.; Souza, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.125-136, 1999.

Amorim, J.Á. **Fitoterapia popular e saúde da comunidade, em Capina Grande, no Estado da Paraíba, em 1997**. São Paulo; 1999. (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da USP.

Amorozzo, M.C.M. Medicina tradicional em Santo Antonio do Leverger, MT – a permanência de práticas antigas – o papel dos benzedores e suas habilidades. **Revista Saúde e Ambiente**, v. 2, n. ½, p. 48-66, 1999.

Arendt, H. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

Arrais, P.S.D. et al.. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 1, n. 31, p. 71-77, 1997.

Balassubramaniam, K. **The rational use of drugs**. Penang: Zhulian; 1996. Rational use of drugs in children; pp. 179-190.

- Bañs-Diéz, J.E.; Farré-Albaladejo, M. Aspectos sociológicos del empleo de medicamentos. In: **Principios de Farmacología Clínica**. Barcelona: Masson, 2002, p. 271-281.
- Barros, J.A.C. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** São Paulo: Editora Hucitec, 1995.
- Bastos, A.C.S.B.; Alcântara, M.A.R.; Ferreira-Santos, J.E. Novas famílias urbanas. In: Lordelo, E.R.; Carvalho, A.M.A; Koller, S.H. (Org.). **Infância Brasileira e Contextos de Desenvolvimento**. 1ed. Salvador/São Paulo, p. 99-135, 2002.
- Béria, J.U. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, n. 27, p. 95-104, 1993.
- Béria, J.U. et al. Physician's prescribing behaviour for diarrhoea in children: an ethnoepidemiological study in southern Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 47, n.3, p. 341-346, 1998.
- Boltanski, L. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Graal, 1989.
- Bricks L.F.; Leone, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches, **Revista de Saúde Pública**, v.30, n.6, 1996
- Campos, M.S. Que família é essa? Painel de lançamento do Programa Fortalecendo a Família. In: Wnaderley, M.B.; Oliveira, I.I.M.C. **Trabalho com famílias: textos de apoio**. São Paulo: IEE-PUC-SP, 2004, p.12-22.
- Caponi, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- Caprara, A.; Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, 2004.
- Carlini, E.A. Medicamentos e saúde. In: **Medicamentos, drogas e saúde**. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1995.
- Carvalho, M. C.B. Famílias e políticas públicas. In: Acosta, A. R.; Vitale, M.A.F. **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE-PUC-SP, 2003.
- Castro, C.G.S.O. (org.). **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- Comandoli, B.; Abreu, C. **Adesão à terapia entre crianças atendidas em Unidade de Saúde de Itajaí-SC**. Monografia de conclusão de Curso de Farmácia. Universidade do Vale do Itajaí, 2003.

- Conrad, P. The meaning of medications: another look at compliance. **Social Science and Medicine**, v. 20, n.1, p. 29-37, 1985.
- Costa, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- Dalmolin, B.M, Lopes, S.M.B, Vasconcellos, M.P.C. A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, p. 19-34, 2002.
- Da Mata, R. O ofício do etnólogo, ou como ter “antropolical blues”. In: Nunes, E.O. **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.23-35.
- DATASUS. www.datasus.gov.br ,2004.
- Dowell, J., Hudson, H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. **Family Practice**, v.14, n. 5, p. 369-375, 1997.
- Duby, G. Prefácio: a história da vida privada. In: Veyne, P. **História da vida privada do império romano ao ano mil**. São Paulo: Companhia das letras, 1989, p. 9-11.
- Fernandez-Lhimós, F. et al. Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy, evolution and current concept of drug-related problems. **Current Pharmaceutical Design**, n.10, p. 3947-3967, 2004.
- Ferreira, J. A saúde em comprimidos. **Saúde em Debate**, v. , n., p., 2001.
- Franco, A.L.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três município do Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p. 246-255, 2005.
- Frenkel, J. O mercado farmacêutico brasileiro: a sua evolução recente, mercados e preços. In: Negri, B. e Di Giovanni, G. **Brasil, radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001.
- Gerhardt, T.E. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, p.:713-726, 2003.
- Goffman, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- Gorter, A.C. et al.. Diarrea infantil en la Nicaragua rural: coencias y prácticas de salud tradicionales. **Bol Oficina Sanit Panamericana**, v. 119, n.5, p. 377-390, 1995.
- Haaijer-Ruskamp, F.M.; Hemminki, E. The social aspects of drug use. In: Dukes, M.N.G. **Drug utilization studies**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993.
- Helman, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

- Hufford, D.J. Folk medicine and health culture in contemporary society. **Primary Care**; v. 24,n.4, p. 723-741, 1997.
- Kleinman, A. **Patients and Healers in the context of cultures**. Berkeley: University of California, 1981.
- IBGE. www.ibge.gov.br 2004.
- Laplantine, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Laporte, J.R, Tognoni, G. e Rosenfeld, S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989.
- Leite, S.N. **Além da medicação: a contribuição da fitoterapia para a saúde pública**. São Paulo, 2000 (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Leite, S.N.; Vasconcellos, M.P.C. Adesão à terapia medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.
- Leite, S.N. et al. Utilização de medicamentos e terapias caseiras antes de consulta pediátrica por usuários de unidade pública de saúde em Itajaí-SC. **Acta farmacêutica bonaerense** (submetido).
- LeFèvre, F. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.
- LeGrand, A., Sri-ngernyuang, L.; Streefland, P.H. Enhancing appropriate drug use: the contribution of herbal medicine promotion. **Social Science and Medicines**, v. 36, n. 8, p. 1023-1035, 1993.
- Levi-Strauss, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.
- Loyola, M.A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. Rio de Janeiro: Difel Editora, 1982.
- Loyola Filho, A.I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v.36 n.1, 2002.
- Luz, M.T. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- Magnani, J.G.C. De perto de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.17, n. 49, p. 11-29, 2002.

