

Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil

Use of medicines in a Guaraní Indian village on the coast of Santa Catarina State, Brazil

Eliana Elisabeth Diehl ¹
Francielly Grassi ²

Abstract

This article analyzes the use of medicines and related perceptions among Guaraní Indians on the coast of Santa Catarina State, Brazil. The ethnographic research included participant observation, open and semi-structured interviews, and household surveys. Analyzing six months of prescriptions from 2008, 458 medicines were prescribed in 236 medical consultations, featuring cough and cold preparations, analgesics, and anti-helminthics, among drugs. In the three household surveys, analgesics and cough and cold preparations were the most frequently found in 2006 and 2007, while drugs for anemia were the most common in 2008. The Guaraní mainly used the primary healthcare services for colds, coughs, and diarrhea, and their practices also included turning to the shaman and self-care with medicines and herbal remedies, recognizing the efficacy of medicines and evaluating the treatment according to their experiences and their conceptions of the health-disease-care process. The study indicates the need for dialogue between professionals and users, linking the various forms of health knowledge.

Indigenous Health; Drug Utilization; South American Indians

Introdução

Os medicamentos constituem uma das tecnologias biomédicas mais difundidas, sendo demandados e utilizados globalmente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹, entre 1995 e 2000, a venda e o consumo de medicamentos cresceram significativamente, principalmente em países de alta renda. Em 2000, a venda total correspondeu a US\$ 316 bilhões, sendo que US\$ 282,49 bilhões foram adquiridos com prescrição médica e US\$ 33,9 bilhões sem prescrição. O Brasil, em 2000, ocupava a nona posição entre os dez maiores mercados mundiais de medicamentos, representando um valor de US\$ 5,2 bilhões.

De modo geral, as pesquisas sobre medicamentos têm enfatizado fatores que envolvem o controle do mercado pelas indústrias farmacêuticas, o impacto da propaganda sobre o consumo, a adoção da lista de medicamentos essenciais proposta pela OMS, entre outras, sendo prioritária a abordagem biomédica. No Brasil, também tem sido foco de estudos de base populacional o acesso ^{2,3}, o consumo ^{4,5} e a percepção dos usuários ⁶ sobre medicamentos.

No final dos anos 1980, os medicamentos se tornaram um dos focos centrais de pesquisas antropológicas ⁷. Van der Geest et al. ⁸, preocupados em evidenciar a escassez e ao mesmo tempo a necessidade de conduzir pesquisas sobre os medicamentos em uma perspectiva local, propuseram a “antropologia dos medicamentos”, que

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Correspondência

E. E. Diehl
Departamento de Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Florianópolis, SC 88040-900, Brasil.
elianadiehl@hotmail.com

pressupõe a coexistência de medicamentos e de remédios e a questão de como as percepções e usos de um afetam o outro. Assim, não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas, mas sim pesquisar as situações dinâmicas nas quais são percebidos e utilizados. As pesquisas em antropologia dos medicamentos necessitam de uma visão ampliada dos processos de saúde-doença-atenção, entendidos como construídos subjetiva e socioculturalmente, “*no qual a experiência corporal é mediada pela cultura*”⁹ (p. 16), contrapondo, portanto, ao caráter universal da concepção biomédica de doença. Menéndez¹⁰ afirma que os sujeitos e seus grupos sociais, quando vivenciam processos de adoecimento, orientam sua “práxis” na busca de saídas, alívio, cura de seus sofrimentos, avaliando e reavaliando, de acordo com os acontecimentos, as estratégias de enfrentamento, as ações práticas, os tratamentos, a disponibilidade de recursos, as etiologias e as concepções de saúde e doença. Para esse autor, a coexistência de diferentes formas de atenção às enfermidades não pressupõe excluir ou privilegiar uma das formas, mas sim que os sujeitos, por meio de suas práticas, fazem estreitas relações entre as mesmas. Observar as estratégias de atenção que envolvem os saberes da biomedicina, dos curadores tradicionais e dos grupos sociais torna-se fundamental para identificar as percepções dos medicamentos e as práticas de atenção e de autoatenção utilizadas pelos sujeitos e grupos sociais¹⁰.

No Brasil, ainda são poucas as pesquisas^{11,12,13} que enfatizam os medicamentos entre índios sob um olhar antropológico. Os medicamentos são fortemente demandados pelas populações indígenas, quer seja por fatores históricos (o contato entre os índios e os não-índios sempre foi marcado pelas “trocas”, entre elas de medicamentos a partir do século XX)^{12,14,15,16}, por observarem sua eficácia^{11,13}, ou mesmo por estarem inseridos nos processos tradicionais de circulação e distribuição de recursos^{7,17,18}. Por outro lado, as intervenções biomédicas, para além do uso racional, utilizam exageradamente os medicamentos, o que poderíamos, radicalizando Illich¹⁹, chamar de “farmaceuticalização da saúde”¹³.

Desde o final de 1999, a saúde indígena no Brasil tem sido de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, que baseada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas²⁰, implantou 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) no país, com vistas a disponibilizar ações e serviços de atenção básica nas Terras Indígenas e referenciar a média e alta complexidades para a rede do Sistema Único de

Saúde. A rede básica é composta pelos postos de saúde nas Terras Indígenas e pelos Pólos-base, apoiados pelas Casas de Saúde do Índio.

O presente estudo teve como objetivo a investigação sobre o consumo de medicamentos entre índios Guaraní de uma aldeia do litoral de Santa Catarina, Brasil, por meio da identificação dos medicamentos prescritos pela equipe de saúde e presentes nos domicílios, e sobre as percepções de uso dos mesmos.

