

Saúde dos povos indígenas
Reflexões sobre antropologia participativa

Esther Jean Langdon

Luiza Garnelo

Organizadoras

Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia 2004

Sumário

Apresentação

Antonio Carlos Lima da Souza 4

Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia

João Pacheco Oliveira Filho 6

Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde.

Esther Jean Langdon 25

Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro

Dominique Buchillet 42

A Intervenção como um processo em construção: notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang.

Marlene Oliveira 55

O “ fazer antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá Guarani, no Rio Grande do Sul

Luciane Ouriques Ferreira 70

O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami

Nadia Heusi Silveira 88

Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde.	
Mai-Lis Follér	103
Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção a saúde indígena: contribuições da antropologia	
Eliana Diehl e Norberto Rech	117
Medicina Tradicional Baniwa:	136
uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria	
Luiza Garnelo, Sully Sampaio, Gary Linn e André Fernando Baniwa	
Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões a partir do caso do Alto-Xingu	
Marina Cardoso	155
Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas	
Renato Athias	171
As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena	
Marcos Pellegrini	184

Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia⁷²

Introdução

Este trabalho propõe trazer para o debate a questão dos medicamentos⁷³ e da assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Conquanto os medicamentos sejam, em tese, apenas um dos instrumentos na complexa rede de prestação de serviços biomédicos, eles têm papel central uma vez que seu apelo está na promessa de, entre outras coisas, controlar a febre e a dor, reduzir a ansiedade e aumentar a confiança (Nichter 1996). As evidências, sejam elas registradas em relatos literários ou científicos, indicam que o processo de interação entre índios brasileiros e a sociedade não-indígena envolveu (e ainda envolve) a oferta de medicamentos.

Pensar a questão dos medicamentos e o modelo diferenciado proposto pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas não é uma tarefa simples ou de fácil resolução. Tal política contém alguns pressupostos que orientam as ações e diretrizes da assistência farmacêutica aos povos indígenas. Entre eles, destacam-se a promoção do uso racional de medicamentos e o incentivo e valorização das farmacopéias tradicionais (Brasil 2002). Em 2001, em avaliação sobre os diferentes estágios de implantação do subsistema de atenção, feita pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a “disponibilidade de medicamentos” foi considerada um dos objetivos alcançados na fase da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e a “melhoria no suprimento de insumos” (aqui incluídos os medicamentos), uma das condições para a assistência permanente (FUNASA 2001).

“Suprimento” e “disponibilidade” representam apenas uma faceta na complexa dimensão que envolve o uso de medicamentos em contextos locais. Sob o ponto de vista da organização das ações que cercam os medicamentos, a disponibilidade deve

⁷² Agradecemos à Organização Panamericana da Saúde (OPAS) que viabilizou financeiramente o trabalho de campo de Eliana E. Diehl, através de seu *Programa de Subvenciones para Tesis de Postgrado em Salud Pública*.

⁷³ O termo “medicamento” é entendido aqui como substância ou preparação que se utiliza como remédio, elaborada em farmácias ou indústrias farmacêuticas e que atende especificações técnicas e legais. O termo “remédio” é utilizado em uma acepção mais ampla, sendo aplicado a todos os recursos terapêuticos utilizados para combater e/ou prevenir doenças ou sintomas, como plantas *in natura*, repouso, benzeduras, rituais de cura etc. (Schenkel 1991).

ser pautada pela realidade epidemiológica de cada grupo indígena (às vezes, de cada aldeia), que por sua vez definirá os grupos terapêuticos que devem fazer parte daquilo que, em muitos casos, é definido como “farmácia básica”. Estar “disponível” nas diferentes instâncias da rede de serviços prestados aos indígenas (Postos de Saúde das aldeias, Pólos-Base, Casas de Saúde do Índio e hospitais) não é de modo algum garantia de que o medicamento será distribuído e utilizado conforme preconiza a racionalidade biomédica. Ao contrário, a distribuição é também determinada pela política e economia nacionais, pelas questões burocráticas da FUNASA e de outras instituições e suas políticas de distribuição, pela natureza da relação médico-paciente, pelas interações e negociações de poder nos locais do serviço e pelas expectativas da população. Há que se considerar ainda a organização e interação entre os diferentes sistemas e setores de saúde⁷⁴, bem como os conhecimentos, crenças, valores e práticas em cada cultura, os quais implicam o comportamento em relação à saúde e o uso de medicamentos.

Em razão disso, é essencial conduzir estudos que privilegiem diferentes abordagens. Nos últimos anos, a aproximação entre a epidemiologia e a antropologia tem demonstrado que é necessário entender a dinâmica social e cultural de uma determinada população, em todos os seus âmbitos de vida, inclusive nas questões referentes à saúde, à doença e à cura. A interseção de diferentes campos de saber pode iluminar melhor a complexidade do tema e extrapolar a usual simplificação epidemiologia/aspectos quantitativos e antropologia/aspectos qualitativos.

Essa cooperação interdisciplinar é particularmente promissora quando se trata de desenvolver estudos entre pequenas populações, como é o caso dos povos indígenas brasileiros. Além disso, considerando as inúmeras opções terapêuticas disponíveis, a utilização integrada de instrumentais teóricos e metodológicos da epidemiologia e da antropologia permite um entendimento mais claro de como os sistemas médicos ocidental e tradicional interagem entre grupos indígenas.

Embora a literatura registre um considerável número de estudos sobre medicamentos em contextos locais em que a antropologia é o principal referencial teórico e metodológico, e se discussões em torno da assistência farmacêutica estejam mobilizando a categoria farmacêutica e gerado políticas no Brasil, ainda não existe uma elaboração teórica e prática sobre a assistência farmacêutica direcionada a grupos étnicos específicos. As idéias apresentadas neste trabalho, portanto, estão em processo de construção e servem para fomentar o debate sobre a necessidade de considerar as características específicas das comunidades indígenas no contexto da assistência farmacêutica.

Inicialmente, abordaremos alguns conceitos referentes à assistência farmacêutica, necessários à reflexão das questões que envolvem os medicamentos e o modelo de atenção diferenciada à saúde indígena. Após isso, serão enfatizados os estudos sobre medicamentos em contextos locais. Por fim, com base em um trabalho de campo realizado por Diehl (2001) entre os Kaingáng da Terra Indígena (TI) Xapecó, oeste de Santa Catarina, indicaremos elementos que ilustram a potencial contribuição da cooperação entre antropologia e epidemiologia (neste caso, a farmacoepidemiologia) à elaboração de uma assistência farmacêutica direcionada aos povos indígenas.

