



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
Escola de Farmácia



ANA BARBOSA ZANOTI

**USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E OUTRAS
RACIONALIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO**

TRABALHO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

OURO PRETO

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
Escola de Farmácia



ANA BARBOSA ZANOTI

**USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E OUTRAS
RACIONALIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO**

TRABALHO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como pré-requisito de
conclusão do curso de Bacharelado
em Farmácia da Universidade
Federal de Ouro Preto

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Luiz
Narciso Moebus

OURO PRETO

2018

Z33u

Zanoti, Ana.

Uso racional de medicamentos e outras racionalidades na produção do cuidado [manuscrito] / Ana Zanoti. - 2018.

68f.: il.: color; tabs.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Moebus.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Departamento de Farmácia.

1. Uso racional de medicamentos . 2. Vitalismo. I. Moebus, Ricardo. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 615.03



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia

TERMO DE APROVAÇÃO

Uso racional de medicamentos e outras racionalidades na produção do cuidado

Trabalho de Conclusão de Curso defendido por **Ana Barbosa Zanoti** e aprovado com nota 8,0, em 28 de Novembro de 2018, pela comissão examinadora:

Doutoranda Juliana Cristina dos Santos Almeida
(PPG CiPharma-EF-UFOP)

Dr. Elton Luiz Silva
(DEFAR-UFOP)

Prof. Dr. Ricardo Luiz Narciso Moebus (Orientador)
(DEMISC-EM-UFOP)

**A ciência poderá ter encontrado
a cura para a maioria dos
males, mas não achou ainda
remédio para o pior de todos: a
apatia dos seres humanos**

Helen Keller

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas energias criadoras e as produções culturais, especialmente as de cunho popular e provenientes do matriarcado, pela oportunidade desse diálogo.

Agradeço ao apoio das famílias que construí até aqui, de sangue, de morada e de amor, aos grandes amigos espalhados por Ouro Preto, São João, BH e pelo mundo afora.

Agradeço aos mestres da vida, pelo aprendizado e incentivo da curiosidade eterna, Leopoldo Barbosa (educação física), Karine Silva (química), Renato Sampaio (educação física), Vanja Veloso (farmácia), Josiane Costa (farmácia), Juliana Almeida (farmácia), Elton Silva (farmácia), Gislene Silva (yoga), Karin Mandeli (yoga).

Agradeço a Eliana Camargo (Vivere) e a Vitória Schembri (Magna Mater) por consolidarem o meu sonho de farmácia.

Agradeço ao Ricardo Moebus pela liberdade e estímulo de leitura e escrita.

Agradeço as ligas acadêmicas LAPPIS e LACHAM, pela acolhida.

Agradeço ao Projeto Âmbar, pela oportunidade de fazer ciência moderna com tradições milenares.

Agradeço as equipes das Escolas Estaduais D. Horácio Andrade e de Ouro Preto, que trabalhei, pela compreensão e suporte.

Agradeço aos meus alunos e ex-alunos pelas constantes trocas de aprendizagens.

Agradeço ao Rodrigo Fernandes pela ajuda na escrita e na formatação.

Agradeço a Andréa Vascelos pela ajuda no texto.

Agradeço a Juliana Barbosa o apoio com texto.

Dedico esse estudo a todas as pessoas que vivem em estados de sofrimento e precisam de cuidados.

RESUMO

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E OUTRAS RACIONALIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Na farmácia clínica, o termo “uso racional de medicamentos” é bastante difundido e determina várias formas de condutas, como protocolos farmacêuticos para a garantia de tal afirmativa. Entretanto, na área de ensino em farmácia são poucos debates sobre qual racionalidade é essa que rege o uso de medicamentos alopáticos, qual sua origem, potencialidades e limitações. Dessa forma, esse estudo propõe investigar qual é essa racionalidade biomédica e como ela interfere na nossa compreensão e ação em saúde. Além disso, foram apresentadas outras racionalidades que regem outros sistemas de saúde e foi estabelecido um paralelo entre elas, com base nos estudos de Madel T. Luz. Posteriormente, considerando as premissas do uso racional de medicamentos, foi questionado como otimizar tais objetivos e qual seria o papel do farmacêutico clínico nesse contexto. Por fim, consideramos a inclusão de outras “racionalidades da saúde” participando da construção de um “uso plurirracional de medicamentos”.

Palavras-chave: Uso racional de medicamentos, práticas vitalistas, racionalidade em saúde.

ABSTRAT

RATIONAL USE OF MEDICINES AND OTHER RATIONALITIES IN THE PRODUCTION OF CARE

In clinical pharmacy, the term "rational use of medicines" is quite widespread and establishes various forms of conduct, as pharmaceutical protocols to guarantee such an assertion. However in the field of pharmacy teaching, there are few debates about which argumentation governs the use of allopathic drugs, what their origin, potentialities and limitations are. Thus, this study proposes to investigate what this biomedical rationality is and how it interferes with our understanding and action in health. In addition, we present other rationalities that govern other health systems and we also establish a parallel between them, based on the studies of Madel T. Luz. Later, considering the premises of the rational use of medicines, we asked how to optimize these goals and what would be the role of the clinical pharmacist in this context. Finally, we consider the inclusion of other "health rationalities" by taking part in the construction of a "multi irrational use of medicine"

Key-words: Rational use of medicines, vital practices, rationality in health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Propaganda de Prozac	26
Figura 2: Ciclo de Assistência Farmacêutica	29
Figura 3: Representação dos Chakras	45
Figura 4: Mapa de Nadis	46
Figura 5: Proposta de Fluxograma de logística farmacêutica	59
Figura 6: Pôster para apresentação acadêmica	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quadro -resumo comparativo das racionalidades médicas.....	37
Tabela 2: Sistema “trigue” as qualidades básicas, os ciclos de vida e as principais deidades hindus	42
Tabela 3: Elementos densos.....	42
Tabela 4: Relaciona elementos, os sentidos, órgãos específicos, e suas funções.....	47

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA: RELATO PESSOAL.....	13
3. RACIONALIDADE CIENTIFICA MODERNA	20
3.1 Racionalidade científica moderna	20
3.2 Cura como mercadoria	24
3.3 Saúde e farmácia nessa era	28
3.4 Uso racional de medicamentos	31
4. PRÁTICAS VITALISTAS	35
4.1 Ayurveda	39
5. DISCUSSÃO	50
6. CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	65
ANEXOS	68

1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho origina-se de diversas observações empíricas e comprovadas academicamente, com a intenção de aprofundar a discussão a cerca de conceitos que fazem parte da rotina clínica farmacêutica e relacioná-los de forma construtiva e propositiva. O termo “Uso Racional de Medicamentos” a alguns anos faz parte das condutas terapêuticas, e reafirma o papel fundamental do farmacêutico em ações terapêuticas bem estabelecidas. Entretanto, com base nos dados apresentados, percebe-se que a população, de maneira geral, faz uso irracional de medicamentos com muita frequência e de forma preocupante. Sendo assim, para se cumprir as premissas exigidas pelo “Uso Racional de Medicamentos” como mais eficiência, deve-se compreender qual racionalidade rege o uso de medicamentos em nossa sociedade, como ela se desenvolveu ao longo do tempo, o porquê da criação do termo, e analisar criticamente suas condutas.

Em um segundo momento desse texto, foram apresentado outras racionalidades em saúde, organizadas por Madel T. Luz (2012), como sistemas de saúde e denominadas como práticas vitalistas. Para tanto, foi apresentando suas características comuns e suas individualidades de forma comparativa, conforme a racionalidade científica moderna sugere metodologicamente. Na sequência foi selecionada uma dessas racionalidades em saúde, Medicina Ayurveda, para exemplificar a complexidade de cada uma delas e aproximar da realidade clínica.