Método e população

Metodologia

A pesquisa de campo foi realizada em uma aldeia Guaraní, nos meses de março a maio de 2006 e de agosto de 2007 a junho de 2008, totalizando 103 dias.

Os dados sobre seis meses de prescrições – janeiro a junho de 2008 – foram obtidos na sede do Pólo-base de Florianópolis (DSEI Litoral Sul), consultando-se todas as prescrições emitidas neste período na aldeia. Foram anotados os nomes dos índios (e a idade quando presentes) e dos medicamentos (incluindo dosagem, quantidade prescrita, posologia e data da prescrição).

Nas pesquisas domiciliares foram identificados os moradores (sexo, filiação, data de nascimento, escolaridade e atividade desenvolvida) e os medicamentos (nome, dosagem, forma farmacêutica, quem receitou, onde foram adquiridos, entre outros) existentes nas casas. Esses dados foram obtidos em três períodos: março a maio de 2006; agosto a dezembro de 2007; e abril a junho de 2008. Todos os informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para as questões relativas ao uso e percepções de medicamentos e/ou recursos com propriedades terapêuticas, foram utilizadas a observação participante e as entrevistas abertas e/ou semi-estruturadas, estas últimas gravadas após o consentimento do entrevistado e assinatura do TCLE. Durante todo o estudo foram feitas as anotações em diário de campo.

Os dados dos medicamentos prescritos e encontrados nas casas foram analisados pelo programa SPSS para Windows, versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Na descrição dos medicamentos, para a classe terapêutica e o nome dos fármacos utilizou-se a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical* do WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology) nos níveis dois e cinco, respectivamente.

Todos os procedimentos legais que envolvem os aspectos éticos e a permissão para en-

trada em Terra Indígena foram cumpridos: aprovações no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº. 080/2002), na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (registro CONEP nº. 4318/2002) e na Fundação Nacional do Índio (Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº. 34/CGEP/04). Neste artigo, os nomes dos indígenas foram alterados.

Os Guaraní e o local da pesquisa

Os Guaraní correspondem a uma população transnacional, distribuída no Paraguai, Argentina e Brasil. No Brasil, somam um total de 45.787 pessoas²¹, encontrando-se no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul, divididos nos subgrupos Kaiwá, Mbyá e Nhandéva²²; em Santa Catarina pertencem majoritariamente à parcialidade Mbyá.

A aldeia deste estudo está distante cerca de 40km da capital do estado e pertence ao Pólo-base de Florianópolis. Os Guaraní do DSEI Litoral Sul totalizavam 5.216 indivíduos em 2006, e em torno de 484 viviam em oito aldeias atendidas por esse Pólo-base.

As casas da aldeia estão distribuídas na encosta de um morro às margens da rodovia BR 101, em uma área de menos de um hectare (só muito recentemente o Governo Federal reconheceu e homologou como Terra Indígena, com quase 2.000 hectares, porém disputas com vizinhos não-indígenas continuam sem resolução). A *opyj* (casa de rezas) é o local onde realizam seus rituais, cantam, dançam e entram em contato com seus ancestrais. Estreitamente vinculado à *opyj* está o *karai* (rezador, pajé, xamã, *opygua*, entre outros), que abrange variedade no que se refere a poderes, funções, reconhecimento, idade, gênero; à época da pesquisa havia um *karai*.

As principais fontes de renda são a venda de artesanato e de CDs dos corais (compostos na sua maioria por crianças e adolescentes das aldeias), os empregos nas áreas de saúde e de educação, o trabalho como diarista em pousadas ou outros negócios localizados nas proximidades da aldeia, as aposentadorias e o Programa Bolsa Família do Governo Federal.

A língua Guaraní é falada por todos e o Português passou a ser ensinado às crianças com a implantação das escolas indígenas; todas as crianças vêm aprendendo na escola de ensino fundamental da aldeia a escrita Guaraní. Em que pese a existência de uma escola fundamental, de serviço básico de saúde e de diversas fontes de renda, os moradores ainda dependem de uma assistência com características beneficentes,

com frequentes doações de alimentos, roupas, calçados etc.

Nas pesquisas domiciliares, em 2006 foram visitadas aproximadamente 50% (nove casas) do total de casas da aldeia, sendo contadas 60 pessoas, correspondendo a uma média de 6,7 pessoas por casa; em 2007 e 2008 todas as casas foram visitadas, observando-se 125 (média de 6,0 pessoas por casa) e 113 pessoas (média de 5,9 pessoas por casa), respectivamente. Em 2006, a proporção entre homens e mulheres era igual (50%), havendo um aumento no número de homens em 2007 para 52% e em 2008 para 54%. A faixa etária predominante nos três períodos foi de 0 a 14 anos.

O posto de saúde, localizado na parte alta da aldeia, é de alvenaria e está dividido em: uma sala ampla de recepção e de entrega dos medicamentos prescritos pelo médico e dentista; um consultório odontológico; um consultório médico; uma pequena sala para a pesagem das crianças de 0 a 5 anos; um refeitório para a equipe de saúde; e dois banheiros. O posto era aberto somente nos dias em que a equipe de saúde estava na aldeia.