⁷⁴ Neste trabalho, entende-se sistemas e setores de saúde tal como proposto por Kleinman (1980).

Marcos conceituais para a assistência farmacêutica

Nos últimos anos, a assistência farmacêutica tem sido objeto de importantes reflexões no processo de discussão e aprofundamento das questões relativas à saúde. Impulsionadas principalmente por algumas entidades da categoria farmacêutica, muitas vezes em parceria com outras instituições, essas reflexões têm propiciado o afloramento de diferentes entendimentos sobre o tema, que envolvem tanto concepções teóricas quanto aspectos políticos e técnicos relacionados à sua formulação e implementação.

Algumas definições propostas para a assistência farmacêutica (ver, por exemplo, Dupim 1999; Brasil 2001; CFF 2001), bem como para o que se convencionou chamar “atenção farmacêutica” (por exemplo, Hepler e Strand 1990; OMS 1993; Faus 2000), restringem-se basicamente a aspectos técnicos que envolvem a produção, a distribuição e o uso de medicamentos, e em que a biomedicina parece ser o único parâmetro legítimo de julgamento.

No Brasil, as discussões em torno do conceito e da prática da assistência farmacêutica ainda não estão consolidadas, e envolvem os farmacêuticos e sua reafirmação como trabalhadores em saúde (Rech 2001). Nesse contexto, tornam-se fundamentais os resultados da Oficina de Trabalho intitulada “Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos”, realizada em Fortaleza (OPAS 2002). Essa oficina de trabalho deve ser considerada parte das estratégias adotadas para a promoção da atenção farmacêutica no Brasil. O documento resultante sintetiza o entendimento de seus participantes, expressa em reflexões, consensos e recomendações, e identifica as diferenças conceituais entre atenção e assistência farmacêuticas. Vale ressaltar que os participantes recomendaram que o mesmo seja amplamente divulgado não como um guia prático, e sim com a finalidade de subsidiar discussões em torno da busca de um consenso para a promoção da atenção farmacêutica no país.

Segundo os resultados da Oficina de Trabalho, o consenso quanto ao entendimento sobre a assistência farmacêutica foi o seguinte:

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. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (OPAS 2002: 18).

Ainda no que se refere à assistência farmacêutica, o documento final da Oficina de Trabalho faz referência a alguns dos comentários apresentados pelos relatores. Em um deles, destaca-se a necessidade de que a assistência farmacêutica envolva as ações, de caráter multiprofissional, de prevenção às doenças: “consenso quanto ao entendimento da Assistência farmacêutica como atividade multiprofissional e concebida no contexto de atenção integral à saúde, num modelo que privilegia a promoção da saúde” (OPAS 2002: 18).

Da mesma forma, merece destaque o debate da assistência farmacêutica como política de saúde:

Tendo em vista o objetivo fundamental de garantia da integralidade das ações de saúde, incluindo-se o acesso com qualidade, configura-se a necessidade de

reflexão quanto à Assistência farmacêutica como política, concebida enquanto conjunto de diretrizes gerais, de estratégias e instrumentos para a sua implantação e avaliação, cuja concretização envolve o estabelecimento de interfaces com outras políticas setoriais, com a participação dos diferentes atores envolvidos. Tal necessidade foi explicitada no processo de discussão da Oficina, na medida em que a qualificou como “recomendação” consensual para aprofundamento posterior (OPAS 2002: 18-9).

No que se refere à atenção farmacêutica, o mesmo relatório indica como consensual o seguinte conceito:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS 2002: 19).

Esse entendimento marca posição importante em relação aos conceitos adotados em outros países, especialmente aquele definido por Faus (2000) com base no conceito emitido por Hepler e Strand (1990). Tal importância pode ser observada a partir dos seguintes comentários apresentados:

Explicitou-se o entendimento da Atenção Farmacêutica como modelo de prática desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica, na perspectiva da integralidade das ações de saúde.

Houve consenso de que Assistência e Atenção Farmacêutica são conceitos distintos. Este último refere-se a atividades específicas do Farmacêutico no âmbito da atenção à saúde, enquanto o primeiro envolve um conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais. É importante ressaltar que o consenso obtido considera a promoção da saúde, incluindo a educação em saúde, como componente do conceito de Atenção Farmacêutica, o que constitui um diferencial marcante em relação ao conceito adotado em outros países (OPAS 2002: 19):.

Os resultados da Oficina representam um avanço nas discussões a respeito da assistência farmacêutica pois, além dos aspectos técnicos, envolvem as políticas de saúde e propõem a participação efetiva de todos os segmentos que fazem parte das ações em saúde. Em vista disso, os pré-consensos definidos no evento promovido pela OPAS (2002) constituem referencial teórico fundamental para o presente trabalho. Tal referencial assume caráter essencial para o processo de formulação e implementação de políticas públicas específicas, uma vez que a 1ª Conferência Nacional de Medicamento e Assistência Farmacêutica, realizada em setembro de 2003, o ratificou.

Essa 1ª Conferência, resultante de um grande movimento que envolveu diferentes segmentos da sociedade brasileira, foi realizada no âmbito das instâncias de Controle Social do Sistema Único de Saúde e constitui marco conceitual e temporal de destaque para as questões indicadas na presente reflexão, em particular, quando em seu relatório final, devidamente aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil,

2003), estabelece como norte das políticas a serem definidas a exigência de que a assistência farmacêutica seja integrada à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com a devida garantia de incentivo financeiro nas três esferas do governo.

Medicamentos em contextos locais: a perspectiva antropológica

Apesar dos medicamentos representarem um dos maiores mercados do mundo, apenas alguns fatores relacionados à sua difusão têm sido foco de pesquisas há mais tempo, como o papel das indústrias químico-farmacêuticas na produção e no *marketing*, e o papel das políticas de saúde e de medicamentos. Mesmo com o desenvolvimento da antropologia médica, os antropólogos não dedicaram grande atenção até o fim dos anos 1980 ao que Van der Geest chama de “*hard core*” da biomedicina: os medicamentos” (Van der Geest 1988: 330), quando então esse símbolo da moderna medicina se tornou um dos focos centrais das pesquisas, principalmente aquelas conduzidas em países não desenvolvidos e emergentes (ver, por exemplo, Bledsoe e Goubaud 1985; Greenhalgh 1987; Hardon 1987; Tedlock 1987; Van der Geest 1987; Wolffers 1987). Pode ser considerado um marco nesse novo enfoque a publicação do livro *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*, editado por Van der Geest e Whyte em 1988, cujos vários artigos se agrupam em dois temas principais: negociação (*transaction*) e entendimento (*meaning*) sobre os medicamentos.

