



## Medicamentos e outros Recursos Utilizados no Enfrentamento das Doenças Infantis no Cotidiano Familiar: Estudo Qualitativo

Silvana N. LEITE <sup>1\*</sup> & Maria P.C. VASCONCELLOS <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Curso de Farmácia/Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí.  
Rua Uruguai, 458, Centro, Caixa Postal 360 - CEP 88302-202, Itajaí - SC

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.  
Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo-SP.

**RESUMO.** O estudo propõe analisar o consumo de medicamentos, plantas medicinais e outros recursos terapêuticos na construção de itinerários terapêuticos, em resposta aos agravos à saúde de crianças com menos de cinco anos de idade no âmbito doméstico, em área urbana. Pesquisa qualitativa, etnográfica, com 15 famílias, ao longo de 10 meses com 20 encontros quinzenais com as responsáveis pelas crianças no cotidiano familiar. Foram constatados 180 eventos de doenças, 74,5% foram tratados, em primeira instância, em casa, resultando no uso de 212 recursos terapêuticos. O principal tipo de recurso terapêutico utilizado neste âmbito foi medicamentos industrializados, utilizados para prevenir e tratar doenças, diferenciando consideravelmente de suas indicações clínicas. Os serviços de saúde aparecem como segunda opção de tratamento. Na comunidade foram tratadas doenças conhecidas pela experiência popular, benzimentos e orações. As famílias usam medicamentos como práticas culturais e a aceitação de qualquer tipo de tratamento depende de suas expectativas e experiências.

**SUMMARY.** "Medicines and other Resources Utilized in Order to Cope Infants Diseases in the Family Daily Life: a qualitative study". The study proposes to investigate the use of medications, medicinal plants and other therapeutic resources to cope infants diseases in the domestic realm in an urban area. The ethnographic research method was utilized as referential, guiding the study for 10 months with 20 fortnight meetings in the domicile of 15 families. The study followed up 180 episodes of disease, 74,5% were treated, in a first instance, at home, resulting in the use of 212 therapeutic resources. The main type of therapeutic resource utilized was industrialized medicines, differing considerably from its clinic recommendations. The realm of the health services was more mobilized as a second treatment option. In the community realm, treatment of diseases known from the popular culture was performed via blessings and prayers. The families use medicines as cultural practices and the acceptance of some type of treatment depends on the expectations and experiences of the family.

### 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. 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'. Para os consumidores, medicamentos constituem-se de substâncias farmacológica e simbolicamente potentes que, apesar de

seu caráter de mercadoria, são envoltos de mistério e magia <sup>1</sup>.

A saúde, a doença e o tratamento –apesar dos avanços tecnológicos– 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 <sup>2</sup>, construindo itinerários terapêuticos a partir de sua própria experiência em cuidados de saúde, (re)interpretando práti-

**PALAVRAS CHAVE:** Cultura, Famílias, Medicamentos, Recursos terapêuticos.

**KEY WORDS:** Culture, Family, Medicines, Therapeutic resources.

\* Autor a quem correspondência deve ser enviada. E-mail: snleite@univali.br

cas e informações veiculadas no âmbito dos serviços de saúde, na comunidade e no modelo social vigente para conformar a utilização de medicamentos no cotidiano <sup>3</sup>. 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 gestão destes recursos <sup>4</sup>.

É desta forma que as famílias, sob a regência das mães, constroem, em seu cotidiano, respostas aos episódios de doenças que acometem seus membros, constituindo a primeira arena de assistência informal à saúde, responsável por 70 a 90% dos tratamentos empreendidos <sup>2</sup>. 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 <sup>5-8</sup>.

Estudos realizados na Ásia e nos Estados Unidos indicam 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 <sup>5</sup>. O mesmo estudo cita ainda um documento da OMS, atestando que 70% dos medicamentos administrados para crianças têm pouco ou nenhum valor terapêutico. Estudos de utilização de medicamentos em crianças no sul do Brasil evidenciam a intensa medicalização nesta etapa da vida <sup>7,8</sup>. Nos primeiros meses de vida a prevalência de crianças consumindo medicamentos chega a 69%, sendo grande parte prescrita por médicos. Muitos medicamentos consumidos são considerados pouco eficazes ou inapropriados para crianças. Em desacordo com a morbidade da população, o consumo é maior nas classes privilegiadas.

Em Itajaí, estudo encontrou que 66% das crianças levadas para consulta pediátrica em Unidade Básica de Saúde recebeu algum tratamento no âmbito doméstico, sendo que destes 88% eram medicamentos industrializados <sup>9</sup>, enquanto os recursos terapêuticos tipicamente populares (como chás e cuidados caseiros) foram citados em pequena parcela dos casos.