A equipe de saúde, contratada por uma ONG não-indígena, prestava atendimento na aldeia uma vez por semana, em dia não rigorosamente fixo, atendendo a todos os indígenas que procuravam pelo serviço, sem limitação de fichas. Era formada por um médico, um dentista, dois enfermeiros, uma auxiliar de enfermagem e dois agentes indígenas de saúde (AIS), estes últimos residentes na aldeia. As outras sete aldeias do Pólo-base de Florianópolis recebiam a visita da mesma equipe (exceto dos AIS) geralmente uma vez por semana. Nem sempre a equipe estava completa e houve semanas em que ela não atendeu. Na maioria dos casos, os medicamentos (sempre transportados pela equipe) eram entregues imediatamente após a consulta com o auxílio dos AIS, sendo que normalmente os enfermeiros ou a auxiliar faziam as orientações necessárias quanto ao uso dos mesmos. Quando acontecia a prescrição de algum medicamento indisponível no ato da consulta, este era providenciado na farmácia conveniada com o Pólo-base, no prazo máximo de uma semana (até a próxima visita) e, dependendo da urgência, era entregue antes. O controle dos medicamentos era feito por aldeia pelos enfermeiros ou pela auxiliar, em fichas onde constavam o nome do paciente, os medicamentos prescritos e entregues, e a assinatura do indígena ou do AIS.

Resultados

Os medicamentos prescritos

Entre janeiro e junho de 2008, a equipe foi 17 vezes à aldeia, sempre com a presença do médico. O tempo de permanência era em média de duas horas. Foram realizadas 236 consultas (média de 13,9 consultas por dia, sendo o mínimo de duas e o máximo de trinta em um período de atendimento), que resultaram em 458 medicamentos prescritos (média de 1,9 medicamentos por consulta e 26,9 por cada ida da equipe). No período analisado, o médico atendeu a 109 pessoas, a maioria (57 pessoas) tendo ido uma vez para consultar, duas delas foram sete vezes e as restantes variaram entre duas e seis vezes. Receberam prescrição 58 mulheres (53%) e 51 homens (47%); para 53 crianças (48,7%) de 0 a 14 anos foram prescritos medicamentos e para 22 pessoas (20,2%) não havia indicação da idade nas receitas.

As classes terapêuticas predominantes foram as preparações para tosse e resfriado (n = 80, 17,5%), os analgésicos, os anti-helmínticos, os antibacterianos para uso sistêmico e os anti-inflamatórios e antirreumáticos, seguidas por outras (Tabela 1). Entre os 458 medicamentos prescritos, segundo ATC 5º nível, destacaram-se o ambroxol (n = 62, 13,5%), o albendazol, o paracetamol, a dipirona e a azitromicina, entre outros (Tabela 2). Desses medicamentos, 53,9% (n = 247) constavam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2006.

Os medicamentos encontrados nas casas

Entre as nove casas (aproximadamente 50% do total) visitadas em 2006, oito delas tinham medicamentos, totalizando 38 unidades (média de 4,2 medicamentos por casa). Em 2007 e em 2008 todas as casas habitadas foram visitadas (20 e 19, respectivamente), sendo que em 15 e 10 delas foram encontrados medicamentos, respectivamente, totalizando 45 (média de 2,2 medicamentos por casa em 2007) e 22 (média de 1,2 medicamento por casa em 2008) unidades. Analisando-se a concentração do número de medicamentos, em 2006 uma casa tinha 10 unidades (26,3%), uma possuía oito (21,1%) e nas restantes oscilava entre duas e cinco unidades; em 2007, uma casa tinha nove medicamentos (20%) e nas restantes variava entre uma (cinco casas) e cinco unidades; em 2008, um domicílio mantinha sete unidades (31,8%) e na maioria havia um medicamento. Quanto ao prazo de validade, observou-se que em 2006, 2007 e 2008, 2 (5,3%), 10 (22,2%) e 2 (9,1%) medicamentos, respectivamente, estavam

com o prazo expirado. Considerando-se as três pesquisas domiciliares, a armazenagem nas casas era predominantemente na cozinha (43,8%) e no quarto (41,9%), mantendo-se de maneira geral as embalagens originais.

Os analgésicos foram a classe terapêutica predominante em 2006 (n = 7, 18,4%) e em 2007 (n = 7, 15,6%) e os antianêmicos (n = 5, 22,7%) em 2008 (Tabela 3). Entre os 38 medicamentos encontrados em 2006, conforme ATC 5º nível, destacaram-se o ambroxol (n = 7, 18,4%), o paracetamol e o sulfato ferroso, entre outros; o ambroxol (n = 6, 13,3%) também foi o mais representativo entre os 45 medicamentos encontrados em 2007, seguido pela dipirona, diclofenaco e paracetamol, entre outros; em 2008, dos 22 medicamentos encontrados, o sulfato ferroso foi o mais observado (n = 4, 18,2%), seguido pela dipirona, paracetamol e ambroxol, entre outros (Tabela 4).

O médico da equipe de saúde foi o principal prescritor nos três momentos (81,6% em 2006; 77,8% em 2007; e 91% em 2008). A automedicação com medicamentos não foi relevante nas três pesquisas domiciliares, tendo sido 10,6% em 2006, 8,9% em 2007 e nenhuma referência em 2008. A aquisição dos medicamentos pelos Guaraní foi basicamente quando da visita da equipe, no posto de saúde da aldeia (84,2% dos medicamentos em 2006; 77,8% em 2007; e 91% em 2008). A farmácia particular, o Pólo-base, o hospital, o AIS e o vizinho/parente também foram citados como fontes de acesso aos medicamentos.

O contexto etnográfico

Os Guaraní da aldeia em estudo procuravam a equipe de saúde apresentando as mais variadas queixas, com ênfase para gripe, tosse e diarreia, o que se retratava nos principais fármacos encontrados nos domicílios. Outros motivos para a busca pelo serviço também foram observados e relatados pelos indígenas, como a curiosidade, a atenção recebida pela equipe e a oportunidade de encontrar parentes e vizinhos, servindo o posto de saúde como um local de sociabilidade. Um dos pontos levantados como mais favorável para os indígenas em relação à presença da equipe e à existência do posto na aldeia era que não precisavam mais enfrentar filas nos postos de saúde dos municípios vizinhos, razão também mencionada para não desejarem a municipalização do atendimento. Cecília, indígena que já ocupou o cargo de AIS no oeste do estado, disse: *“O que melhorou foi porque lá fora não trata a gente bem, tem que ficar na fila. Facilita muito. Não tem fila. Fora tem muito sofrimento. Às vezes precisava até dormir fora da aldeia para ser atendido”*. Para Bruna, AIS na aldeia, *“Pra mim melhorou bastante, porque*

Tabela 1

Classes terapêuticas (código ATC 2º nível) dos medicamentos prescritos no posto de saúde em uma aldeia Guaraní, Santa Catarina, Brasil, janeiro a junho de 2008.