Van der Geest e Whyte (1988), preocupados em evidenciar a escassez e ao mesmo tempo a necessidade de conduzir pesquisas sobre os medicamentos em uma perspectiva local, propuseram a “antropologia farmacêutica”, que pressupõe a coexistência de medicamentos e de remédios e a questão de como as percepções e usos de um afeta o outro. Para eles, não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas, mas sim pesquisar as situações dinâmicas em que são percebidos e utilizados. Segundo outra publicação desses mesmos autores, o significado dos medicamentos é apreendido em termos da experiência e da concepção da doença (Van der Geest e Whyte 1989). Alguns anos mais tarde, Nichter e Vuckovic (1994) propuseram uma agenda para uma antropologia da prática farmacêutica, na qual alguns temas chamariam a atenção para as realidades sociais e econômicas da prática de prescrição e uso de medicamentos, examinariam o efeito da difusão de medicamentos nas percepções de saúde e doença, e explorariam a inter-relação entre demanda de consumidores, produção de medicamentos e *marketing*.

As instigantes propostas para uma antropologia farmacêutica resultaram em um número considerável de publicações ao longo dos últimos anos, as quais abordam grande número de temáticas, como medicamentos e sistemas médicos (Tan 1989; Whyte 1992; Ngokwey 1995), contextos e entendimentos sobre medicamentos (os vários artigos em Etkin & Tan 1994), consumo de medicamentos (Haak 1988, 1989; Sachs e Tomson 1992), papel dos provedores de saúde na disponibilidade de medicamentos (Vogel e Stephens 1989; Trostle 1996; Ferraz e outros 1996; Goel e outros 1996; Nizami e outros 1996), automedicação (Price 1989; Kamat e Nichter 1998), reinterpretção de medicamentos (Etkin e outros 1990; Reeler 1990; Etkin 1992) e medicamentos essenciais (Bennett 1989).

Uma nova perspectiva trazida por esses estudos mostra a importância de conduzi-los nos contextos locais de distribuição e uso dos medicamentos (Van der

Geest 1987; Etkin e outros 1990; Van der Geest e outros 1996), pois abordagens macropolíticas e macroeconômicas produzidas em países excluídos do grupo dos desenvolvidos não têm sido suficientes para explicar por que, por exemplo, o consumo de medicamentos é prática relevante mesmo onde os serviços de saúde são deficientes, os medicamentos de venda sob prescrição estão disponíveis livremente e a automedicação é importante recurso de cuidado.

Ao centralizar o olhar no contexto local, a pluralidade de sistemas de saúde e de recursos terapêuticos se torna evidente: os indivíduos e suas famílias procuram por tratamento nos vários sistemas, simultaneamente ou não. A coexistência de múltiplos sistemas terapêuticos e de uma diversidade de comportamentos em relação à saúde não é enfraquecida ou eliminada, apesar dos esforços, muitas vezes oficiais, de regulação das medicinas tradicionais conforme o modelo burocrático normativo da medicina ocidental (Nichter 1980).

Ao passo que as práticas terapêuticas locais não foram assimiladas por uma ciência médica transcultural, criando um sistema ideal, os medicamentos, por sua vez, constituem a tecnologia biomédica mais difundida no mundo, representam, assim, um foco privilegiado no entendimento da inserção da biomedicina em sociedades nativas e trazem à tona temas como pluralismo médico, pluralismo farmacêutico e escolha de terapias.

O pluralismo, médico ou farmacêutico, está ligado a transformações sociais mais amplas. A degradação do meio ambiente e mudanças nas relações domésticas e públicas, nos estilos de vida e de trabalho, bem como nos modos de produção têm implicações diretas sobre os comportamentos de busca por atenção à saúde. O grande e eclético número de sistemas e de recursos terapêuticos coexistentes permitem a experimentação e a improvisação, com base nas estruturas familiares e nas instituições religiosas, econômicas e políticas das sociedades regionais e nacionais.

Para Van der Geest (1988), o pluralismo farmacêutico se concentra na questão de como os medicamentos são concebidos, trocados/comprados e consumidos, forçando o desvio da visão naturalizante que se tem sobre eles. Isso significa deixar de abordá-los como pertencendo exclusivamente aos domínios da farmacologia e bioquímica, e passar a tratá-los também como fenômenos culturais.

Assim como o pluralismo médico evoca concepções de etiologia, noções de terapia, interações entre pacientes e curadores, e maneiras pelas quais um conjunto de tradições e instituições médicas se relacionam, em situações de pluralismo farmacêutico os medicamentos ocidentais e os remédios indígenas fornecem contextos um para outro, enfatizando similaridades e/ou contrastes (Whyte e Van der Geest 1988). Sendo o processo dinâmico e modelado culturalmente, a investigação deve ser conduzida em contexto local, o que contribuirá, de modo mais amplo, para o entendimento das maneiras pelas quais uma população procura soluções para seus problemas de saúde.

Uma análise focada primeiramente no contexto local, que busca os variados modos de consumo de medicamentos sem fazer julgamentos éticos *a priori* e relativiza alguns conceitos importantes, como eficácia e reinterpretação, também chamada indigenização por alguns autores, como Kleinman (1980), pode auxiliar sobremaneira o desenvolvimento de intervenções capazes de mudar comportamentos que de fato constituem ameaças à saúde.

No sistema biomédico, a eficácia é compreendida de acordo com avaliações farmacológicas e bioquímicas que determinam se a terapia escolhida produziu redução dos sintomas e outras transformações físicas e/ou psíquicas, restaurando a saúde, porém a percepção final dos resultados por parte do doente e pessoas

envolvidas no processo de cura abrange necessariamente os aspectos culturais de tal uso e implica eficácia simbólica. Nos sistemas médicos tradicionais, a seleção de terapias é também definida por critérios nativos de eficácia, os quais incluem primeiramente a compreensão de algumas evidências tangíveis que permitem observar que a doença ou seus agentes deixaram o corpo. As diferentes idéias e concepções de saúde, doença e cura, portanto, afetam as maneiras pelas quais os medicamentos e remédios são usados e avaliados pelos indivíduos. Em alguns casos, o que é considerado efeito secundário ou colateral pela medicina ocidental é adotado por outro sistema terapêutico como um requisito que participa do processo de cura (Etkin 1992). Dessa forma, vômitos, diarréias, pruridos ou salivação decorrentes do uso de um medicamento podem indicar que a doença e seus agentes estão sendo expulsos do corpo. Outro critério para a eficácia se relaciona com algumas características perceptíveis dos medicamentos e remédios indígenas, como sabor, cor, textura e tamanho, associadas a uma doença em particular (Bledsoe e Goubaud 1985; Etkin e outros 1990; Senah 1994).