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, o presente estudo teve como objetivo identificar e descrever os usos dos medicamentos e outros recursos terapêuticos nos enfrentamentos às doenças infantis no âmbito familiar, no município de Itajaí (SC), a partir da perspectiva das famílias que gerem os cuidados das crianças.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### ***Área do estudo***

O estudo foi conduzido em um bairro periférico do município de Itajaí, no litoral do Estado de Santa Catarina. Essencialmente urbana, com aproximadamente 157.000 habitantes e 304 Km<sup>2</sup>, Itajaí tem sua economia baseada no porto, na pesca e no comércio e na agricultura e colonização açoriana. Em 2000, a população de crianças menores de 4 anos era de 13.235 crianças e a taxa de alfabetização era de 95%. A rede municipal de saúde, integrante do Sistema Único de Saúde brasileiro, contava (em 2004) com 13 Unidades Básicas de Saúde, 8 Policlínicas, 1 Unidade com Pronto Atendimento 24 horas, 1 Hospital Regional e 1 Hospital Infantil. No município também encontram-se serviços privados de saúde, incluindo clínicas, consultórios médicos e odontológicos e laboratórios de diagnóstico especializados.

### ***População e amostra estudada***

A população constituiu-se de cerca de 1000 famílias residentes no Bairro Votorantim. Quinze famílias que tinham sob seus cuidados crianças menores de 5 anos foram selecionadas para o estudo a partir de levantamentos na farmácia e na Unidade de Saúde do bairro e em observações diretas na localidade. Foram selecionadas famílias que possuíam variadas formações e relações entre responsáveis pela família e a criança (mães de diversas idades, avós e uma cuidadora sem guarda legal) e que aceitaram participar do estudo.

### ***Construção e análise dos dados***

O desenho metodológico utilizado para o desenvolvimento do projeto caracterizou-se co-

mo qualitativo prospectivo, sendo que no presente artigo encontram-se os resultados descritivos da pesquisa. O trabalho de campo priorizou a construção de uma relação suficientemente próxima e efetiva com as famílias informantes, a fim de acompanhar a dinâmica própria de cada família sem perder a confiança dos participantes e a confiabilidade dos dados coletados, permitindo o estudo de questões que precisam ser abordadas a partir da perspectiva dos sujeitos. Deste sentido, procurou-se dispor de tempo e disponibilidade do pesquisador para construir um relacionamento de confiança com os informantes e a condição de negociação na relação da família com o pesquisador <sup>10</sup>. O trabalho de campo compreendeu uma média de 18 a 20 encontros quinzenais com cada uma das quinze famílias, em aproximadamente 10 meses de estudo, sempre em suas residências. A coleta dos dados se baseou em três elementos complementares: calendários de doenças preenchidos pelas famílias, relatos orais das responsáveis pelas crianças e observação direta no contexto domiciliar <sup>11</sup>.

*Calendários:* a criação do calendário baseou-se no modelo utilizado em estudo na Tailândia <sup>12</sup>. O modelo utilizado no presente estudo continha uma legenda sob forma de figuras ilustrativas de sintomas de enfermidades usuais em crianças da faixa etária selecionada para o estudo, escolhidas com base nos resultados de estudos de utilização de medicamentos por crianças no Brasil <sup>8,13</sup>. A cada quinzena, a pesquisadora recolhia o calendário, verificando com a família se havia mais algum episódio para ser anotado.

*Relatos orais:* na oportunidade da troca de calendários, as mães e ou responsáveis eram questionadas sobre a origem, evolução, sintomas, itinerários terapêuticos seguidos e recursos utilizados para cada episódio de doença registrado.

*Observação:* nos repetitivos encontros nos locais de residência das famílias, suas características internas de relacionamentos, padrão de consumo, atividades rotineiras, crenças religiosas e culturais e práticas de saúde propriamente ditas puderam ser observadas diretamente.

Na análise dos dados compilaram-se os episódios referidos de doenças e os recursos terapêuticos adotados para cada situação, organizando-os por ordem de utilização (se primeira instância de tratamento ou recursos adotados subsequentemente a uma primeira opção) e por âmbito de atuação (se foi mobilizado no âmbito doméstico, dos serviços de saúde, incluindo far-

mácias comerciais, ou âmbito comunitário, incluindo benzedeiras e práticas religiosas). Esta classificação obedeceu ao entendimento das famílias quanto à ordem de escolha e o âmbito de atenção ao qual pertence.