ATC 2º nível	n	%
R05 Preparações para tosse/resfriado	80	17,5
N02 Analgésicos	65	14,2
P02 Anti-helmínticos	54	11,8
J01 Antibacterianos para uso sistêmico	52	11,4
M01 Anti-inflamatórios/Antirreumáticos	36	7,9
D06 Antibióticos e quimioterápicos para uso dermatológico	25	5,5
A03 Medicamentos para distúrbios gastrointestinais funcionais	23	5,0
B03 Antianêmicos	22	4,8
R03 Medicamentos para doenças obstrutivas das vias aéreas	17	3,7
D01 Antifúngicos de uso dermatológico	13	2,8
A11 Vitaminas	10	2,2
R01 Preparações nasais	10	2,2
P03 Ectoparasiticidas, incluindo escabicidas, inseticidas e repelentes	9	2,0
A12 Suplemento mineral	5	1,1
G03 Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	4	0,9
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	3	0,7
J02 Antimicóticos de uso sistêmico	3	0,7
M03 Relaxantes musculares	3	0,7
A02 Antiácidos	2	0,4
A07 Antidiarréicos, agente anti-inflamatório/Anti-infeccioso intestinal	2	0,4
C03 Diuréticos	2	0,4
D08 Antissépticos e desinfetantes	2	0,4
H02 Corticosteróides para uso sistêmico	2	0,4
R06 Anti-histamínicos de uso sistêmico	2	0,4
C07 Agentes beta-bloqueadores	1	0,2
D07 Corticosteróides em preparações dermatológicas	1	0,2
P01 Antiprotozoários	1	0,2
Não consta	9	2,0
Total	458	100,0

antes do pessoal da FUNASA vim, porque antes era difícil, tinha que pegar senha, pra ir tinha que ser com o próprio dinheiro. Agora a gente não precisa nem sair da aldeia". As opiniões eram divergentes quanto à frequência do atendimento pela equipe, porém, a maioria concordava que os medicamentos deveriam estar disponíveis em tempo integral, como acontece em outras comunidades indígenas, independentemente do número de vezes que a equipe vai à aldeia.

Para os Guaraní, a escolha do tratamento normalmente era definida pelo *karai*, que decidia qual recurso terapêutico a ser utilizado: "Levo no *karai*, se ele fala pra levar no médico tomar remédio de *djuruá* aí eu levo, senão ele faz chá e benze pra melhorar, ele vai dizer o que é pra fazer". A busca pelos medicamentos acontecia

a partir do diagnóstico feito pelo *karai* para o tratamento das "doenças de *djuruá*" (o termo *djuruá* designa todas as pessoas da sociedade envolvente, chamadas de maneira abrangente de "brancos"). Essas doenças, junto com as "doenças espirituais", compõem as duas classes de moléstias que, segundo os Guaraní, os afetam. A origem das "doenças espirituais" está intimamente relacionada com o desrespeito à natureza, a influência exercida por determinadas pessoas sobre outras e os pensamentos nocivos, conforme explicou Lucas: "A doença espiritual pode vir da natureza, de uma pedra, de uma árvore, por exemplo, os mais velhos falam que tem vida né, hoje tem muito desmatamento, então tudo isso, a natureza se revolta com o ser humano, e tudo isso ataca qualquer um. Sempre falo tam-

Tabela 2

Fármacos (código ATC 5º nível) dos medicamentos prescritos no posto de saúde em uma aldeia Guaraní, Santa Catarina, Brasil, janeiro a junho de 2008.

ATC 5º nível	n	%
R05CB06 Ambroxol	62	13,5
P02CA03 Albendazol	47	10,3
N02BE01 Paracetamol	34	7,4
N02BB02 Dipirona	31	6,8
J01FA10 Azitromicina	29	6,3
M01AB05 Diclofenaco	20	4,4
B03AA07 Sulfato ferroso	18	3,9
D06AX04 Neomicina	18	3,9
M01AE01 Ibuprofeno	16	3,5
R05CB03 Carbocisteína	14	3,1
Outros ATC 5º nível	14	3,1
R03AC04 Fenoterol	12	2,6
A03FA01 Metoclopramida	10	2,2
J01CA04 Amoxicilina	10	2,2
R01AX30 Combinações	10	2,2
A03DB04 Butilscopolamina e analgésicos	9	2,0
J01CE08 Benzilpenicilina benzatina	9	2,0
D01AC08 Cetoconazol	8	1,7
Deltametrina	8	1,7
D06BX01 Metronidazol	7	1,5
A11AA02 Multivitaminas e cálcio	5	1,1
A11CB Vitaminas A e D em combinação	5	1,1
A12CA01 Cloreto de sódio + A12BA01 Cloreto de potássio	5	1,1
D01AA01 Nistatina	5	1,1
A03AX13 Silicones	4	0,9
B03BB01 Ácido fólico	4	0,9
R05CA03 Guafenesina + R05DA09 Dextrometorfano	4	0,9
J02AC01 Fluconazol	3	0,7
M03BC51 Orfenadrina, combinações	3	0,7
P02CA51 Mebendazol, combinações	3	0,7
P02CF01 Ivermectina	3	0,7
R03BB01 Brometo de ipratrópio	3	0,7
A02BC01 Omeprazol	2	0,4
A07AA02 Nistatina	2	0,4
C03AA03 Hidroclorotiazida	2	0,4
D08AX06 Permanganato de potássio	2	0,4
G03FA11 Levonorgestrel e etinilestradiol	2	0,4
J01DB01 Cefalexina	2	0,4
R03AC02 Salbutamol	2	0,4
R06AB02 Dexclorfeniramina	2	0,4
Não consta	9	2,0
Total	458	100,0

Tabela 3

Classes terapêuticas (código ATC 2ª nível) dos medicamentos encontrados nas casas Guarani em uma aldeia de Santa Catarina, Brasil, 2006, 2007 e 2008.