Em seu artigo sobre a construção cultural da eficácia, Etkin fez uma distinção entre interpretações êmicas e éticas, considerando-a essencial à compreensão da eficácia. Para ela, “a perspectiva êmica (*local*) é específica à cultura e consistente com a ideologia da sociedade sob estudo”, enquanto “a perspectiva ética (*outside*) usa conceitos e teorias que têm como base outra ideologia, com o objetivo de criar estruturas que projetam e interpretam as crenças e comportamentos médicos” (Etkin 1988: 300). No caso, a perspectiva ética está fundamentada no paradigma científico ocidental.

Na construção cultural da eficácia, Van der Geest e outros (1996) apontaram a procedência do medicamento como outro elemento importante. A enorme atração exercida pelos medicamentos que vêm de países desenvolvidos foi associada por Nichter (1996) à modernização que representam, faceta muito explorada pela propaganda das indústrias farmacêuticas. A crença de que os medicamentos são mais fortes que os recursos terapêuticos nativos integra a avaliação da eficácia em muitas culturas (Reeler 1990; Senah 1994; Van der Geest e outros 1996).

Van der Geest (1988), ao citar Helman, considerou o “efeito total da droga”, cujos aspectos incluem, além da substância química, os atributos do paciente que recebe a droga, os atributos das pessoas que prescrevem ou dispensam a droga, o cenário em que a droga é administrada e os atributos da própria droga (cor, sabor, forma, nome). Assim, quando um medicamento é adequado para uma pessoa, mas não para outra, esta pode culpar sua constituição ou o modo de administração. De maneira similar, se uma injeção retira sangue ou provoca dor ou abscesso, a constituição do indivíduo é considerada culpada ou o aplicador da injeção tem uma “mão ruim”. A injeção raramente falha, o medicamento sozinho nunca é o culpado (Senah 1994).

A inserção da medicina moderna em contextos não ocidentais tem desencadeado o processo de reinterpretção, o que significa mudanças no sistema de conhecimento, nas instituições de atenção à saúde e nas crenças, expectativas, normas e comportamentos associados a doença, procura por atenção, relações paciente-especialista, atividades terapêuticas e avaliação de resultados (Kleinman 1980). Os medicamentos têm sido objeto por excelência desse processo, uma vez que estão imbuídos das qualidades da cultura e história de uma determinada sociedade. Suas reinterpretções podem estar baseadas, por exemplo, nas propriedades organolépticas e na forma farmacêutica (Nichter 1980; Bledsoe e Goubaud 1985, 1988; Etkin e outros 1990, Senah 1994) ou nas classificações humorais (Tedlock 1987). É

ilustrativo citar Burghart (1988), que relata a afirmação de um especialista na Índia de que a injeção de penicilina é um antigo remédio ayurvédico.

Apesar dos inúmeros exemplos que reforçam a importância da reinterpretação como processo local, há que se considerar alguns pontos. Van der Geest (1988), por exemplo, atenta para o perigo de uma visão “excessivamente cultural” da cultura indígena, em que os antropólogos, ao buscar conceitos nativos, acabam por construí-los, quando na realidade as idéias e ações sobre problemas de saúde são bem menos definidas, ou seja, os motivos para usar um determinado medicamento podem ser ambíguos e inconscientes. Van der Geest e outros (1996) alertaram ainda para o fato de que muitas vezes a reinterpretação conduz a uma dicotomia entre os conceitos locais e os conceitos biomédicos, simplificando uma questão que é mais ampla e complexa, e envolve também contextos de entendimentos e regimes de valores influenciados pelas indústrias farmacêuticas, campanhas publicitárias e práticas de venda.

MEDICAMENTOS EM CONTEXTOS LOCAIS BRASILEIROS

No Brasil, ainda são raros os estudos sobre medicamentos segundo uma perspectiva antropológica. A maioria das pesquisas foi conduzida entre comunidades urbanas ou rurais de baixa renda, nas quais os medicamentos foram o foco central (por exemplo, Haak 1988 e 1989; Ngokwey 1995; Ferraz e outros 1996) ou então serviram como instrumentos de análise secundária (Ott 1982; Loyola 1984; Queiroz 1980, 1994). É notória a escassez de registros específicos sobre medicamentos entre populações indígenas, tanto no que se refere a temáticas no nível macro (questões políticas e econômicas que influenciam a disponibilidade, a distribuição e o acesso aos medicamentos) quanto no que diz respeito ao nível micro (padrões de comportamento e interpretação cultural em relação aos medicamentos).

Quanto ao enfoque sobre a saúde de índios brasileiros, parte considerável das pesquisas antropológicas tem privilegiado a abordagem das interpretações nativas de doença e das terapêuticas tradicionais de cura (ver, por exemplo, alguns dos vários artigos publicados em Buchillet 1991, e em Santos e Coimbra Jr. 1994). Os remédios indígenas também têm merecido trabalhos específicos sob o ponto de vista seja da etnobotânica, seja da etnofarmacologia (Elisabetsky e Setzer 1985; Elisabetsky e Posey 1986; Prance, 1987; Montagner 1991; Haverroth 1997). É importante assinalar que esses estudos, exceto o de Haverroth, foram conduzidos entre etnias que vivem na região amazônica brasileira, caracterizando a escassez e mesmo a falta de trabalhos sobre os grupos que vivem nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país.

Secundariamente, os medicamentos aparecem em etnografias como as de Brunelli (1989), Conklin (1994) e Pollock (1994). Outros estudos antropológicos têm enfatizado a pluralidade de sistemas médicos e de recursos terapêuticos, inclusive medicamentos, entre grupos indígenas brasileiros (Morgado 1994), bem como a caracterização dos medicamentos como símbolos do poder dos não-índios e como “forma de prestígio nas relações comunitárias” (Garnelo e Wright 2001). A pesquisa de Novaes (1996, 1998), ao tratar os medicamentos como elementos centrais de análise, identificou intensa medicalização entre os Wari’, de Rondônia, em que a busca pelos serviços médicos, em especial os medicamentos, ocorria na maioria das situações de doença. Essa autora observou que a eficácia dos medicamentos era avaliada à luz das noções nativas de terapia, e que eles foram incorporados no ritual xamânico como pré-requisito para a cura. Trabalhando entre os Yanomami, de

Roraima, Pellegrini (1998) não coletou dados quantitativos sobre o consumo de medicamentos, mas descreveu os contextos de interação entre o sistema médico tradicional Yanomami e a biomedicina, de acordo com uma abordagem da antropologia da fala. O autor observou a dependência dos índios pelo setor biomédico, em especial pelos medicamentos, e constatou que, desde os primeiros contatos com os missionários até a entrada permanente da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), as “palavras de dar remédios” (Pellegrini 1998: 55, 118) mostraram seu poder de troca, em benefício dos índios que vivem mais próximos dos brancos.