Desta forma, na classificação dos produtos adquiridos em farmácias comerciais especialmente para o episódio em questão, aqueles em que a família foi a autora da indicação foram considerados do âmbito doméstico; já aqueles em que farmacêuticos ou atendentes foram responsáveis pela indicação do produto, foram considerados do âmbito dos serviços de saúde. Outros produtos que já se encontravam nas residências foram sempre considerados do âmbito doméstico. Recursos utilizados concomitantemente, sem ordem de prioridade, foram todos considerados primeira opção de tratamento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A relação de episódios de doenças foi baseada em doenças referidas, ou seja, constitui-se de episódios que foram identificados pelas famílias como doença ou sintomas de doenças e por isto receberam algum tipo de atenção e muitas vezes algum recurso terapêutico. Por esta característica, atende aos objetivos deste estudo de conhecer os recursos utilizados na prática cotidiana familiar e a partir do entendimento das famílias sobre o que é doença e sobre estes recursos. E é esse o mérito da metodologia aqui proposta, para os estudos de utilização de medicamentos: a oportunidade de conhecer o fenômeno a partir do olhar de seus sujeitos, em sua cotidianidade, em seu saber e concepção de saúde e de doença <sup>11</sup>. 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 permitiu conhecer o espaço terapêutico possível para cada família e a possibilidade de adoção ou não de determinados recursos terapêuticos: recursos caseiros e culturais, e doenças em que nenhum tipo de tratamento é adotado também puderam ser observados.

Desta forma, estima-se ter sido superada a subestimação da automedicação e da utilização de práticas culturais de saúde pelo fato de, muitas vezes, a família não fornecer a informação sobre automedicação <sup>13</sup>, ou uso de medicamentos no âmbito doméstico, provavelmente foram superados. Todos os recursos terapêuticos relatados nos 181 episódios de doenças referidos, referentes aos dez meses de acompanhamento

de dezenove crianças pertencentes a quinze famílias, de acordo com o tipo de doença referida, o âmbito de cuidado e a ordem de utilização foram compilados e avaliados. Estes recursos somam um total de 312: 180 (57,6%) medicamentos industrializados, 58 (18,5%) plantas medicinais nas formas de chá ou xarope e 74 (23,7%) de outros recursos (principalmente dieta alimentar e inalação de vapores, entre outros). Para 18 episódios, as famílias relataram não terem adotado nenhum recurso terapêutico ou não ter havido qualquer prescrição nos serviços de saúde.

### **Recursos terapêuticos utilizados a partir do âmbito doméstico**

A maioria dos recursos foi utilizada no âmbito doméstico, 72,4% (n = 226), sendo este também o âmbito que mais mobilizou recursos como primeira opção de tratamento (74,58% dos episódios, n = 135). Entre os episódios que receberam inicialmente atenção em serviços de saúde, 22% recebem algum recurso terapêutico doméstico na seqüência. Em outros estudos publicados <sup>8,13</sup>, 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. Quando perguntados em sala de espera para consulta pediátrica em Itajaí, 66% das mães relataram ter administrado algum tratamento por conta própria <sup>9</sup>, enquanto no presente estudo, empregando metodologia etnográfica, foi possível observar que 74,58% de todos os episódios referidos como doenças foram tratados, inicialmente, no âmbito doméstico. Este percentual é o esperado <sup>2</sup>. No entanto, engloba todos os tipos de recursos terapêuticos, diferentemente de estudos farmacoepidemiológicos, permitindo a visão do itinerário terapêutico e não apenas da utilização de medicamentos.

Vinte e três por cento (n = 49) dos recursos utilizados eram derivados de plantas medicinais, principalmente na forma de chás de 17 diferentes espécies, com frequência administrados concomitantemente com outros medicamentos. Entre os medicamentos comerciais encontrou-se 118 relatos de uso doméstico. 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 vulgare* Mill. 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 confirmam 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 e outros antibióticos foram utilizados em subdoses (um ou dois dias), para aliviar sintomas ou para resfriados; anti-inflamatórios, principalmente o diclofenaco potássico (sempre com um único nome comercial), foram utilizados, de forma bastante recorrente, como preventivo, principalmente da 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 <sup>7</sup>. O paracetamol é o medicamento mais utilizado nos primeiros sinais de febre, enquanto a mãe percebe a febre como sendo baixa. Apesar de algumas mães terem relatado que paracetamol é para dor e febre, apenas uma 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. Um medicamento composto por diclofenaco também é utilizado para dor e febre, mas apenas se a mãe associa o quadro a uma inflamação da garganta; a suspeita desta inflamação de garganta é a principal justificativa para seu uso popular.