Posteriormente no capítulo de discussão foram relacionadas as duas temáticas em questão: “Uso Racional de Medicamentos” e outras racionalidade em saúde (práticas vitalistas), afim de enriquecer a atuação clínica farmacêutica e os seus possíveis desdobramentos. Por tanto, foi apresentado como a racionalidade científica moderna interage com outras racionalidades, quais são as possíveis consequências desse desdobramento para a saúde coletiva e individual, como o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou algumas práticas vitalistas, denominadas como Práticas Integrativas Complementares ao longo

da história, qual impacto dessa incorporação para a população em geral, e para profissionais de saúde, em especial o farmacêutico; e problematizar, propor como o profissional farmacêutico se encaixa nesse caldo de conhecimentos, a fim de promover uma atuação cada vez mais segura.

Por fim, esse trabalho reuniu algumas das inúmeras conclusões que entrelaçam temas tão complexos e amplos, com o olhar voltado para a clínica farmacêutica, resgatando e reafirmando a responsabilidade social da profissão, e iniciando um debate propositivo dessa realidade apresentada. Além de questionar qual seria o papel das instituições de ensino no processo de aprendizagem de saberes populares, como preconizam algumas políticas de educação, em especial na área de saúde.

2. JUSTIFICATIVA: RELATO PESSOAL

Este estudo nasceu de determinadas inquietações que emergiram durante o curso de bacharelado em Farmácia, na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), realizado nos anos de 2013-2018. No decorrer da graduação (e o conseqüente envolvimento com a universidade), pude perceber que a grade curricular e os tipos de didáticas adotadas pelos professores levavam a poucas reflexões críticas acerca de temas, muitas vezes, fundamentais para compreensão da área.

Por exemplo, a questão do equilíbrio do processo saúde-doença; da relação de consumo no mercado da saúde; ou mesmo a temática da educação em saúde de forma pública e democrática. Nesse sentido, minha maior inquietação se deu em relação à ideia do imperativo conceitual do “Uso Racional de Medicamentos”.

Para contextualizar este desconforto que foi o motor desse trabalho, passo a retomar sucintamente alguns pontos de minha trajetória pessoal que levaram a uma posição crítica diante das práticas hegemônicas da biomedicina e atividades correlacionadas, denominadas genericamente de “paramédicas”, como é o caso da assistência farmacêutica.

O envolvimento das pessoas com as práticas de cura ocorre desde o início da vida e perdura por toda ela. O processo de saúde-doença é inerente à vida de qualquer ser vivo. Para os seres humanos que possuem a necessidade de viver em comunidade e de recriar a realidade, por exemplo, esse processo é mais intenso e o repertório de práticas de cura é maior, sendo talvez ilimitado.

Desde a infância, sempre existiu interesse de minha parte pelas mais diversas práticas de cura e, em especial, por aquelas que apresentam menores efeitos adversos, as quais podemos denominar, por hora, como práticas integrativas. Diferente da maioria dos graduandos e de muitos professores, os quais não fazem uso dessas práticas, por vários motivos, normalmente por desconhecimento e/ou descrédito científico.

Dentre as práticas de cura, especialmente, as relacionadas às práticas corporais, várias estiveram presentes em minha vida não apenas em momentos de doença, mas atuando também na prevenção e manutenção da saúde, de forma prazerosa e autônoma. Certamente a relação com essas práticas foi um fator motivacional, para cursar a graduação em licenciatura em Educação Física na Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), entre os anos de 2009-2012, o que me gerou um despertar para as possibilidades de poder auxiliar nos processos de cura de outras pessoas e de minha própria autocura. Inevitavelmente, o passado direcionou o caminho para o curso de Farmácia na UFOP. A partir desse momento, tornei-me efetivamente e formalmente estudante da área de saúde, com a atenção principalmente voltada aos processos de contato com os pacientes.

É de amplo conhecimento que o curso de Farmácia UFOP é constituído exclusivamente de bacharelado, com caráter generalista. Sendo assim, possuindo as três subáreas de atuação: Análises Clínicas, Indústria e Assistência Farmacêutica. Apesar de, teoricamente, o curso apresentar uma visão mais ampla da atuação farmacêutica, as subáreas não costumam apresentar diálogos entre si, para a construção de conhecimento comum, tornando o processo de aprendizagem fragmentado, linear e objetivo. Assim

são poucos os debates acerca de questões fundamentais que relacionam todas as subáreas, como os temas transversais que trabalhariam uma compreensão de totalidade da área de conhecimento, revelando seu potencial de atuação, seu cerne motivacional e suas inter-relações.

Ao longo do desenrolar do curso, fui notando que os meus anseios não seriam atendidos no que se diz respeito ao trato com o paciente de forma holística. Minhas inquietações afloraram, especialmente, nos momentos de intervenção. Durante o processo de formação, fizemos observações em vários estágios supervisionados com práticas em cada subárea de atuação.

Concomitantemente, na busca incessante de acalantar os meus anseios e no aprimoramento por ser uma profissional mais sensível, fui complementar minhas formações acadêmicas. Por já ser praticante há alguns anos, e diante da oportunidade de fazer o curso com a mestra Karin Mandelli, quem admiro profundamente como pessoa e, especialmente, como terapeuta. Formei-me em ayurveda e instrutora de yoga no Núcleo Shiva Shakti Yoga Ayurveda, em São João del Rei, no período de 2014-2016. Ainda nesse sentido, em 2017, fiz a formação de Reiki 1 e 2, com o Reiki máster Walter Araujo, além de workshops em Neurociência e Mindfulness. Em 2018, fiz o curso de saboaria Cold Process e Cosmética Artesanal Natural com a artesã Ananda Garcia.

Em 2014, comecei a lecionar, na Escola Estadual de Ouro Preto, aulas de Educação Física. A partir desse momento, passei a me relacionar com a população de Ouro Preto de forma mais contínua e profunda. A escola em questão atende majoritariamente uma das periferias da cidade (Pocinho), que, apesar de anteriormente carregar o nome de Vila Rica, constitui-se por uma população que vive em situação de muita pobreza. Além do olhar de professora, carregava para escola o olhar de agente profissional de saúde (em formação), a fim de poder proporcionar aos meus alunos e à comunidade escolar, por meio do conhecimento, uma vida de menos sofrimento.

Em 2015, tomei posse do concurso e assumi como efetiva na Escola Estadual Desembargador Horácio Andrade, a qual atende outra periferia da cidade (Alto

da Cruz), ainda que ambas apresentem problemas de saúde e educação semelhantes, como, por exemplo, o hábito de os alunos beberem água não filtrada em uma espécie de cocho. Apesar de ser lamentável essa realidade, ela é naturalizada, já que grande parte da população ouropretana vive em condições socioeconômicas muito precárias.

Pela universidade, participei de dois grupos de estudos que não tinham correspondentes em disciplinas, e que ofereciam reflexões e atividades de forma mais integrada e crítica, sendo a “Liga Acadêmica de História, Cultura, Arte e Medicina” (LAHCAM), em 2014, e a “Liga Acadêmica de Práticas Integrativas e Saúde Simétrica” (LAPISS), entre os anos de 2015-2017. Além disso, fui bolsistas de extensão do projeto “Âmbar: desafios e ações em saúde da mulher”, por aproximadamente quatro anos (2014-2017), processo este que me fez despertar de forma ainda mais crítica para as mazelas sociais de Ouro Preto, especialmente no que diz respeito aos processos de saúde e doença das mulheres periféricas.

Em um primeiro momento, atuava com a pesquisas, no formato de questionários, com as mulheres climatéricas e os encontros eram nos domicílios. Além disso, oferecíamos palestras sobre temas relacionados às doenças mais prevalentes, para a população em questão, dentre elas: hipertensão, osteoporose, diabetes etc. Após perceber a situação de vulnerabilidade social que essas pessoas viviam e que nenhuma entrevistada fazia uso de reposição hormonal, conseqüentemente apresentando sintomas climatéricos, surgiu a ideia de criar um grupo de yoga para essa finalidade. O projeto apresenta vínculo com o SUS, principalmente como ponto de referências às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região e pela divulgação das Agente Comunitário de Saúde (ACS). Apesar de inúmeras dificuldades, como a disponibilidade de local, material e instrutores, tivemos uma enorme adesão das mulheres e o projeto se mantém até hoje com ótimos resultados. Nesse caso, diante do processo de perceber de forma mais íntima as carências em saúde da população ouropretana, ofertando práticas de yoga regulares direcionadas para mulheres no climatério, pude constatar, por diversos fatores (adesão, disciplina, observações e relatos pessoais), como as práticas estavam

fazendo bem a todas as praticantes, não só no que diz respeito aos sintomas do climatério, mas à sintomatologia de outras doenças, com reflexos positivos na vida social etc.