Em que pesem os diferentes momentos de diminuição e recuperação demográfica, a população indígena brasileira está estimada atualmente em torno de 351.000 indivíduos, distribuídos em mais de 215 etnias com língua, cultura, organizações social, política e econômica próprias. Essa situação expõe uma diversidade de contextos locais marcados pela existência de diferentes sistemas de saúde tradicionais que atuam dinamicamente com o sistema biomédico.

A biomedicina, inclusive por intermédio dos medicamentos, invariavelmente passou a ocupar espaço notável no cotidiano das populações indígenas em contato permanente com a sociedade nacional. No contexto brasileiro, talvez com particular intensidade na região amazônica, a idéia de um posto indígena bem estruturado passa pela existência de uma farmácia bem estruturada, uma vez que o acesso aos serviços médicos fora das aldeias é dificultado pelas grandes distâncias e pela falta de transporte. Para as Terras Indígenas que ficam próximas das cidades, esse quadro é diferente, pois o acesso aos bens manufaturados é mais fácil. Os medicamentos que não estão disponíveis no serviço de farmácia local podem ser rapidamente adquiridos em estabelecimentos farmacêuticos dos municípios vizinhos. Em ambas as situações, é importante salientar o controle exercido pelas chefias indígenas e pelos agentes de saúde no que diz respeito à disponibilidade e ao acesso aos medicamentos.

O CASO KAINGÁNG, TERRA INDÍGENA (TI) XAPECÓ, SANTA CATARINA

Os Kaingáng vivenciam a experiência de interação permanente e intensa com a sociedade ocidental há muitas décadas, o que potencialmente os têm levado a uma relação direta de dependência. Nas falas Kaingáng, o tempo antigo – quando não havia tanta doença, o “remédio do mato” era suficiente, as mulheres davam à luz em casa, a comida era farta e boa – é contraposto ao tempo atual, como atesta um índio de 41 anos: “Hoje tem que seguir o ritmo de fora. [...] Temos que acompanhar o sistema do branco agora”. Os serviços biomédicos e toda sua tecnologia, em especial os medicamentos, são parte integrante do cotidiano Kaingáng.

Os Kaingáng da TI Xaçecó vivem em uma área de aproximadamente 15 mil hectares, localizada nos municípios de Ipuçu e Entre Rios, oeste de Santa Catarina. No período do trabalho de campo, havia 11 aldeias, das quais a aldeia Sede apresentava a melhor infraestrutura, com uma escola de 1ª a 8ª séries, um posto de saúde (conhecido por “Enfermaria”), luz elétrica e água encanada (proveniente de poço artesiano) em parte das casas. Essa aldeia era a maior entre todas, onde, no fim de 1999, viviam 855 indivíduos (Diehl 2001).

Oliveira (1996 e 2000) e Haverroth (1997) desenvolveram pesquisa sobre saúde na TI Xaçecó, com ênfase no sistema de saúde/modos de cura e na etnobotânica Kaingáng, respectivamente. O trabalho realizado por Diehl (2001) procurou investigar os entendimentos e práticas relacionados ao consumo de medicamentos entre os Kaingáng dessa TI. Para alcançar tal objetivo, foram identificados os medicamentos

prescritos e dispensados pelos profissionais de saúde que atuam nesse grupo indígena; os medicamentos encontrados nos domicílios dos índios (a “farmácia caseira”); os conceitos nativos de saúde, doença e cura segundo a análise dos padrões de utilização de medicamentos e de recursos terapêuticos nativos; e as noções de eficácia que permeavam os padrões locais de consumo de medicamentos e de recursos terapêuticos nativos.

Os dados foram obtidos entre setembro de 1999 e fevereiro de 2000 na aldeia Sede da TI Xapecó, por meio de observação participante, entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, questionários padronizados (dados socioeconômicos e da “farmácia caseira”), além de coleta de dados em prescrições e prontuários médicos.

Ao analisar as prescrições médicas, a prática da dispensação sem receita pelos atendentes/auxiliares de enfermagem e a “farmácia caseira”, Diehl (2001) observou que alguns grupos terapêuticos se sobressaem, entre eles os antibacterianos, os analgésicos não opióides, os antiparasitários, os ansiolíticos e os anticonvulsivantes. Baseando-se nos dados relativos aos dois médicos que atuavam na “Enfermaria” em setembro de 1999, foram prescritos medicamentos em uma faixa de 80 a 85% dos atendimentos feitos nesse mês. Os auxiliares e atendentes dispensaram sem prescrição, em um período de um mês (15 de setembro a 16 de outubro), 417 medicamentos. Entre as 190 casas Kaingáng da aldeia Sede, em 70,5% foi observada a presença de medicamentos. Radicalizando a posição de Illich (1975), poderíamos falar de uma “farmaceuticalização da saúde”, em que os medicamentos são considerados centrais no fornecimento de cuidados tanto para os provedores quanto para os usuários.

A disponibilidade da grande maioria dos medicamentos na “Enfermaria” era um forte estímulo para a significativa demanda observada, e é nesse sentido que devemos procurar entender a atuação dos profissionais. O fato de os médicos da “Enfermaria”, trabalhando em um contexto público de atenção, terem emitido prescrições em grande parte de suas consultas e o número expressivo de medicamentos encontrados nas casas corroboram a idéia de que essa atitude dos profissionais legitima e encoraja os índios a procurarem por medicamentos sintomáticos. Como salientou Nichter (1996), a expansão do mercado de medicamentos na Índia foi promovida pelo serviço nacional de saúde, que pôs a população em estreito contato com médicos e poderosos medicamentos, em especial os antibióticos.

Até 1999, os serviços médicos oferecidos na TI Xapecó eram esporádicos. A “Enfermaria”, contudo, sempre contou com uma sala reservada para a estocagem de medicamentos. Os atendentes e auxiliares de enfermagem assumiam o serviço, e tomavam decisões baseadas em seus conhecimentos e experiências prévias, nas quais os medicamentos eram um importante recurso. A partir de agosto de 1999, o serviço passou a contar com dois médicos e um odontólogo, além de um profissional da enfermagem, todavia a coordenação local continuou sob o comando de uma antiga atendente, ligada à liderança indígena. Essa situação, em que se observavam *status* diferenciados e uma inversão na hierarquia, levou a conflitos gerados pelas disputas de poder e pelos interesses pessoais.