ATC 2ª nível	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Outros ATC 2ª nível	8	20,8	8	17,8	7	31,8
N02 Analgésicos	7	18,4	7	15,6	4	18,2
R05 Preparações para tosse/resfriado	7	18,4	6	13,3	2	9,1
B03 Antianêmicos	4	10,5	0	0,0	5	22,7
J01 Antibacterianos para uso sistêmico	4	10,5	6	13,3	0	0,0
R03 Medicamentos para doenças obstrutivas das vias aéreas	3	7,9	0	0,0	0	0,0
A11 Vitaminas	2	5,4	0	0,0	2	9,1
M01 Anti-inflamatórios/Antirreumáticos	2	5,4	5	11,1	0	0,0
A03 Medicamentos para distúrbios gastrointestinais	0	0,0	3	6,7	2	9,1
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	0	0,0	3	6,7	0	0,0
H02 Corticosteróides para uso sistêmico	0	0,0	2	4,4	0	0,0
P01 Antiprotozoários	0	0,0	2	4,4	0	0,0
Não consta ATC 2ª nível	1	2,7	3	6,7	0	0,0
Total	38	100,0	45	100,0	22	100,0

Tabela 4

Fármacos (código ATC 5ª nível) encontrados nas casas Guarani em uma aldeia de Santa Catarina, Brasil, 2006, 2007 e 2008.

ATC 5ª nível	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Outros ATC 5ª nível	13	33,7	17	37,4	12	54,1
R05CB06 Ambroxol	7	18,5	6	13,4	2	9,2
B03AA07 Sulfato ferroso	4	10,6	0	0,0	4	18,3
N02BE01 Paracetamol	5	13,3	3	6,7	2	9,2
N02BB02 Dipirona	2	5,3	4	8,9	2	9,2
M01AB05 Diclofenaco	2	5,3	4	8,9	0	0,0
Polivitamínico	2	5,3	0	0,0	0	0,0
J01CA04 Amoxicilina	2	5,3	2	4,5	0	0,0
C09AA02 Enalapril	0	0,0	2	4,5	0	0,0
J01FA10 Azitromicina	0	0,0	2	4,5	0	0,0
P01AB01 Metronidazol	0	0,0	2	4,5	0	0,0
Não consta ATC 5ª nível	1	2,7	3	6,7	0	0,0
Total	38	100,0	45	100,0	22	100,0

bém que não adianta a gente sentir inveja dos outros, isso também traz doença, no pensamento pode atingir a outra pessoa". A confirmação se de fato são "doenças espirituais" é feita somente pelo *karai*. No entanto, algumas manifestações são reconhecidas como sinais indicativos dessa categoria de doença. Cássio descreveu como in-

dícios quando "a gente se sente ruim, desanimado, quando você tá bem e do nada aparece uma dor forte, um desânimo". Para Júlio, "quando a gente tem uma dor de cabeça, toma um remédio e não passa, a gente sabe que é doença espiritual e quando a gente tem assim, também, dor no corpo e não passa". Mesmo reconhecendo os sintomas,

o *karai* é considerado apto para tratar essas doenças. Já as “doenças de *djuruá*” são provenientes principalmente da má alimentação e do contato com os não-índigenas e são reconhecidas como tendo suas manifestações preditas, como salientou Antonio: “Doença de *djuruá* você sente quando tá chegando, tipo assim: ah! Eu vou ficar doente porque eu tô sentindo isso ou aquilo, sintoma né, e a doença do espírito não, você tá bem e de repente dá uma moleza, começa doer os braços, a cabeça”. Também quando são exibidas no físico, como as feridas citadas por Daniela, ou quando são transmitidas de um indivíduo para outro, como a gripe.

Paulo, falando sobre seu trabalho como *karai*, declarou que: “*Karai trata as doenças conversando com Nhanderu, tem que tá toda hora conversando com Nhanderu. É Nhanderu que me diz qual remédio do mato é bom pra curar doença. Eu curei muita gente só com Nhanderu, remédio do mato e petyngué*” (*petyngué* é um tipo de cachimbo usado cotidianamente pelos Guaraní). No entanto, os recursos utilizados pelo *karai* podem também alcançar os resultados desejados para o tratamento das “doenças de *djuruá*”, como disse Lucas: “*Remédio de djuruá não cura doença espiritual. A reza, o remédio do mato, o pajé pode curar doença de djuruá. Isso é interessante. Porque às vezes os médicos não valorizam o pajé, até nós mesmos. Sempre falo que pra nós valorizar isso*”.

Dentre as razões que levavam a comunidade a procurar os medicamentos também estava o motivo apontado por Paulo: “*Agora é obrigado ter remédio de djuruá, agora é obrigado. Antigamente não era assim, porque antigamente a gente plantava e tinha as coisas pra comer, pra fazer remédio, hoje precisa do posto, do médico, porque a gente come mal e não tem erva pra fazer remédio*”. Angélica, recém-chegada do Espírito Santo, confirmou esse aspecto: “*Aqui não tem muito remédio do mato, é difícil de achar, por isso a gente tá precisando do remédio do djuruá*”.