Segundo SOUZA (2016)¹, para as beneficiadas do projeto, foi constatado que, com seis meses de prática regular de yoga, já foi possível colher alguns resultados positivos, tendo em vista exames laboratoriais e resultados antropométricos. Dentre os exames laboratoriais, foram considerados os seguintes parâmetros: (1) manutenção do índice glicêmico – indicador de hiper e hipoglicemia e diabetes; (2) melhoria nos índices de ureia e creatinina - indicador do funcionamento dos rins; (3) melhoria nos índices de triglicerídeos – indicador de aterosclerose e doenças cardiovasculares; (4) melhorias nos índices de HDL – indicador da melhoria dos índices de colesterol. No que se refere aos resultados antropométricos, foi possível observar (5) diminuição de peso; (6) diminuição de circunferência de cintura; (7) diminuição de gordura corporal. Por outro lado, na análise de sintomas, pelo índice de Kuppermar², houve melhoria em todos os parâmetros controlados, na seguinte ordem: (8) diminuição de nervosismo; (9) diminuição de ondas de calor; (10) diminuição de palpitação; (11) diminuição de fadiga; entre outros. Ou seja, melhorias diversas em vários índices corporais, inclusive não mensuráveis, gerando benefícios de forma global para as praticantes.

Além disso, devido aos meios em que estive envolvida, descobri a aromaterapia, e a utilizo com regularidade, para diferentes objetivos, e por aproximadamente dois anos revendo difusores para este fim. Assim me aproximei dessa prática de cura também, como agente de saúde. A grande maioria das pessoas que buscam esse cuidado, não conheciam essa prática, e se encantam pela simplicidade e pelo poder de cura, relatando melhorias significativas. Aqueles que já conheciam, normalmente relatam ter parado de utilizar algum medicamento alopático, normalmente ansiolítico, quando começaram o tratamento com aromaterapia.

¹ SOUZA, L. A. C. Efeito da prática de yoga sobre os parâmetros antropométricos, laboratoriais e clínicos de mulheres no climatério. Tese (Mestrado em Análises Clínicas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto. 2017.

² KUPPERMAN, H. S.; BLATT, M. H. G. Menopausal indice. J Clin Endocrinol. v. 13, n.1, p. 688-694, 1953.

Paralelamente durante esse período de desenvolvimento profissional, enquanto agente educadora e de saúde, inerente ao processo de vida, sofri um abalo na minha própria saúde, de diferentes maneiras, e em diferentes níveis. Mais uma vez, fiz e sigo utilizando das práticas integrativas, assim como as convencionais. Então, é com conhecimento empírico que afirmo que as práticas integrativas me auxiliaram nos diferentes processos de cura, não apenas com a queixa inicial, mas principalmente me auxiliando a reequilibrar diferentes aspectos, atuando na totalidade do meu ser, tanto no momento de crise quanto na manutenção da saúde. Em contrapartida, durante esse processo, um medicamento alopático prescrito pelo médico, para o auxílio da dor e possível diagnóstico, não atendeu nenhuma das expectativas, gerou mais dor, e ainda engendrou o desenvolvimento de outra doença incurável.

Não estou afirmando que os medicamentos alopáticos são completamente substituíveis ou que fazem mal na sua essência, meu intuito aqui é problematizar o uso indiscriminado como uma prática rotineira de consumo em nossas vidas, apresentando outras formas de cura como possibilidades complementares e paralelas, normalmente sem riscos de intoxicação e geradoras de autonomia ao usuário.

Dessa forma, a dúvida é a seguinte: como podemos dizer que existe um uso racional de medicamentos, se repetidas vezes fazemos mau uso dos mesmos? E mais: como podemos dizer que o uso é racional, se a política de uso racional de medicamentos propõe desconsiderarmos todas as outras práticas de cura que sejam diferentes dos medicamentos alopáticos? Tais práticas, na minha experiência pessoal e profissional e na experiência de milhares de pessoas, apresentam resultados muito positivos, com ou sem o uso de medicamentos e quase sem efeitos adversos, com baixos riscos de toxicidade. Normalmente são tratamentos menos dispendiosos financeiramente, que também têm o mérito de tornar o paciente mais responsável pelo seu processo de cura, o que muitas vezes diminui o risco de outras possíveis recaídas.

Diante do exposto, pode-se dizer que o presente trabalho tenta responder uma questão central: qual seria exatamente a racionalidade que preside o uso

racional de medicamentos? Tal pergunta já significa que deixamos o terreno da “racionalidade” no singular, e fomos para o campo das “racionalidades”, no plural, ou seja, deixamos para trás o pressuposto de que só existiria uma racionalidade, única, imperante, inquestionável, absoluta; portanto, estaremos aqui levando em conta que existe uma variedade de racionalidades, incluindo a técnico-científica, mas não só ela. Há outras que informam e instrumentam diferentes modos de vida e perspectivas de existência, de relação com o mundo, com a vida, com a saúde e com o adoecer, sendo nosso primeiro ponto.

Nesse sentido, conseqüentemente, essa proposta de relativização de um certo absolutismo racional já sugere, desde o início, que o “uso racional de medicamentos”, estando regido por uma única perspectiva de racionalidade, constrói seus critérios de forma restrita a esta mesma racionalidade que a constitui; portanto, se incluíssemos outras racionalidades informando ou compondo este “uso racional”, seus critérios também mudariam e, talvez, pudéssemos construir um conceito “ampliado” de “uso racional de medicamentos”, assim como se fala em uma “clínica ampliada”, uma revisão conceitual que caminhasse na direção de uma integralidade proporcionada pela consideração das práticas chamadas “integrativas” de produção de saúde e cuidado.

Por fim, ainda como um último alicerce da proposta aqui desenvolvida: se é possível pensar em um “uso multirracional ou plurirracional de medicamentos”, teríamos então uma diferenciação entre a atuação de um “farmacêutico clínico” (unicamente técnico-científico) e a atuação que poderíamos chamar, de forma provisória, de “farmacêutica clínica ampliada”, definida como aquela em que há farmacêutico clínico que conhece e considera, em sua construção de saberes e práticas, racionalidades várias, incluindo as das práticas integrativas.

3. RACIONALIDADE EM SAÚDE NA ERA MODERNA

3.1 Racionalidade científica moderna

As sociedades são caracterizadas pelas suas formas de organização em diferentes setores, podendo ser habitacional, econômico, social, cultural, medicinal, em busca de uma determinada ordem coletiva e, por ventura, conexões entre as comunidades. Com o passar dos anos, as maneiras de organização vão sendo transmitidas e recriadas de forma dialética, conforme as variações que a comunidade sofre. O processo de globalização, movido por uma forma de consumo irrestrito, como denomina Baumam (2008), “revolução do consumo”, homogeneizou muitos hábitos, costumes, gostos, linguagens, mas principalmente a forma de pensar e agir perante o mundo, criando valores e verdades dogmáticas.