Esses conflitos eram muito evidentes na questão dos medicamentos, pois se os médicos possuíam autonomia para prescrever, isso não significava que o índio receberia exatamente o que foi prescrito. Havia uma avaliação por parte dos dispensadores que podia ser referendada em sua própria experiência, em critérios de existência ou não no estoque ou mesmo na disponibilidade de recursos financeiros para a aquisição no comércio farmacêutico. De igual modo, nos dias em que não havia

médicos, a dispensação sem prescrição continuou sendo feita. Mesmo quando as atitudes divergentes eram confrontadas, isso não significava que os conselhos médicos passariam a ser ouvidos e cumpridos. Ao contrário, a autonomia dos atendentes e auxiliares era mantida. A chefia da “Enfermaria” ainda podia usar de sua autoridade e solicitar que os médicos atendessem um paciente em especial ou mesmo prescrevessem um determinado tipo de medicamento, como foi o caso das emissões de receituário especial periodicamente requeridas a um desses médicos.

Assim como os Kaingáng se referiram à “Enfermaria” como local em que buscavam soluções para seus problemas de saúde, citaram a procura por especialistas nativos, como o *Kujà* (pajé-curador), curadores/curandeiras e benzedoras/remedeadoras. Da mesma maneira que esses especialistas receitavam “remédios do mato”, observou-se que medicamentos foram incorporados à formulação obtida de plantas, em um processo de reinterpretação conforme discutido acima. Por exemplo, um curador descreveu um remédio contendo plantas (que não quis revelar quais eram) e as “misturas prontas”: noz moscada, cravo, canela e Novalgina®. Ele havia aprendido os remédios do mato com o pai, “que sabia muito”, e a Novalgina® havia sido sugerida por sua esposa. Ela teria consultado em um hospital, quando alguém disse que esse remédio era bom para o coração e para os nervos. Os índios também denominavam algumas espécies com nome de medicamentos, como planta dipirona, novalgina ou aspirina.

Entre os Kaingáng, o termo nativo *venh-kagta* é utilizado para denominar tanto o “remédio do mato” – “remédio dos antigos”, “remédio dos índios” – quanto o “remédio de farmácia”. Um dos índios salientou que primeiro se diz *venh-kagta* e depois para que serve, isto é, o nome da doença; no caso do “remédio do branco”, é a receita que diz o nome.

Enquanto os “remédios do mato” podem ser classificados de acordo com a cosmologia das metades exogâmicas *Kamé* e *Kanhru*, não há consenso para o *venh-kagta* da farmácia. Outro índio deixou claro que os “remédios da farmácia” não poderiam ser classificados como *Kamé* ou *Kanhru*, a não ser que fossem objetos de estudo, assim como o são permanentemente os “remédios do mato”. Outro foi categórico: “remédio da farmácia não tem *Kamé* ou *Kanhru*”. Porém uma índia, interrogada se era possível categorizar os “remédios da farmácia” em *Kamé* e *Kanhru*, respondeu que sim: o Gerovital®, grandes comprimidos de cor vermelha, foi classificado por ela como *Kanhru*, já que era redondo como a marca ritual dessa metade; as cápsulas de ampicilina foram identificadas como *Kamé*, pois eram compridas como a marca *Kamé*. Ela, portanto, utilizou-se da forma, relatada por Haverroth (1997) para a classificação simbólica das plantas.

Tanto para os “remédios do mato” quanto para os “remédios da farmácia”, noções de força, dieta e eficácia eram construídas de acordo com a cosmologia Kaingáng. A noção de “força” permeia o cotidiano Kaingáng. Ter saúde significa estar forte, ao passo que a fraqueza acarreta a vulnerabilidade às doenças (Oliveira 1996, 2000). Tanto os especialistas nativos quanto a comunidade em geral explicitaram suas opiniões a respeito da força do remédio, seja o da farmácia, seja o do mato. A força podia ser associada ao tipo (raízes são mais fortes que folhas; injeções são mais fortes que comprimidos, mas causam dor e deixam a pessoa fraca; Amoxicilina® é o mais forte dos antibióticos) e à quantidade usada (por exemplo, tanto o remédio quanto o medicamento, quando administrados às crianças, deveriam ser preparados mais fracos ou dados em quantidades menores).

A dieta (*vākre*) é outra questão essencial da cultura Kaingáng, assim como em outras culturas indígenas da América Latina. Em muitas falas Kaingáng, os alimentos

foram considerados causadores de determinado episódio de doença. Em outras, a comida moderna, comprada no mercado, foi responsabilizada pela atual natureza fraca dos índios e, portanto, está na gênese das doenças. No que diz respeito à dieta que envolve o uso de *venh-kagta*, todos os índios consultados foram unânimes a respeito da necessidade de cumprir determinadas regras alimentares (principalmente) durante o uso do “remédio do mato”. Em relação ao medicamento, diziam que o médico não especificava cuidados especiais, exceto em alguns casos em que a bebida alcoólica não era permitida. A utilização concomitante do “remédio do mato” e do medicamento não era recomendada, e isso foi muitas vezes considerado uma regra de dieta.

Entre os Kaingáng, a reinterpretação influenciava suas noções de eficácia e, por consequência, a adesão aos tratamentos prescritos. Tanto as injeções quanto os medicamentos sob outras formas farmacêuticas eram avaliados de acordo com a rapidez ou a demora de seu poder de cura. Comparações de cor, sabor e odor determinavam se o remédio ou o medicamento eram bons. A procedência dos medicamentos também foi forte apelo para a determinação da eficácia. Vale lembrar que a noção de força permeava as situações de reinterpretação e de eficácia.

Os medicamentos injetados merecem destaque particular, já que foram muito citados pelos Kaingáng. Ao mesmo tempo em que eram considerados fortes e de efeito rápido, causavam muita dor, às vezes endurecimento do membro – o que podia impedir para o trabalho – e mesmo outras doenças, como alguns relatos enfatizaram. Essa característica ambígua das injeções ajuda a explicar o fato de que, em muitas ocasiões, os Kaingáng não levaram a termo o tratamento prescrito pelos médicos.

A distância entre a “Enfermaria” e as várias aldeias na TI Xapecó Mais foi outro um fator relevante na adesão aos tratamentos. As distâncias da aldeia Sede podiam variar de dois a mais de dez quilômetros, dependendo do caminho percorrido (os índios usavam diferentes meios de transporte ou se deslocavam a pé. A análise dos prontuários médicos demonstrou que os moradores da aldeia Sede, seguidos dos de outras duas aldeias próximas a essa, foram os que mais procuraram o serviço em um período de um mês. Desse modo, os tratamentos contínuos, por meio de injeções ou outras formas de medicamentos, podem ter sido prejudicados nas situações em que os índios moravam mais distantes da “Enfermaria”.