A eficácia dos medicamentos era reconhecida para o tratamento da gripe, tosse e diarreia, entre outros sintomas físicos. Conforme Lívio, uma das lideranças da aldeia, quando mostrou uma cartela de antibióticos prescrita pelo médico da equipe por causa de uma forte gripe: “*Uma vez tomei lá no Espírito Santo esse, e parece que melhorou tudo, até o sangue ficou melhor*”. No entanto, a grande maioria apontou para o fato de interromper o tratamento quando há uma melhora no estado de saúde: “*Se vejo que já tá melhorzinho, já nem dou mais, aqui é assim, tudo mundo faz assim, mesmo se é antibiótico*” (Angélica). Para Fátima, “*Eu nunca dou assim até o final, porque pra nós estraga muito dar muito remédio. A gente dá até que melhora aí já para*”. Além da avalia-

ção da eficácia, o profissional de saúde também podia influenciar a adesão ao tratamento, como enfatizado por uma guaraní: “*Não dou salbutamol pra meu filho, porque quando a mulher vai dá [enfermeira ou técnica], fala que é da caveirinha, porque não pode dá muito, porque pode dá palpitação*”. Outra moradora explicou que o tratamento não foi feito até o final porque “*o médico deu pro meu filho antibiótico, mas eu não quis dá, porque o dentista falou que estraga os dente, faz mal pros dente, aí eu nem dei*”.

Discussão

Os estudos de base populacional sobre medicamentos^{2,3,4,5,6} permitem generalizar fatores que afetam o acesso, o consumo e o ponto de vista do usuário de medicamentos, porém não apreendem o contexto cultural de seu uso. Nesse sentido, as pesquisas sob a abordagem da antropologia dos medicamentos⁸, usando métodos etnográficos, têm importância para a compreensão do papel e do uso dos medicamentos em diferentes contextos, pois explicitam a complexidade que envolve os processos de saúde-doença-atenção.

Neste trabalho, os dados do número de consultas e de medicamentos prescritos, somados ao fato de que somente pouco mais da metade (53,9%) fazia parte da RENAME, mostram que a atenção à saúde guaraní era caracterizada pelo assistencialismo hipermedicalizante, de caráter curativo, e que não segue protocolos definidos e recomendados pelo Ministério da Saúde. Outros estudos, como por exemplo, Diehl¹³, Fleith et al.²³ e Bonfim²⁴, também apresentam dados elevados da proporção de consultas na atenção básica de saúde que resultaram em prescrições de medicamentos: 83,4%, 70% e 60,1%, respectivamente. Os medicamentos prescritos durante seis meses de atendimento da equipe na aldeia mostram-se semelhantes àqueles encontrados nos estudos realizados por Diehl¹³, Bonfim²⁴ e Colombo et al.²⁵, com exceção das preparações para tosse e resfriado, que se destacaram nesta pesquisa. O maior número de prescrições de ambroxol e alendazol possivelmente está associado ao maior número de crianças atendidas no posto de saúde da aldeia quando comparado ao número de adultos em outros estudos, nos quais estes não foram os principais fármacos prescritos.

Durante as pesquisas domiciliares foi bastante comum ouvir dos índios que não tinham mais “remédio” em casa porque já haviam jogado fora o que sobrou. Essa situação pode ter duas explicações, não necessariamente excludentes. A

primeira enfatiza que os Guaraní, ao sentirem-se melhores, interrompiam o tratamento por conta própria e jogavam fora o que havia restado, corroborando a noção de eficácia avaliada com base na experiência da doença e não de critérios farmacológicos universais^{8,9}. A segunda se refere a uma limitação da pesquisa nos três levantamentos, uma vez que a exposição dos medicamentos dependia da vontade e disponibilidade do informante, o que pode ter subestimado a quantidade dos mesmos. Nos dados obtidos entre abril e junho de 2008, por exemplo, chama a atenção que em 10 casas (52,6%) não existiam medicamentos e foram encontrados 22 nas outras casas; nesse mesmo período, o médico da equipe realizou 120 consultas e prescreveu 234 medicamentos, reforçando a hipótese de que alguns Guaraní não se disponibilizaram a mostrar os medicamentos existentes em suas casas. Nos levantamentos de 2006 e 2007 (períodos para os quais não foi possível obter dados sobre prescrição), essa limitação não pode ser desconsiderada, permanecendo sempre a incerteza se os medicamentos mostrados de fato refletiam o total existente.

Segundo Schenkel et al.²⁶, não há consenso sobre o número de medicamentos que pode compor o estoque domiciliar, porém indicam que acima de 20 unidades parece não ser necessário, visto que encontraram 55% fora de uso em domicílios de Porto Alegre (Rio Grande do Sul). Quanto ao prazo de validade expirado, esses autores²⁶ observaram 13,1% vencidos, que quando comparados aos dados entre os Guaraní, está acima em 2006 e 2008 e abaixo em 2007. Em relação à armazenagem, a escolha majoritária pela cozinha e quarto se compara àquela observada entre os Kaingáng¹³ e em domicílios de Porto Alegre²⁶.