Um produto composto por dimeticona, 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 outro produto comercial, 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”<sup>14,16</sup>. 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 diclofenaco, ou seguem uma indicação apreendida e experimentada pela mãe em outras situações, como a amoxicilina e o chá de feijão –andú– sempre reinterpretando a partir do seu entendimento do processo saúde-doença.

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<sup>15</sup>. Para as mães, no entanto, o AAS infantil é um produto muito simples, quase que inócuo. Sob esta percepção, uma mãe não deu importância ao alerta da enfermeira na UBS para que não utilizasse AAS. Na verdade, ela prestou atenção na orientação, tanto que relatou para este estudo, 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 angioedema) e insuficiência renal<sup>16</sup>.

A utilização muito difundida de produtos que combinam analgésicos, anti-histamínicos ou descongestionantes nasais 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 às propriedades estimulantes das aminas simpato miméticas)<sup>16</sup>.

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<sup>17</sup>.

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<sup>18</sup>.

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 pelas informantes como iguais ou muito semelhantes entre si e sempre indicados para tosse ou problemas respiratórios relacionados. Para elas, 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.

### ***Recursos terapêuticos utilizados a partir do âmbito dos serviços de saúde***

Foram registrados apenas os recursos prescritos e utilizados, mesmo que o tratamento não tenha sido seguido como o indicado. Historicamente construiu-se uma perspectiva de utilização de serviços médico-sanitários como preferencial, almejada pelas pessoas e que dependia apenas do acesso econômico e geográfico. 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. 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. Os participantes desse estudo têm acesso aos serviços públicos de saúde, de Unidades Básicas a hospitais e, algumas famílias, têm acesso econômico a serviços privados de saúde. No entanto, o âmbito doméstico continua sendo o principal na atenção à saúde.

Quarenta e quatro (24,3%) dos episódios referidos receberam primeiramente recursos terapêuticos a partir de serviços de saúde. Nenhuma prescrição ou indicação de tratamento foi realizada em 10 episódios. Entre as prescrições ou indicações, foram encontrados 74 medicamentos, um chá de planta medicinal, além de prescrições de inalação com soro fisiológico e dieta alimentar. Nos episódios referidos como 'gripe', o serviço de saúde mais procurado como segunda opção de tratamento foi farmácia

comercial, responsável pela indicação da maioria dos medicamentos utilizados nesta circunstância. Entre os episódios relatados como 'vômito', nenhum caso foi tratado por serviços de saúde como primeira opção de tratamento.

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 terapia por motivo de falta de acesso aos medicamentos, ou por não compreensão da prescrição. A não adesão ocorreu porque as mães ou familiares discordaram da prescrição ou do diagnóstico que gerou a prescrição: considerados errados, incompletos ou incoerentes.

Em um episódio de problema cutâneo, um médico receitou um xarope e 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. Xarope é para tosse"*.

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. Além disso, criam suas estratégias para driblar os problemas e necessidades cotidianas da forma que lhes parece adequada. Também salientam o papel do usuário nos encontros com os profissionais: o 'formato' destes encontros não leva em consideração que ele é um sujeito dotado de expectativas, conhecimentos, interesses e valores socio-culturais que produzem sentidos e ressignificações sobre o processo saúde/doença/atenção<sup>4</sup>. Ao usuário é permitido o papel de expectador do diagnóstico e da prescrição, resultando a consulta no cenário acima descrito.

### ***Recursos terapêuticos utilizados a partir do âmbito comunitário***

Apenas 2 episódios foram tratados neste âmbito como primeira opção de atenção (1,1%). Outros três episódios tiveram atenção no âmbito comunitário como segunda opção de tratamento, incluindo benzimentos individuais realizados por benzedeiros da região, bênçãos em cultos

religiosos e utilização de 'óleo santo' fornecido por uma benzedeira. 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 – na opinião das informantes. Os casos tratados por benzimentos ou massagens aplicadas por benzedeiros foram: cobreiro, febre no estômago, causada por quebrante e arca-caída.

As benzedeiros ou benzedores<sup>19</sup> ou 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 específicos contra enfermidades específicas.

Apesar de representarem uma importante e popularmente reconhecida fonte de recurso terapêutico, as benzedeiros da região estudada exercem suas atividades de forma discreta e defensiva. Uma delas revelou que "*benze baixinho, com poucas palavras, e só de vez em quando*" e que não gosta de ser comentada.