A assistência farmacêutica direcionada aos povos indígenas: a busca de interfaces

Os dados obtidos em campo por Diehl (2001) demonstram que a pluralidade de opções terapêuticas disponíveis aos Kaingáng permite a busca de diferentes recursos de cuidado, e que a construção cultural da prática clínica inclui as relações sociais de médicos, enfermeiros, auxiliares, atendentes de enfermagem e pacientes, bem como os conflitos entre eles, as políticas de saúde no Brasil, a própria história da atenção à saúde indígena no país e os conhecimentos, crenças, valores e práticas específicos a cada grupo indígena. Considerando a concepção de assistência farmacêutica referida no início deste artigo, a reflexão aprofundada sobre esses aspectos é essencial para a incorporação de novas práticas no âmbito da assistência, sob a perspectiva da integralidade das ações de saúde direcionadas às populações indígenas, em particular nas ações em que o medicamento é insumo estratégico.

Ainda que a assistência farmacêutica seja resultado de uma construção coletiva e multidisciplinar, seu enfoque é, na maioria das vezes, aquele determinada pela biomedicina. Nesse sentido, a ampliação das interfaces com outros campos de conhecimento é fundamental, podendo a antropologia contribuir, entre outros aspectos, para a relativização desse olhar e para a consideração efetiva de outros saberes no campo da saúde. Isso pode refletir na adoção de uma lógica diferente daquela usualmente observada para a definição, a organização e a implementação dos serviços de saúde. Para tanto, é necessário que os estudos que envolvem a saúde indígena não só enfatizem que a cultura é heterogênea, emergente e dinâmica, como demonstrem que o comportamento em relação à saúde e aos processos de doença e cura não está ligado apenas aos conceitos locais, crenças, atitudes e valores, mas também às interações sociais que caracterizam o contexto interétnico, intercultural e intermédico (Greene 1998).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNETT, F. J.

(1989) "The dilemma of essential drugs in primary health care, *Social Science and Medicine*, 28 (10), 1085-90.

BLEDSOE, C. H. & GOUBAUD, M. F.

(1985) "The reinterpretation of Western pharmaceuticals among the Mende of Sierra Leone", *Social Science and Medicine*, 21 (3): 275-282.

BLEDSOE, C. H. & GOUBAUD, M. F.

(1988) "The reinterpretation and distribution of Western pharmaceuticals: an example from the Mende of Sierra Leone". Em: Van der Geest, S.; Whyte, S. R. (ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology* Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., p. 253-276.

BRUNELLI, G.

(1989) *De los espíritus a los microbios: salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonia brasileña*. Quito: Abya-Yala, Colección 500 años, n. 10.

BUCHILLET, D. (org.)

(1991) *Medicinas tradicionais e medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.

BURGHART, R.

(1988) "Penicillin: an ancient Ayurvedic medicine". Em: Van der Geest, S.; Whyte, S. (ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., p. 289-98.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

(2001) A organização jurídica da profissão farmacêutica. *Resolução nº 308/97*. Brasília: CFF.

CONKLIN, B.

(1994) “O sistema médico Wari’ (Pakaanóva)”. Em: Santos, R.V.; COIMBRA, C.E.A. Jr. (orgs.). *Saúde & povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

DIEHL, Eliana E.

(2001) *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Doutorado em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

DUPIM, J.A.A.

(1999) *Assistência farmacêutica: um modelo de organização*. Belo Horizonte: Segrac.

ELISABETSKY, E.; SETZER, R.

(1985) “Caboclo concepts of disease and therapy: implications for ethnopharmacology and health systems in Amazonia”. Em: Parker, E. P. (ed.). *The Amazon caboclo: historical and contemporary perspectives. Studies in Third World Societies*. Virginia: College of William and Mary, v. 32, p. 243-78.

ELISABETSKY, E.; POSEY, D.A.

(1986) “Pesquisa etnofarmacológica e recursos naturais no trópico úmido: o caso dos índios Kayapó do Brasil e suas implicações para a ciência médica”. Em: *Anais do I Simpósio Internacional do Trópico Úmido*, v. 2, p. 85-93.

ETKIN, N.L.

(1988) Cultural constructions of efficacy. Em: Van der Geest, S.; S. R. Whyte (ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. p. 299-326, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., p. 299-326,

(1992) “Side effects”: cultural constructions and reinterpretations of Western Medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 6 (2): 99-113.

ETKIN, N.L.; ROSS, P.J.; MUAZZAMU, I.

(1990) “The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland”, *Social Science and Medicine*, 30 (8): 919-28.

ETKIN, N.; TAN, M. (ed.)

(1994) *Medicines: meaning and contexts*. Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam.

FAUS, M.J.

(2000) “Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social”, *Ars Pharmaceutica*, 41 (1): 137-43.

FERRAZ, M.B.; PEREIRA, R.B.; PAIVA, J.G. e outros (1996) “Availability of over-the-counter drugs for arthritis in Sao Paulo, Brazil”, *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1129-31.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

(2001) *Avaliação do estágio atual de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*. 12 de abril de 2001, <<http://www.funasa.gov.br/ind/ind02.htm>>.

GARNELO, Luiza & WRIGHT, R.

(2001) “Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa”, *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (2): 273-84.

GOEL, P.; ROSS-DEGNAN, D.; BERMAN, P. & SOUMERAI, S.

(1996) “Retail pharmacies in developing countries: a behavior and intervention framework”, *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1155-61.

GREENE, S.

(1998) “The shaman’s needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru”, *American Ethnologist*, 25 (4): 634-58.

GREENHALGH, T.

(1987) “Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey”, *Social Science and Medicine*, 25 (3): 307-18.

HAAK, H.

(1988) “Pharmaceuticals in two Brazilian villages: lay practices and perceptions”, *Social Science and Medicine*, 27 (12): 1415-27.

(1989) “Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil)”, *Revista de Saúde Pública*, 23 (2): 143-51.

HARDON, A.P.

(1987) “The use of modern pharmaceuticals in a Filipino Village: doctor’s prescription and self medication”, *Social Science and Medicine*, 25 (3): 277-92.

HAVERROTH, M.

(1997) “Kaingang: um estudo etnobotânico: uso e a classificação das plantas na área indígena Xapecó (oeste de SC)”. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M.