- Marins, P.C.G. Habitação e vizinhança: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras. In: Novais, F.A.; Sevcenko, N. **História da vida privada no Brasil República: da Belle époque à era do Rádio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p. 131-214, v.3
- Martindale: The Complete Drug Reference**. London: Pharmaceutical Press. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village: Sweetman S., 2005.
- Medeiros, S.L. **Práticas terapêuticas não-convencionais usadas por idosos**. São Paulo, 1997. (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Menéndez, E.L. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del “teoricismo” al movimiento continuo. **Cuadernos Medico Sociales**, n. 59: 3-18, 1992.
- Mezzomo, T.M. **Entre o oficial e o legítimo: o subsistema não-institucional de atenção a saúde em São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas, 1992.
- Minayo, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.
- Nemes, M.I.B. (pesq. Principal). **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- Nogueira, R.P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos, E.M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001, p.63-72.
- Oliveira, E.R. **O que é medicina popular**. São Paulo: Abril/Brasiliense, 1985.
- Oliveira, R.C. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: **O trabalho de antropólogo**. São Paulo: Unesp, 1998.
- Oliveira, M.L.S, Bastos, A.C.S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 13, n. 1, p. 54-59, 2000.
- Organização Panamericana de Saúde. **Consenso Brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: OPAS, 2002, 24p.
- Organização Mundial da Saúde. **Atencion primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria e Salud**. Alma-Ata: WHO, 1978.
- Pachter, L.M. Culture and clinical care: folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. **JAMA**, n.271, p. 690-694, 1994.
- Pais, J.M. **Vida Cotidiana, enigmas e revelações**. São Paulo, Cortez, 2003.

- Paulo, L.G.; Zanini, A.C. **Compliance: sobre o encontro paciente/médico**. São Roque: IPEX Editora, 1997.
- Perini, E.; Acurcio, F.A. Farmacoepidemiologia. In: Gomes, M.J.V.M.; Reis, A.M.M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 85-108.
- Pescosolido, B.A. Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. **American Journal of Sociology**, v.97, n. 4, p. 1096-1138, 1992.
- Piccolo, F.D. Particularidades e generalizações: reflexões a partir da pesquisa urbana entre usuários de drogas em Porto Alegre. In: Velho, G, Kuschnir, K. **Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- Portelli, A. Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na história oral. **Projeto História Oral**, n.15, p. 13-33, 1997.
- Queiroz, S.; Velásquez, A.G. Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica. In: Negri, B.; Di Giovanni, G. **Brasil, radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001.
- Rabelo, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 316-325, 1993.
- Reis, J.C., Fradique, F.S. Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.19, n.1, p. 47-57, 2003.
- Rocha, R.M. Trajetórias terapêuticas de usuários de serviços psiquiátricos e adeptos de umbanda: um estudo sobre pluralismo terapêutico. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 8, n. 2, p. 73-7, 2000.
- Saillant, F. Saber e itinerários de cuidados na Amazônia brasileira: o doméstico na encruzilhada do espaço terapêutico. In: Leibing, A. **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: Nau, 2004, p. 227-247.
- Salem, T. Entrevistando famílias: notas sobre o trabalho de campo. In: Nunes EO. **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.47-64.
- Sevalho, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: Acurcio, F.A. **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.
- Sevalho, G., Castiel, L.D. Epidemiologia e antropologia médica: a possível in(ter)disciplinaridade. In: Alves, P.C; Rabelo, M.C. **Antropologia da saúde:**

- traçando indentidade e explorando fronteiras.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 47-70, 1998.
- Simões, M.J.S; Farache Filho, A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n.6, p. 494-9, 1988.
- Sobravime. **O que é o uso racional de medicamentos?** São Paulo: Sobravime, 2001.
- Tezoquipa, I.H. et al. El cuidado a la salud em el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. **Revista de Saúde Pública** v. 35, n. 5, p. 443-450, 2001
- Teixeira, P.R, Paiva, V.; Shimma, E. **Ta difícil de engolir?** São Paulo: Editora Nepaids, 2000.
- Tobar, F. Los medicamentos y la promesa incumplida de la medicina moderna. **Boletín del Programa de Investigación aplicada de salud.**, v.1, n.1, p. 1, 2001.
- Travesso-Yepes, M; Morais, M.A. Reivindicando a subjetividade para os usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.1, p. 80-88, 2004.
- Uchoa, E., Vidal, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.4, p. 497-504, 1994.
- USP DI®. **Drug Information for the Health Care Professional.** Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village: Klasco RK, 2005.
- Velho, G. O desafio da proximidade. In: Velho., G, Kuschnir, K. **Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- Velho, G. Observando o familiar. In: Nunes, E.O. **A aventura sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.36-46.
- Victoria, C.G. Statistical malpractice in drug promotion: a case-study from Brazil. **Social Science and Medicines**, n.16, p. 707-709, 1982.
- Vilarino, J.F. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 32 n. 1, fev. 1998.
- Wannmacher, L. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: uma guerra perdida? **Uso racional de medicamentos: temas selecionados - OMS.** V.1, n.4, p. 1-6, 2004.
- Weiderpass, E. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública** v. 32, n.4, p. 335-44, 1998.

World Health Organization (WHO). **The rational use of drugs**, report of the conference of experts (Nairobi nov. 1985). Geneva: WHO, 1987.

World Health Organization (WHO). **The rational use of drugs**, report of the conference of experts (Nairobi nov. 1985). Geneva: WHO, 1987.

World Health Organization (WHO). **How to investigate the use of medicines by consumers**. Amsterdam: WHO/ University of Amsterdam, 2004.