## CONCLUSÕES

Os resultados aqui relatados referem-se a um estudo em profundidade, ou seja, que privilegiou intensa interação com os informantes por longo período. No entanto, limita-se em sua abrangência amostral pela característica da amostragem deste tipo de estudo. Os resultados, portanto, não podem ser inferidos para a população geral, mas permitem profícua reflexão sobre o processo de atenção à saúde.

O presente estudo sugere que há valorização das práticas domésticas de atenção à saúde – os chás de plantas medicinais, a aplicação de materiais e massagens, mas, 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 foram os recursos mais aplicados. Estes foram utilizados em todos os tipos de doenças ou sintomas relatados. Tal constatação permite sugerir que, na realidade atual, as práticas domésticas/caseiras de tratamento não são conformadas apenas de práticas antigas, oriundas de culturas pagãs ou de práticas de culturas isoladas; indicam que as práticas dos serviços de saúde estão amplamente difundidas na medicina caseira e expressam-se nesta pelos produtos utilizados, os medicamentos comumente empregados na prática clínica.

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.

Em todo o espaço terapêutico aqui projetado, chama atenção à '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.

No cenário atual, em que a família é o foco principal de atuação de muitas das políticas públicas, faz-se evidente a necessidade de reconhecer o papel das mães (e das famílias como um todo) como as efetivas gestoras do uso de medicamentos e outros recursos terapêuticos<sup>4</sup>. 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 nesta função. 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, sendo o uso doméstico de medicamentos e outros recursos, inclusive o uso concomitante de diversos produtos com aqueles prescritos, fato ignorado na prática profissional.

Que os achados aqui relatados e discutidos 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.

**Agradecimentos.** Estudo (tese de doutoramento) financiado pelo Programa de Subvenção de Teses de Doutorado – Organização Panamericana de Saúde. Processo HDP/HDR/BRA3177.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Doran, E., J. Robertson & D. Henry (2005) *Soc. Sci. Med.* **60**: 1437-43.
2. Helman, C.G. (2006) "Cultura, saúde e doença"<sup>4ª</sup> ed, Artes Médicas, Porto Alegre.
3. Pound, P., N. Britten, M. Morgan, L. Yardley, C. Pope, G. Daker-White & R. Campbell (2005) *Soc. Sci. Med.* **61**: 133-55.
4. Leite, S.N. & M.P.C Vasconcellos (2006) *Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos* **13**: 113-28.
5. Barros, J.A.C. (1995) "Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?", Hucitec, São Paulo.
6. Balasubramaniam, K. (1996) "The rational use of drugs", in: "Rational use of drugs in children" (K. Balasubramaniam, ed.), Penang, pp. 179-90.
7. Béria, J.U., C.V. Victora, C.F. Barros, A.B. Teixeira & C. Lombardi (1993) *Rev. Saúde Pública* **27**: 95-104.
8. Weiderpass, E., J.U. Beria, F. Barros, C.G. Victora, E. Tomasi & R. Halpern (1998) *Rev. Saúde Pública* **32**: 335-44.
9. Leite, S.N., B.C. Cordeiro, D. Thiesen & J.P. Bianchini (2006) *Acta Farm. Bonaerense* **25**: 608-12.
10. Daly, J., A. Kellehear & M. Gliksman (1998) "The Public health researcher: a methodological guide", Oxford University Press, Melbourne, New York.
11. Leite, S.N. & M.P.C. Vasconcellos (2007) *Saúde e Sociedade* **16**: 169-77.
12. LeGrand, A., L. Sri-ngernyuang & P.H. Streefland (1993) *Soc. Sci. Med.* **36**: 1023-35.
13. Bricks, L.F. & C. Leone (1996) *Rev. Saúde Pública* **30**: 527-35.
14. Boltanski, L. (1989) "As classes sociais e o corpo", Graal, São Paulo.
15. Fernandez-Llimós, F., L. Tuneu, M.I. Baena, A. Garcia Delgado & M.J. Faus (2004) *Curr. Pharm. Design* **10**: 3947-67.
16. USP DI® (2005) "Drug Information for the Health Care Professional". Thomson MICROMEDEX, Klasco RK, Greenwood Village.
17. Martindale (2005) *The Complete Drug Reference*. Pharmaceutical Press. London
18. World Health Organization (WHO) (2004) "How to investigate the use of medicines by consumers", WHO/ University of Amsterdam, Amsterdam, 2004.
19. Amorozzo, M.C.M. (1999) *Rev. Saúde Ambiente* **2**: 48-66.