Os analgésicos foram a classe terapêutica predominante em 2006 e em 2007, assim como em outros estudos realizados em domicílios (ver, por exemplo, Carvalho et al.², Bertoldi et al.⁴). O médico da equipe foi o principal prescritor nos três períodos pesquisados e a obtenção dos medicamentos foi basicamente quando da visita da equipe, no posto de saúde da aldeia, semelhante ao encontrado entre os Kaingáng¹³. A disponibilidade da equipe e a existência do posto também foram apontadas como motivos para o uso dos medicamentos. Outro ponto que merece destaque na motivação para o uso de medicamentos se refere às dificuldades para obter as ervas, considerando principalmente a degradação ambiental no entorno da aldeia. Garnelo & Wright¹⁸ (p. 283) observaram entre os Baniwa que “o medicamento industrializado também representa uma comodidade quando comparado às terapêuticas tradicionais”, pois o uso do mesmo possibilita

a resolução do problema sem a necessidade de sacrifícios e restrições inerentes às prescrições nativas.

Gallois²⁷ enfatizou que a polarização entre classificações de “doença de branco” e “doença de índio” reforça a oposição entre medicina científica e medicina tradicional, não sendo, portanto, adequada para a análise, visto que esta aparente distinção encobre um sistema taxonômico indígena que engloba as “doenças de branco”. Entre os Baniwa¹⁸, as informações biomédicas são abrigadas na cosmologia nativa, resignificando-as de acordo com a lógica do pensamento indígena mítico. Diehl¹³ alertou que do ponto de vista analítico, considerar “remédio de branco” e “remédio do mato” como “categorias antagônicas impede a compreensão das maneiras pelas quais os índios consomem tais recursos terapêuticos” (p. 170). No caso estudado, embora os Guaraní categorizassem “doença de *djuruá*” e “doença espiritual”, no contexto local esta polarização não era tão clara, já que dependendo da situação os *poã* (remédios, sejam eles *djuruá poã*/remédios de branco/medicamentos ou *poã ka'aguy*/remédios do mato e rezas) podiam ser utilizados independentemente do problema.

Os relatos indicavam o *karai* como figura central, porém esta centralidade não excluía as decisões no âmbito familiar, já que foram também observadas situações nas quais a aplicação de massagens e o uso de ervas ou analgésicos foram os primeiros recursos utilizados. Para Menéndez¹⁰ (p. 198), autoatenção implica “as representações e práticas que a população usa no nível do doente e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, agüentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais, mesmo quando esses são a referência para a autoatenção”. Esse conceito permite salientar a perspectiva do doente e do grupo a que pertence, pois não parte das concepções de especialistas ou de indivíduos, mas sim de uma concepção coletiva de saúde. A automedicação é parte das práticas de autoatenção e configura-se não somente como a decisão de utilizar medicamentos desenvolvidos pela indústria farmacêutica, mas também o uso de outras substâncias e todas as variadas atividades (massagem, cataplasmas etc.) que são decididas e empregadas com autonomia na busca para o restabelecimento da saúde.

Mesmo com a praticidade atribuída ao uso dos medicamentos, a automedicação por medicamentos representou baixa frequência nessa comunidade indígena (quando houve a automedicação, foi por indicação do AIS ou de um vizinho ou parente), ao contrário do que se ob-

serva em localidades não-indígenas, como por exemplo, em povoados do sul da Bahia²⁸, em um município do Rio Grande do Sul²⁹ e na cidade de Bambuí (Minas Gerais)³⁰, onde a grande prevalência da automedicação foi definida como um problema. Se por um lado a falta de acesso aos serviços de saúde tem sido apontada como um dos fatores que predispõe à prática informal de prescrições^{28,30}, por outro lado, Diehl¹³ observou que entre os Kaingáng 36% dos medicamentos encontrados em suas casas foram obtidos por automedicação, representando uma prática importante de atenção à saúde, mesmo com a facilidade de acesso aos serviços básicos e aos medicamentos na própria Terra Indígena. A pluralidade de opções terapêuticas disponíveis aos Kaingáng permitia a busca de diferentes recursos de cuidados, evidenciando o uso dos medicamentos nas práticas de autoatenção^{7,13}. Portanto, os estudos sobre medicamentos em uma perspectiva local⁸ permitem demonstrar que a automedicação é marcada pela intencionalidade, sendo que a maioria das ações para doenças agudas ou crônicas se realiza de forma relativamente autônoma ou articulada com outras formas de atenção por meio da autoatenção¹⁰.

Se a automedicação por medicamentos não foi importante nessa comunidade, a falta de adesão ao tratamento merece atenção. Essa questão não deve ser centralizada apenas no doente, como enfatizado por Trostle³¹, sendo válido investigar o que os doentes fazem com suas medicações e como eles respondem em sua vida diária aos pedidos dos profissionais de saúde, sem eximir a responsabilidade destes últimos. Gonçalves et al.³², ao pesquisarem os fatores que influenciam a adesão ao tratamento de pacientes tuberculosos não-indígenas em uma cidade do sul do país, evidenciaram que alguns indivíduos, quando percebem a melhora dos sintomas, acreditam que não estejam mais doentes e suspendem o

tratamento. Ao contrário do que foi citado por alguns autores^{5,33,34}, que atribuíram a dificuldade de acesso aos medicamentos como condicionante para o não cumprimento das prescrições, no caso dos Guaraní este fator não representava um impedimento, pois como já mencionado, a obtenção era facilitada, principalmente por intermédio da equipe de saúde. A maneira como foram oferecidas as informações sobre os medicamentos (segundo a enfermeira, muitas vezes ficava a dúvida se tinham compreendido como deveriam ser tomados), a percepção dos efeitos adversos e a melhora sintomática, foram as principais razões para os usuários não iniciarem ou pararem o tratamento.