Como denomina Luz (2004), para outros pensadores e analistas sociais da ciência (políticos, historiadores, filósofos), os séculos XVII e XVIII são louvados na história da produção do conhecimento moderno como “a era de revolução científica”³. Os conhecimentos estavam voltados e o domínio de terras e mares, e os inventos buscavam o controle das forças de produção e da guerra. Assim, o objetivo era decifrar e apropriar da natureza, como forma de riqueza e poder, de maneira extrativista. Esse processo foi subsidiado pelo conhecimento científico, que apresenta a seguinte definição de racionalidade:

A racionalidade científica moderna não se caracteriza pelo ideias contemplativas de compreensão do Ser - e suas causas - da filosofia grega clássica. A preocupação com a origem ou causalidade ser é estranha a esta racionalidade. Também a suspensão” do pensamento pela coincidência com o movimento cósmico, da filosofia oriental. O conhecimento moderno é prático, transformador da realidade. Conhecimento interventor e classificatório, é verdade, mas como um sentido construtivista, de construção de realidades. A razão moderna não a apenas explica a realidade a modela. (LUZ, 2004, p.49)

³ “Se enraíza na grande época de ruptura de visão de organização de mundo expressa no Renascimento, que propaga desde o início do século XIV, na Itália, com a literatura (Dante, Petrarca, Boccaccio), até o século XVI, nas artes plásticas, na música, nas ciências, na tecnologia, nas cosmologia, na filosofia”. (LUZ. 2004, p. 42).

Dessa forma, percebe-se que a racionalidade científica possui caráter exploratório, comparativo, impositivo, colonizador, quantitativo, classificatório, comprovatório e funcional. O que Luz (2008) descreve como ausências de causas; Santos (1988), parafraseando Aristóteles, classifica como um tipo de causa:

Aristóteles distingue quatro tipos de causa: a causa material, a causa formal, a causa eficiente e a causa final. As leis da ciência moderna são um tipo de causa formal que privilegia o como funciona das coisas em detrimento de qual o agente ou qual o fim das coisas.
(SANTOS, 1988)

Assim os autores citados caracterizam a ciência moderna pela sua utilidade, marcada não apenas pela tentativa de explicar a realidade, mas de transformá-la, e conseqüentemente criar outras e novas verdades. Como salienta Santos (1988), essa ciência se distancia do senso comum, pois, no senso comum, a causa e a prática caminham de forma harmônica, enquanto a intenção se perde na ciência moderna. Assim, o autor explica o que denomina de “causa formal”: “permite prever e, portanto, intervir na realidade e que, e conseqüentemente na formação de sua verdade com o elenco dos seus êxitos na manipulação e na transformação do real”(SANTOS, 1988).

Ainda, segundo o autor supracitado, a partir do século XVIII, com o sinal de avanço intelectual da burguesia, a ideia de progresso que ganha corpo no pensamento europeu, baseado em várias leis⁴ das ciências naturais, e na obstinação pelo controle e estabilidade do mundo, leva a uma compreensão do mesmo de forma mecanicista. “O determinismo mecanicista é o horizonte certo de uma forma de conhecimento que se pretende utilitário e funcional, reconhecido menos pela capacidade de compreender profundamente o real do que pela capacidade de o dominar e transformar”. (SANTOS, 1988).

⁴ “Segundo a mecânica newtoniana, o mundo da matéria é uma máquina cujas operações se podem determinar exatamente por meio de leis físicas e matemáticas, um mundo estático e eterno a flutuar num espaço vazio, um mundo que o racionalismo cartesiano toma cognoscível por via da sua decomposição nos elementos que o constituem”. (SANTOS, 1988).

A fim de detê-la e controlá-la, a natureza, diversa e harmônica, passou a ser entendida como uma máquina, tal como o corpo humano. Por esse viés, a racionalidade hegemônica transbordou os limites do estudo da natureza e emergiu das ciências sociais⁵. Tal como foi possível descobrir as leis da natureza, seria igualmente possível descobrir as leis da sociedade. Dado que, segundo o modelo mecanicista, só há duas formas de conhecimento científico: as disciplinas formais da lógica e da matemática, ciências naturais, e as ciências empíricas, as ciências sociais. (SANTOS, 1988)

O modo como o modelo mecanicista foi assumido foi, no entanto, diverso. Distingo duas vertentes principais: a primeira, sem dúvida dominante, consistiu em aplicar, na medida do possível, ao estudo da sociedade todos os princípios epistemológicos e metodológicos que presidiam ao estudo da natureza desde o século XVI; a segunda, durante muito tempo marginal mas hoje cada vez mais seguida, consistiu em reivindicar para as ciências sociais um estatuto epistemológico e metodológico próprio, com base na especificidade do ser humano e sua distinção polar em relação à natureza. Estas duas concepções têm sido consideradas antagônicas, a primeira, sujeita ao jugo positivista, a segunda, liberta dele, e qualquer delas reivindicando o monopólio do conhecimento científico-social. (SANTOS, 1988)

Dessa forma, nesse modelo de ciência, a fragmentação do saber, a percepção de mundo mecanizado e o utilitarismo do conhecimento são características marcantes do que se entende por racionalidade científica moderna.

O modelo de racionalidade que preside à ciência moderna constituiu-se a partir da revolução científica do século XVI e foi desenvolvido nos séculos seguintes basicamente no domínio das ciências naturais. Ainda que com alguns prenúncios no século XVIII, é só no século XIX que este modelo de racionalidade se estende às ciências sociais emergentes. A partir de então pode falar-se de um modelo global de racionalidade científica que admite variedade interna mas que se distingue e defende, por via de fronteiras ostensivas e ostensivamente policiadas, de duas formas de conhecimento não-científico (e, portanto, irracional) potencialmente perturbadoras e intrusas: o senso comum e as chamadas humanidades ou estudos humanísticos (em que se incluíram, entre outros, os estudos históricos, filológicos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos). (SANTOS, 1988)

⁵ “Bacon, Vico e Montesquieu são os grandes precursores. Bacon afirma a plasticidade da natureza humana e, portanto, a sua perfectibilidade, dadas as condições sociais, jurídicas e políticas adequadas, condições que é possível determinar com rigor. Vico sugere a existência de leis que governam deterministicamente a evolução das sociedades e tornam possível prever os resultados das ações coletivas. Com extraordinária premonição Vico identifica e resolve a contradição entre a liberdade e a imprevisibilidade da ação humana individual e a determinação e previsibilidade da ação coletiva. Montesquieu pode ser considerado um precursor da sociologia do direito ao estabelecer a relação entre as leis do sistema jurídico, feitas pelo homem, e as leis inescapáveis da natureza”. (SANTOS, 1988)

A racionalidade biomédica acompanhou esse processo, corroborando para a reafirmação de tal racionalidade. A Medicina caracterizada como conhecimento científico e as demais áreas da saúde estruturam seu saber nos pilares filosóficos apresentados. Dessa forma, apesar de reconhecermos os cursos em saúde como da área de conhecimento de ciências naturais, eles também apresentam características sociais, pois além das questões anatômicas e fisiológicas tratam também da percepção do sofrimento, o processo saúde-doença, as escolhas terapêuticas, os estilos de vida entre tantos outros paradigmas que afetam o estado de saúde e estão intimamente ligados à vida social.

O estranhamento da ampliação da categoria em que a racionalidade biomédica se enquadra, justifica-se uma vez que o olhar social para as questões de saúde é objetificado, e há o predomínio de teorias biologizantes característico da racionalidade em vigor. Assim, a razão médica combate e elimina categorias, conceitos, teorias divergentes e concorrentes, através de estratégias de produção de discursos e políticas sociais inibitórias da divergência, criando e reproduzindo formas de cura limitadas a essa razão (LUZ, 2004, p. 30).

Dessa forma, temos como um paradigma vigente, como denomina Santos (1988), para a saúde, pertinente com a racionalidade da era. Assim, desconsiderando outras formas de cuidado e cura, além da científica, e que observa e trata o paciente, ou melhor, a doença, de forma, dependente, fragmentada, objetivada e mecanizada, mercantilizada, impessoal, com uma supervalorização da razão e o silenciamento das subjetividades envolvidas em questão.