(1990) “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, *American Journal Hospital Pharmacy*, 47: 533-43.

ILLICH, I.

(1975) *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

KAMAT, V.R.; NICTER, M.

(1998) “Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India”, *Social Science and Medicine*, 47 (6): 779-94.

KLEINMAN, A.

(1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

LOYOLA, M.A.

(1984) *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(2001) “Política nacional de medicamentos”. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde.

(2002) *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000

(2003) “Fetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social”. 1ª Conferência Nacional de Medicamento e Assistência Farmacêutica. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

MONTAGNER, D.

(1991) “Mani Pei Rao: remédios do mato dos marúbo”. Em: Buchillet, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.

MORGADO, P.

(1994) “Pluralismo médico *Wayana-Aparai*: a intersecção entre a tradição local e a global”. *Cadernos de Campo (Revista dos Alunos de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade de São Paulo)*, 4: 41-69.

NGOKWEY, N.

(1995) “Home remedies and doctor’s remedies in Feira (Brazil)”, *Social Science and Medicine*, 40 (8): 1141-53.

NICHTER, M.

(1980) “The layperson’s perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context”, *Social Science and Medicine*, 14B (4): 225-33.

NICHTER, M.

(1996) “Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition”. Em: Nichter, M.; Nichter, M. (orgs.), *Anthropology and International Health: Asian case studies* v. 3, cap. 9, p. 265-326, sem local: Gordon and Breach Publ.

NICHTER, M.; VUCKOVIC, N.

(1994) “Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice”, *Social Science and Medicine*, 39 (11): 1509-25.

NIZAMI, S.Q.; KHAN, I.A.; BHUTTA, Z.A.

(1996) “Drug prescribing practices of general practitioners and paediatricians for childhood diarrhoea in Karachi, Pakistan”, *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1133-40.

NOVAES, M.R.

(1996) “A caminho da farmácia: pluralismo médico entre os Wari’ de Rondônia”. Dissertação de Mestrado, Campinas: PPGAS Social da UNICAMP.

(1998) “Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari’ de Rondônia”, *Revista de Divulgação Cultural*, 64: 69-76.

OLIVEIRA, M.C.

(1996) “Os curadores Kaingáng e a recriação de suas práticas: estudo de caso na aldeia Xapecó (Oeste de S.C.)”. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina.

(2000) “Dinâmica do sistema cultural de saúde Kaingang: aldeia Xapecó, Santa Catarina”. Em: (Mota, L.T.; Noelli K.; Tommasino, F.S. (org.). *Uri e Wãxi: estudos interdisciplinares dos Kaingang*, Londrina: Editora UEL, p. 327-77.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

(1993) *Declaração de Tokio*.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE

(2002) *Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Documento final*. Brasília: OPAS.

OTT, A.M.T.

(1982) *O setor profissional do sistema de cuidados médicos em Sergipe*. Dissertação de Mestrado, Brasília: PPGAS, Universidade de Brasília.

PELLEGRINI, M.

(1998) “Falar e comer: um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima”. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina.

POLLOCK, D.

(1994) “Etnomedicina Kulína”. Em: (Santos R.V.; COIMBRA Jr., C.E.A. (orgs.). *Saúde & Povos Indígenas* Rio de Janeiro: Fiocruz.

PRANCE, G.T.

(1987) “Etnobotânica de algumas tribos amazônicas”. Em Ribeiro, B.G. (coord.) *Etnobiologia I (Suma Etnológica Brasileira)* (.). 2. ed. Petrópolis: Vozes/FINEP.

PRICE, L.J.

(1989) “In the shadow of biomedicine: self-medication in two ecuadorian pharmacies”, *Social Science and Medicine*, 28 (9): 905-15.

QUEIROZ, M.

(1980) “Curandeiros do mato, curandeiros da cidade e médicos: um estudo antropológico dos especialistas em tratamento de doenças na região de Iguape”, *Ciência e Cultura*, 32 (1): 31-47.

(1994) “Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea”. Em: Alves, P.C.; Minayo, M.C. (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico* p. 153-66, Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz.

RECH, N.

(2001) *Assistência farmacêutica na atenção à saúde*. Florianópolis: VIII Congresso Catarinense de Farmacêuticos.

REELER, A.V.

(1990) "Injections: a fatal attraction?", *Social Science and Medicine*, 31 (10), 1119-25.

SACHS, L.; TOMSON, G.

(1992) "Medicines and culture – a double perspective on drug utilization in a developing country", *Social Science and Medicine*, 34 (3): 307-15.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.^a (orgs.)

(1994) *Saúde & Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

SCHENKEL, E.P.

(1991) *Cuidados com os medicamentos*. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto/Ed. da UFRGS.

SENAH, K.

(1994) *Blofo Tshofa*: local perception of medicines in a Ghanaian coastal community. Em: (Etkin, N. L.; Tan, M. (ed.). *Medicines: Meaning and Contexts* Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam, p. 83-102.

TAN, M.L.

(1989) Traditional or transitional medical systems? Pharmacotherapy as a case for analysis. *Social Science and Medicine*, 29 (3): 301-07.

TEDLOCK, B.

(1987) "An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America", *Social Science and Medicine*, 24 (12): 1069-83.

TROSTLE, J.

(1996) "Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries", *Social Science and Medicine*, 42 (8): 117-20.

VAN DER GEEST, S.

(1987). "Pharmaceutical in the Third World: the local perspective", *Social Science and Medicine*, 25 (3): 273-76.

(1988) "Pharmaceutical anthropology: perspectives for research and application". Em: Van der Geest, S.; Whyte, S. (ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology* Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., p. 329-66.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R. (ed.)

(1988) *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology* Dordrecht: Kluwer Acad. Publ. VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R.

(1989) "The charm of medicines: metaphors and metonyms", *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4): 345-67.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R.; HARDON, A.

(1996) "The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach", *Annual Review of Anthropology*, 25: 153-78.

VOGEL, R. J & STEPHENS, B.

(1989) "Availability of pharmaceuticals in Sub-Saharan Africa: roles of the public, private and church mission sectors", *Social Science and Medicine*, 29 (4): 479-86.

WHYTE, S. R.

(1992) "Pharmaceuticals as folk medicine: transformation in the social relations of health care in Uganda", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16: 163-86.

WHYTE, S.R.; VAN DER GEEST, S.

(1988) "Medicines in context: an introduction". Em: Van der Geest, S.; Whyte, S. (ed.), *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology* p. 3-11, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.

WOLFFERS, I.

(1987) Drug information and sale practices in some pharmacies of Colombo, Sri Lanka, *Social Science and Medicine*, 25 (3): 319-21.