Em que pese o fato do estudo ter sido conduzido em uma única comunidade Guaraní, cujas especificidades socioculturais são bem marcadas, os padrões de prescrição e os medicamentos encontrados nas casas guaraní denotam uma atenção hipermedicalizante à saúde, semelhante a outros contextos. Frente a essa realidade, é fundamental que a hipermedicalização entre indígenas (e não-indígenas) seja compreendida não como um ato isolado de busca de cuidado, mas sim como parte de um processo que inclui atos dos sujeitos e grupos, além dos diferentes curadores que intervêm no processo¹⁰. Esse quadro demonstra a imperativa necessidade de negociação com os usuários indígenas, pois os mesmos demandam fortemente medicamentos. A negociação deve estar baseada no diálogo, na compreensão dos diferentes saberes e experiências que envolvem o processo saúde-doença-atenção e o uso de recursos terapêuticos, sem julgamentos *a priori* ou culpabilização dos indígenas, bem como no entendimento de que em contextos interculturais as escolhas são influenciadas pela maneira como as variadas formas de atenção e autoatenção à saúde estão organizadas e interagindo.

Resumo

Este artigo analisa o consumo e as percepções de medicamentos entre índios Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. A pesquisa etnográfica envolveu observação participante, entrevistas abertas e semi-estruturadas e pesquisa domiciliar. Analisando seis meses (2008) de prescrições médicas, foram indicados 458 medicamentos em 236 consultas, sobressaindo-se as preparações para tosse e resfriado, os analgésicos e os anti-helmínticos, entre outros. Nas três pesquisas domiciliares, os analgésicos e as preparações para tosse e resfriado foram os mais encontrados em 2006 e 2007, e os antianêmicos em 2008. Os Guaraní utilizavam os serviços de atenção básica principalmente para gripe, tosse e diarreia, incluindo também em suas práticas a procura pelo pajé e a autoatenção com medicamentos e ervas, reconhecendo para os medicamentos sua eficácia e avaliando o tratamento de acordo com suas experiências e concepções do processo saúde-doença-atenção. O estudo indica a necessidade de diálogo entre profissionais e usuários, articulando os diferentes saberes em saúde.

Saúde Indígena; Uso de Medicamentos; Índios Sul-Americanos

Colaboradores

E. E. Diehl concebeu e coordenou a pesquisa, desenvolveu parte da pesquisa etnográfica, analisou e interpretou os dados, redigiu e revisou o artigo. F. Grassi desenvolveu a pesquisa etnográfica, analisou e interpretou os dados e redigiu o artigo.

Agradecimentos

Aos Guaraní, que permitiram nossa presença na aldeia e foram sempre muito receptivos à pesquisa. Aos membros de banca Esther Jean Langdon, Marcos Antonio Pellegrini e Marcos Antonio Segatto Silva, que deram importantes contribuições à Dissertação de Mestrado de F. Grassi. Ao Maurício Soares Leite, que fez uma leitura criteriosa da versão final deste artigo.

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro através do Edital nº. 03/2004 do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

Referências

1. World Health Organization. The world medicines situation. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Carvalho ME, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1:S100-8.
3. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:267-80.
4. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:228-38.
5. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1737-46.
6. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:927-37.
7. Diehl EE, Rech N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadoras. *Saúde dos Povos Indígenas – reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 149-69.
8. Van der Geest S, Whyte SR, Hardon A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annu Rev Anthropol* 1996; 25:153-78.

9. Langdon EJ. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina; 1996. (Antropologia em Primeira Mão, 12).
10. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:185-208.
11. Novaes MR. A caminho da farmácia: pluralismo médico entre os Wari de Rondônia [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de Campinas; 1996.
12. Pellegrini M. Falar e comer. Um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os Yanomamé do Alto Parima [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
13. Diehl EE. Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó), Santa Catarina, Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
14. Ribeiro D. Convívio e contaminação – efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. *Sociologia* 1956; 18:3-50.
15. Conklin B. O sistema médico Wari' (Pakaanóva). In: Santos RV, Coimbra Jr. CEA, organizadores. *Saúde & povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. p. 161-86.
16. Viveiros-de-Castro E. From the enemy's point of view – humanity and divinity in an Amazonian society. Chicago: University of Chicago Press; 1992.
17. Langdon EJ, Rojas BG. Saúde: um fator ignorado numa situação de mudança rápida – a situação da área indígena Ibirama (SC). *Boletim de Ciências Sociais* 1991; 51:65-89.
18. Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:273-84.
19. Illich I. A expropriação da saúde – nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
20. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
21. Ricardo B, Ricardo F, editores. Povos indígenas no Brasil: 2001-2005. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006.
22. Assis V, Garlet I. Análise sobre as populações Guaraní contemporâneas: demografia, espacialidade e questões fundiárias. *Revista de Índias* 2004; LXIV:35-54.
23. Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KFLRO, Moura EC. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13 Suppl:755-62.
24. Bonfim JHGG. Caracterização da utilização de medicamentos por indivíduos residentes na área compreendida pelo Núcleo de Saúde da Família III Ribeirão Preto, SP [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
25. Colombo D, Santa Helena ET, Agostinho ACG, Didjurgeit JSMA. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. *Rev Bras Ciênc Farm* 2004; 40:549-58.
26. Schenkel EP, Fernandes LC, Mengue SS. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios? *Acta Farm Bonaer* 2005; 24:266-70.
27. Gallois D. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: Buchillet D, organizadora. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi/Editora Cejup; 1991. p. 175-205.
28. Haak H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1989; 23:143-51.
29. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:43-9.
30. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:55-62.
31. Trostle JA. Medical compliance as an ideology. *Soc Sci Med* 1988; 27:1299-308.
32. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:777-87.
33. Acurcio FA, Guimarães MDC. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:73-84.
34. Teixeira JJV, Levrève F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:207-13.

Recebido em 17/Set/2009

Versão final reapresentada em 20/Abr/2010

Aprovado em 10/Jun/2010