Talvez essas características que modelam nossa sociedade e conseqüentemente a maneira de se fazer saúde justifiquem parte das limitações nas formas que se elaboram as práticas de cuidados, marcadas pelo

insucesso de muitos tratamentos, e caracterizadas como pertencente a uma sociedade doente e sofrida, de doenças antigas e, cada vez mais, de novas.

3.2 Cura como mercadoria

Outro elemento fundamental na construção da racionalidade científica moderna é o desenvolvimento do capitalismo, com a ascensão do neoliberalismo consolidado pelo processo de globalização, caracterizando nossa sociedade como consumista (BAUMAN, 2008). O consumo atualmente se tornou algo corriqueiro, trivial, que baliza desde nossas atividades cotidianas até aos nossos ritos comemorativos, estratificando as classes sociais. Salvo as devidas proporções, as relações com as práticas de cura acompanharam essa tendência e recriaram elementos fundamentais desses processos, assim o paciente/cliente se tornou um consumidor, o tratamento um negócio e o medicamento uma mercadoria, com grande apelo comercial.

Para compreender como o medicamento se comporta como mercadoria e os possíveis impactos dessa aproximação, foram utilizadas das áreas de conhecimento da sociologia e a economia para sustentar essa compreensão. Os estudos de Karl Marx (1988), em especial seu livro intitulado “O Capital”, especificamente o primeiro capítulo, “Mercadoria e Dinheiro”, subsidia essa discussão. Apropriando-nos do conceito de valor de uso e valor de troca que o autor utilizou para a reflexão sobre a mercadoria, desenvolvemos um paralelo com o medicamento e, assim, foi proposta uma nova compreensão dos fenômenos que envolvem a comercialização de medicamentos nos dias atuais.

Tanto a mercadoria, de uma forma geral, quanto o medicamento, especificamente, apresenta sua utilidade. Isso seria o seu valor elementar, o motivo de sua existência, pelo menos aparentemente, e, por isso, seu valor de uso. Assim, seria o valor qualitativo da mercadoria ou do medicamento o motivo pelo qual eles foram feitos. A mercadoria se caracteriza por seu

material, seu uso e seu consumo. O medicamento se caracteriza por sua forma farmacêutica, modo de administração, seu uso e seu consumo. Sintetizando o conceito, temos: “o valor natural de qualquer coisa consiste em sua capacidade de promover as necessidades ou servir as comodidades da vida humana” (LOCKE apud MARX, 1988, p.42).

O valor de troca indica, de fato, o valor que a sociedade capitalista atribui a suas mercadorias. Tal valor é dissociado do valor de uso, que só existe quando existe um coletivo de pessoas ou de mercadorias, pois é um valor relativo. O valor de troca, ou apenas valor, seria o quanto uma mercadoria equivale comparada com as demais. Cada mercadoria ganharia uma representação quantitativa quando comparada à outra. Assim, o valor de uso seria o veículo material do valor de troca.

Para Marx (1988), o valor de troca é quantificado no tempo de trabalho embutido na mercadoria, sendo uma relação direta, quanto maior o tempo ou a quantidade de trabalho empregado na mercadoria, maior o seu valor de troca. Essa é uma visão romântica e ultrapassada de valor de troca, atualmente com a supremacia neoliberal e com a revolução tecnológica as relações de troca não são tão simples assim, pois existem várias outras subjetividades que entrelaçam essas relações.

Por esse valor constituir a relação entre as mercadorias, é nele que se encontra o fetiche dos objetos. Dessa forma, o valor atribuído não é apenas correspondente ao tempo de trabalho embutido no mesmo, mas englobaria outros fatores abstratos. O desejo ou o desprezo, as leis do mercado, a sedução midiática e os valores coletivos fazem com que uma mercadoria se valorize ou desvalorize, e, nessa quantificação, existem inúmeros motivos e delicadezas para cada objeto em cada tempo/espço.

Paralelamente, o valor atribuído ao medicamento, não é apenas referente ao tempo de trabalho preciso para a elaboração, execução e aprimoramento, mas também aglomeram tantos outros fatores subjetivos, como a hierarquia social, as interpretações pessoais, entre outros, responsáveis por torná-la fetichizada. Nesse sentido, a ideia de fetiche marxista foi aproveitada para uma discussão sobre o comércio de medicamentos.

Atualmente, pós revolução tecnológica, um dos fatores mais determinantes e paradoxalmente subjetivos para atribuir valores as mercadorias é marketing midiático, que dita boa parte de nossos comportamentos à algumas décadas, como observa-se na propaganda a seguir:

Figura 1: Propaganda de Prozac



Fonte: GazetaneWS

Em um plano micro, considerando um medicamento e um paciente, se torna mais fácil a compreensão do raciocínio. De fato, a sociedade já hierarquizou alguns medicamentos em detrimento de outros. O Brasil é um dos países com marcas da racionalidade científica moderna. A população acostumou a aceitar e procurar apenas as curas que a ciência aprova, tendo-as como um caminho único da verdade.

Evidente que os medicamentos não têm valores rígidos como as mercadorias, por isso um chá caseiro em determinada situação com um aroma que encanta o olfato pode até chegar a valer mais que um medicamento comercializado, mas geralmente não é o que acontece. Quanto mais atributos de imediatismo, comodidade e objetividade, maior será o valor de troca imposto socialmente.

Entretanto, o valor de troca seria a quantidade de trabalho atribuído, o que não significa que os medicamentos valorizados socialmente sejam os mesmos valorizados individualmente, pois só o paciente e quem está em seu entorno sabe o quanto de trabalho que foi empregado para o domínio de determinado estado de tranquilidade e, por isso, o seu valor pessoal pode ser diferente do social. Além disso, para um mesmo medicamento, pessoas diferentes podem atribuir valores diferentes, devido ao trabalho empregado para o reestabelecimento da saúde. Mesmo assim, cria-se um fetiche no imaginário coletivo acerca da aquisição de medicamentos e seus possíveis benefícios, por exemplo: pílulas “para” emagrecimento.

Para Baumam (2008, p. 74), “o consumo é um investimento em tudo que serve para o “valor social” e a autoestima do indivíduo”. Dessa forma, o medicamento ganha um caráter duplamente fetichizado já que ele possui como valor de uso essas finalidades também.

“Consumir”, portanto, significa investir na aflição social de si próprio, o que, numa sociedade de consumidores, traduz-se em “vendabilidade”: obter qualidades para as quais já existe uma demanda de mercado, ou reciclar as que já possui, transformando-as em mercadorias para as quais a demanda pode continuar sendo criada. (BAUMAN, 2008, p.76)

Assim, a sociedade se reiventa as necessidades, adequando-as ao ritmo da vida moderna, às suas consequências, treinados e instruídos nas artes da vida de consumo, e que, “por essa razão, nos tornamos intolerantes a toda e qualquer frustração, não podendo mais aguentar o adiamento da satisfação que sempre esperam ser imediata”. (BAUMAN, 2008, p. 82). Ou seja, o homem

moderno segue na busca eterna de uma “pílula mágica”⁶ que resolva todos os sofrimentos individuais sem gerar reflexões e esforços, a fim de prazeres incessantes.

3.3 Saúde e farmácia nessa era

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 direciona a atuação do Estado brasileiro para a construção do bem-estar social e da plena cidadania, instituindo determinados direitos sociais, dentre eles o direito à saúde e à educação, direcionando a atuação do Estado para garanti-los. Institucionalizado pela Lei número 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui como princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência, inclusive farmacêutica. (JOÃO, 2010).

Assistência farmacêutica constitui uma das *subáreas* das ciências farmacêuticas, a qual origina a profissão e é caracterizada pela troca entre paciente e o profissional, estabelecida através de uma relação complexa com o objetivo de cura e suas estratificações. Normalmente, a área de atuação é simplificada apenas pela dispensação de medicamentos, mas em sua totalidade abarca uma série de outras funções, que culminam na dispensação de medicamentos responsável. Dentre as funções, estão a gestão da farmácia, a compra de medicamento, a gerência de estoque, a garantia da segurança dos medicamentos controlados, o treinamento de funcionários, o contato com o paciente, entre outros. Como sugere o modelo a seguir:

⁶ Como apresentado no documentário “Take your pills” de Alison Klayman. 2018. Sobre o uso de Ritalina.

Figura 2: Ciclo de Assistência Farmacêutica



Fonte: **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**

Nesse sentido, estratificando a área de assistência farmacêutica, apresenta-se com um conceito mais específico dessa especialidade clínica, sendo o de atenção farmacêutica, segundo Epler; Strand (1990, p. 539), a aceitação da responsabilidade de garantir a segurança e a efetividade da terapia medicamentosa do paciente individualmente, a fim de promover uma atuação profissional mais efetiva e segura.

Todavia, devido a tantas atribuições que são alocadas ao farmacêutico clínico, normalmente atuando em um estabelecimento com fins lucrativos, aliadas à ideia de objetificação do sintoma e/ou doença, somadas ao desejo do imediatismo do alívio, muitas vezes confundida como cura; o cuidado com o paciente vem sendo desvalorizado ao longo do tempo, de forma progressiva, logo aquela função que deveria ser o ato de maior atenção da profissão. Nesse sentido, criou-se uma vertente dentro da assistência farmacêutica, como intuito de valorizar esse momento da prática profissional e, dessa forma, humanizar os cuidados farmacêuticos.

O Conselho Regional de Farmácia de São Paulo (CRF-SP) define a farmácia clínica de seguinte maneira:

A Farmácia Clínica como uma área da farmácia voltada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar e prevenir doenças. O Farmacêutico Clínico está apto a identificar sinais e sintomas, implementar, monitorar a terapia medicamentosa e orientar o paciente, atuando em conjunto com outros profissionais de saúde visando a efetividade do tratamento. Exige um amplo conhecimento em práticas terapêuticas, aliado a capacidade de julgamento e tomada de decisão.

Entretanto, é ponto pacífico que essa realidade ainda está muito longe do que se observa na prática da assistência farmacêutica, e esse descompasso entre a necessidade de um uso mais consciente de medicamento na teoria e o uso irrestrito na prática, gera inúmeras consequências. Como salienta Aquino (2008):

A proposta de alívio imediato do sofrimento, como em um passe de mágica, é um apelo atraente, mas tem seu preço. Este preço nem sempre se restringe ao desembolso financeiro e pode ser descontado na própria saúde. Os requisitos para o uso racional de medicamentos são muito complexos e envolvem uma série de variáveis, em um encadeamento lógico. Para que sejam cumpridos, devem contar com a participação de diversos atores sociais: pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio, governo. (AQUINO, 2008)

Dessa forma, evidencia-se a necessidade do processo de aproximação do farmacêutico, profissional de saúde, com o paciente no sentido de transformar o tratamento em um trabalho personalizado levando em consideração a complexidade do ser a ser cuidado e o contexto que ele está envolvido, com a intenção de otimizar o tratamento de diferentes formas, pela compatibilidade farmacológica, pela adesão, pela realidade sociocultural.

Então, a evidenciação de que, dentro das ciências modernas, temos as ciências da saúde e, dentro das ciências da saúde, temos as ciências farmacêuticas. Penetrando um nível mais, pode-se depreender que, dentro das ciências farmacêuticas, existe a subárea da assistência farmacêutica, que engloba a “Farmácia Clínica” (a qual constrói sua própria definição se referindo

à ideia de um “uso racional de medicamentos”). Sendo esta, portanto, uma representante conceitual desta racionalidade científica moderna, a qual será a esmiuçada adiante.

3.4 Uso racional de medicamentos

Na Conferência Mundial sobre o Uso Racional de Medicamentos, em Nairóbi, no Quênia, em 1985, ficou estabelecido o conceito de “Uso Racional de Medicamentos (URM)”, sendo que existe uso racional quando os pacientes recebem medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses adequadas a suas particularidades individuais, por período de tempo necessário e com baixo custo para eles e para sua comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1987).

Segundo João (2010), a Portaria nº 3.916/98, do Ministério da Saúde, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos, tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Assim, segundo o autor:

Com esse intuito, suas diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais e as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação. O direito à assistência farmacêutica, como parte integrante do direito social à saúde, também, é instituído no ordenamento jurídico como um direito social. De acordo com os artigos 6º e 7º da Lei Orgânica da Saúde, a assistência terapêutica e farmacêutica deve ser garantida integralmente aos cidadãos brasileiros, de acordo com o princípio da integralidade de assistência. (JOÃO, 2010)

Segundo Aquino (2008), na intenção de minimizar os danos dessa realidade, o Ministério da Saúde do Brasil criou o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos por meio da Portaria no 427/07 para atender a recomendação da OMS. O Comitê desenvolverá ações estratégicas para

melhorar a qualidade e segurança na utilização dos medicamentos e para ampliar o acesso da população à assistência farmacêutica.

Segundo o Vice-Presidente do Conselho Federal de Farmácia (CFF) em 2010, Walter da Silva Jorge João,

“...uso racional de medicamentos é definido como um processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o conjunto de doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. (JOÃO, 2010)

O autor apresenta que o “Uso Racional de Medicamentos” (URM) pode ser entendido também como um conjunto de práticas que incluem:

- (1) a escolha terapêutica medicamentosa adequada;
- (2) a indicação apropriada deste medicamento;
- (3) a inexistência de contraindicação ;
- (4) a mínima probabilidade de reações adversas;
- (5) a dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos;
- (6) a adesão ao tratamento pelo paciente; e
- (7) o seguimento dos efeitos desejados e de possíveis reações adversas consequentes do tratamento.

Com relação aos gestores, pode-se incluir ainda

- (8) a revisão anual da RENAME e obrigar os Estados e Municípios a atualizarem, em suas listagens, os medicamentos já avaliados pela Anvisa/Ministério da Saúde (Medicina Baseada em Evidências);
- (9) a atualização dos protocolos terapêuticos baseados na Medicina em Evidências;

(10) o acesso, aos profissionais da saúde, de educação continuada em saúde baseada em evidências, e dos protocolos terapêuticos;

(11) a realização, em parceria com os Estados e Municípios, de introdução e implementação do Uso Racional de Medicamentos;

(12) a oferta aos usuários do sistema educação continuada em prevenção de doenças e “Uso Racional de Medicamentos”. Além disso, ele destaca que o Conselho Federal de Farmácia já inseriu, nos seus regulamentos, a prática do Uso Racional de Medicamentos pelos farmacêuticos.⁷

Uma classe de medicamentos que pode gerar consequências muito graves no plano individual e coletivo, é o de antimicrobianos. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na prática, o “Uso Racional de Medicamentos” no que se trata de prescrição de antimicrobianos, compreende no processo, de: (1) prescrição apropriada, (2) a disponibilidade oportuna e preços acessíveis, (3) dispensação em condições adequadas, (4) o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos, pelo período indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. Enquanto, no uso inadequado, são: (1) uso de muitos medicamentos por paciente, sem indicação, (2) uso frequente de antimicrobianos em posologia inadequada ou para infecções não bacterianas, (3) uso excessivo de injetáveis, quando há disponibilidade de formas farmacêuticas orais apropriadas, (4) prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas, (5) automedicação feita de forma inapropriada, frequente com medicamentos vendidos com prescrição.

⁷ “O Conselho Federal de Farmácia já inseriu, há muito tempo, nos seus regulamentos, a prática do Uso Racional de Medicamentos pelos farmacêuticos. Entre as inúmeras resoluções já editadas, podemos citar:

- Resolução 308, de 2 de Maio de 1997: Dispõe sobre a assistência farmacêutica em farmácias e drogarias.
- Resolução nº 417, de 29 de setembro de 2004: Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica.
- Resolução nº 449, de 24 de outubro de 2006: Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Resolução nº 477, de 28 de maio de 2008: Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências.
- Resolução nº 499 de 17 de dezembro de 2008: Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) também tem editado Resoluções que preveem a prática do uso racional de medicamentos, nos estabelecimentos de saúde. Como exemplo, podemos citar a recente Resolução - RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências”. (JOÃO, 2010)

É indiscutível que o papel do farmacêutico é fundamental para a concretização do uso racional de medicamentos, ele pode contribuir de diversas formas nesse processo, que inclui uma complexa rede de envolvidos, em ações em prol da saúde, como afirma Melo e Castro (2017), sobre um estudo a respeito:

A atuação do farmacêutico apresentou resultados estatisticamente significativos na redução da falta de medicamentos; melhora da qualidade da prescrição (com aumento do número de prescrições atendidas); redução do número de medicamentos prescritos entre os pacientes em seguimento farmacoterapêutico; e, comparando-se os anos 2010 e 2011, as recomendações de mudanças na farmacoterapia passaram a ter maior nível de aceitação. O farmacêutico contribuiu efetivamente para o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. (MELO e CASTRO, 2017)

No entanto, apesar de tantas políticas para garantia da segurança de paciente e atuação mais efetiva do farmacêutico clínico, a realidade se apresenta bastante diferente, como salienta Aquino (2008):

Pelo menos 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil são feitos através de automedicação. Os medicamentos respondem por 27% das intoxicações no Brasil e 16% dos casos de morte por intoxicações são causados por medicamentos. Além disso, 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente, e os hospitais gastam de 15 a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso dos mesmos. (AQUINO, 2008)

Dessa forma, nesta mesma lógica, surgem com os questionamentos típicos ou clássicos: como fazer com que o uso racional de medicamentos seja uma realidade em nosso país? Será que as políticas que esta sendo implementadas são suficientes? Será que o farmacêutico atua com sua potencialidade em prol desse objetivo? Será que existem outras formas de otimizar o uso de medicamentos?

Mas sem desconsiderar a importância, relevância e pertinência destas questões clássicas, mas exytrapolando seus limites, afim de construir também um questionamento sobre a própria concepção “Uso Racional de Medicamentos”, refletindo agora sobre: é possível um uso de medicamentos que considere não apenas a racionalidade biomédica hegemônica? Por que não abarcamos do uso de outras racionalidades para essa finalidade?

5. PRÁTICAS VITALISTAS

As práticas de produção de cuidado que não estão dentro da racionalidade que acabamos de descrever no capítulo anterior como racionalidade científica moderna da biomedicina, ou seja, as práticas não hegemônicas de cuidado, foram chamadas por muitas décadas como “alternativas”, “medicina alternativa”, “esotéricas”, “medicina natural”, “naturismo”, “medicina ancestral”, “medicina popular”, “benzedadeiras”, “garrafadas”, “plantas medicinais” dentre inúmeros outros termos. Em especial, a partir do Código Civil e Penal brasileiro do início do século XX, também encontramos a denominação de “charlatanismo” e “curandeirismo”, como criminalização das práticas de cuidado que não seguissem a racionalidade científica moderna.

No entanto, a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) de 2006, consagrou-se o termo “Práticas Integrativas”, “Medicina Integrativa”, termo que já vinha sendo consagrado anteriormente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “Integrative Medicine”. Ao se estudar em seguida as racionalidades que embasam e estruturam estas práticas constata-se como elas se fundamentam conjuntamente em uma perspectiva “vitalista”, por isso podendo ser chamadas genericamente de “práticas vitalistas de cuidado”.

“Práticas Vitalistas” ainda é um termo incomum na área de saúde assim como para a população comum. Normalmente utilizamos o termo “Práticas Alternativas” que posteriormente popularizou como “Práticas Integrativas” ao entrar no repertório de serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entre tanto, Luz (2012), denomina como práticas vitalistas, aquelas que promovem vitalidade, característica comuns as práticas, e assim se tornam sistematizadas de forma mais esclarecedora, do que quando comparado com os nomes anteriores, que só as separavam das práticas de cuidados hegemônicos.

Nesse sentido, a nossa sociedade vem compreendendo e construindo saúde a luz da racionalidade científica moderna, caracterizada no capítulo anterior, denominada como biomedicina.

Poderíamos designar cultura médica, podemos perceber que esta é profundamente naturalizada, e que a biomedicina, forma de saber erudito que constrói desde o século XVII a medicina ocidental contemporânea (LUZ, 1998), é assumida como única portadora de racionalidade, nessa cultura, é assimilada à cultura científica. (LUZ, 2012, p.18)

No entanto, no ocidente no início da década de 1980, Luz (2012) e colaboradores estudaram a lógica terapêutica da homeopatia, com alvorecer no início do século XIX, e perceberam que ela apresentava uma racionalidade distinta da racionalidade científica moderna. A homeopatia apresenta características mais comuns as práticas orientais dos que as do ocidente.

A fim de compreender as racionalidades que regem outros sistemas de saúde, diferentes do hegemônico, mas sob a metodologia do mesmo, a autora propôs comparar os elementos que ela considerou como base de qualquer racionalidade médica.

Sendo eles todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (provisoriamente definida como anatomia), uma dinâmica vital (provisoriamente definida como fisiologia), uma doutrina médica (definidora do que está doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. Posteriormente, no início da segunda fase tornou-se evidente que uma sexta dimensão, a cosmologia, embasava todas as dimensões das diferentes racionalidades médicas (LUZ, 2012, p.19).

Desse estudo, ela elaborou o quadro a seguir, que resume o universo de cada uma das racionalidades terapêuticas, a partir dos pontos básicos comuns de qualquer racionalidade médica:

Quadro-resumo comparativo das racionalidades médicas						
Medicina Ocidental Contemporânea	Física Newtoniana (lássica) implícita	Teoria(s) da casualidade da doença e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Semiologia anamnese, exame físico e exames complementares	Medicamentos, cirurgia, prevenção
Medicina Homeopática	Cosmologia Ocidental Tradicional: (Alquímica) e Clássica (Newtoniana) Implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita): Fisiologia dos sistemas: Fisiologia do medicamento e adoecimento	Semiologia anamnese de desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individuais. Diagnóstico clínico	Medicamento higiene (física e mental)
Medicina tradicional Chinesa	Cosmogonia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teoria do "Yin-Yang" e das "cinco fases (ou elementos)" e seu desequilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais	Teoria dos "canais" meridianos e dos pontos de acupuntura ("corpo sutil"), Teoria dos órgãos e das víceras ("corpo orgânico")	Fisiologia dos "sopros vitais" (Qi). Fisiologia dos órgãos; Dinâmica "Yin-Yang no organismo e com o meio ambiente	Semiologia anamnese do desequilíbrio Yin-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio no sujeito.	Higiene, Exercícios, Artes, Meditação, etc... Dietética; fitoterapia, massagens, acupuntura e moxabustão
Medicina Ayurvédica	Cosmologia Indiana (Geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais ("tridoshas") nos sujeitos individuais	Teoria dos vários corpos ("denso" e "sutis") Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos	Fisiologia "energética" (circulação do prana e das demais energias nos corpos). Equilíbrio tridosha	Semiologia: "anamnese do desequilíbrio dos tridoshas". Sistema de observação dos oito pontos". Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos	Dietética: Técnicas de eliminação e purificação. Exercícios: loga, meditação, etc..) Massagens, Fitoterapia; medicamentos

Tabela 1: Quadro-resumo comparativo das racionalidades médicas (Fonte: LUZ, 2012, p.22)

Esse quadro resume conhecimentos milenares de forma comparativa, o que facilita a compreensão entre as racionalidades médicas. Além disso, na explicação da autora, ele se torna ainda mais interessante:

...tendendo a constituir-se, ou pretendendo constituir-se em um sistema de proposições potencialmente verdadeiras, isto é, verificáveis de acordo com os procedimentos da racionalidade científica, assim como de intervenções eficazes face ao conhecimento humano. (LUZ, 2012, p.27)

No mundo ocidental, temos a tendência a naturalizar conhecimentos baseados na ciência, isto é, tratá-los como se não tivessem origens, ou como se essas origens não impregnassem permanentemente o desenvolvimento até o presente momento, como se aquele conhecimento fosse apenas funcional, sem carregar interesses políticos, recortes históricos e subjetividades.

Dessa forma, pode gerar a falsa impressão e o anseio insaciável por inovações, e tudo aquilo que remete ao passado, fica caracterizado como obsoleto, atrasado. Essa visão torna o conhecimento limitado e pontual, desconsiderando suas construções históricas e culturais, não compreendendo que existe uma ponte entre o passado e o futuro, dinâmica e transitória e, portanto, todo o saber, inclusive o popular, deve ser considerado e valorizado.

Nesse sentido, considerando esses outros sistemas médicos, a autoria supracitada aponta para um novo paradigma:

A descoberta de um paradigma transcultural que poderíamos denominar de bioenergético, ou vitalista, comum às medicinas homeopáticas, tradicional chinesa e ayurvédica, por oposição a um outro biomecânico, característico da medicina ocidental contemporânea (biomedicina). (LUZ, 2010, p. 32)

Um traço transcultural identificado durante pesquisa da autora foi além das cinco dimensões fundamentais dos sistemas médicos, a existência de uma cosmologia (ou visão do mundo). Na medicina ocidental científica, o modelo cosmológico é a física newtoniana, sobretudo em seus aspectos marcadamente mecânicos. Dessa forma, podemos compreender uma grande diferença entre as práticas vitalistas e a biomedicina: A biomedicina, a categoria central é a doença, patologia; no segundo, o das medicinas vitalistas, a categoria central dos sistemas é a saúde, equilíbrio (como sinônimo de harmonia vital). (LUZ, 2012, p.33)

Sendo assim, a medicina ocidental vem ao longo do tempo tentando sistematizar e classificar doenças, síndromes, sintomas e buscar uma explicação causal para o fenômeno. A biomedicina vem voltando sua atenção para os conhecimentos sobre doenças, em detrimento da arte de curar. A eficácia terapêutica é entendida como vitória sobre a doença e controle da morte. Nesse contexto o médico, assim como outros profissionais de saúde, passou a ser um combatente da morte e não um aliado da vida. (LUZ, 2012, p.34)

Em contrapartida, como afirma a autora supracitada, as práticas vitalistas apresentam maiores valores para a compreensão do ser humano como um todo, portanto a especificidade de seu tratamento, a arte da cura. Para tanto, uma contribuição valiosa das práticas vitalistas para a biomedicina é a riqueza de detalhes da semiologia, sendo capaz de identificar muito mais características do indivíduo e relacioná-las, a fim de um diagnóstico mais preciso e um tratamento mais eficaz.

Cabe ressaltar, que cada uma das práticas vitalistas apresenta seus próprios métodos semiológicos e de condutas terapêuticas, sendo cada um específico. Entretanto, comumente na sociedade ocidental consideramos como um saber único, produzindo ‘fusões sincréticas’ como define a Madel Luz (2012), em consenso com a ideia moderna de racionalidade de um sistema acabado, sem abertura para outros tipos de saberes.

Dessa forma, selecionamos um desses sistemas médicos para aprofundar nos aspectos apresentados, que constitui uma das racionalidades em questão, para garantir a noção de complexidade e especificidade de cada uma das práticas vitalistas.

4.1 Ayurveda

O mais antigo sistema de cura do mundo, a Ayurveda – do sânscrito *ayarm*, vida, *veda*, conhecimento - começou a se desenvolver na Índia cerca de 6 mil anos antes de Cristo. Dessa época datam as comprovações científicas até hoje descobertas pelos arqueólogos. A medicina ayurvédica tem suas raízes em tradições muito antigas, grande parte das quais transmitia os seus conhecimentos oralmente. Ao começar a aparecer na forma escrita, o Ayurveda passou a ter uma grande dívida com para com o budismo, cujo o advento se deu no início no século VI a.C. Muitos médicos ayurvédicos notáveis, se tornaram budistas e muitos monges budistas passaram a ser

cronistas do desenvolvimento da Ayurveda. Dentro da Índia e, posteriormente, em terras estrangeiras, como Ceilão (Sri Lanka) o Tibete e a China, o que aconteceu em paralelo com as excursões missionárias desses monges. (NINIVAGGI,2015, p.48)

Suas bases são o entendimento do ser humano como um conjunto corporemente-espírito e o preceito de que só há saúde no equilíbrio desses elementos. A causa de todas as doenças é o acúmulo de toxinas- *ama*, em sânscrito. Adotando medidas para eliminar as toxinas existentes e prevenir o aparecimento de novas, o ser humano terá saúde no verdadeiro sentido da palavra- não apenas ausência de doença. Também denominada como ciência da longevidade, a ayurveda não só se preocupa em acrescentar anos a vida, mas sim, de adicionar vida aos nossos anos. Esse processo se dá ensinando-nos a respeitar os ritmos da natureza e evitar tudo que possa gerar toxinas. A saúde, ou a falta dela, é vista como resultado das nossas ações diárias. Ou seja, é o espelho de nossos sentimentos, pensamentos e relacionamentos cotidianos. (DE LUCA, 2007, p. 28)

No meio da afobação de cada dia, muitas vezes nem nos damos conta da postura do nosso corpo, dos pensamentos que se atropelam na mente, das emoções que estão fazendo agir de uma forma ou de outra. Esse é um arremedo de vida – porque viver de verdade é desfrutar o momento presente, é estar inteiro no aqui e no agora. Dessa forma, podemos dirigir cada ato, palavra e pensamento para gerar saúde. (DE LUCA, 2007, P. 27)

O sistema médico ayuverda ultrapassa os limites do conhecimento científico e trata de questões filosóficas e/ou religiosas. As atitudes cotidianas são tidas como sagradas. Toda filosofia, está baseada no *Sankhya*, atribuído a Kapila, em um período incerto antes ou depois de cristo.

a) o universo está alicerçado numa insolúvel dicotomia de “mônadas vitais” (*purusha*) e matéria inanimada (*prakruti*); b) “a matéria” (*prakruti*), embora seja essencialmente simples, não composta, se apresenta ou se manifesta sob três aspectos diferenciados (chamados *guna*) comparáveis aos três fios de uma mesma corda; c) cada uma das “mônadas vitais” (*purusha*) associada à “matéria” (*prakruti*) está envolvida na trama de uma interminável “ronda de transmigração” (*samsāra*) (ZIMMER apud LUZ, 2012, p. 158)

Nesse sentido, havia uma compreensão de uma estreita conexão entre o Homem e Universo, e que assim a energia cósmica se manifesta em todas coisas animadas e inanimadas, na forma de energia masculina e feminina (*Shiva* e *Shakriti*). Assim, tudo tem manifestação polar Espírito x Matéria, Inércia x Movimento. *Purusha* é a energia feminina, passiva, sem forma. *Prakruti* é a energia masculina, criadora, ativa. (LUZ, 2012, p. 159)

A primeira manifestação de *Prakruti* é a Inteligência Cósmica (*Mahad*), também chamada *Buddhi*, que no homem está presente como “inteligência pura” ou “eu superior”, também chamado de princípio búdico, e representa a capacidade de percepção, a habilidade de perceber entre a realidade e a ilusão (Lad, 1990; Bontempo, 1992). Obedecendo as leis da evolução, a inteligência cósmica se projeta em direção aos mundos materiais, dando origem ao Ego ou *Ahankara*. É o sentido do “Eu sou”, que se manifesta no ser humano através de um estado de consciência mais grosseiro, denominado *Manas* ou mental inferior, que representa nossa autoimagem, nosso universo particular. Com a ajuda ou através da qualidade *sattva*, o Ego se manifesta através das cinco faculdades dos sentidos e dos cinco órgãos motores, criando o universo orgânico. O mesmo Ego se manifesta através dos cinco elementos básicos e, com a ajuda da *guna tamas*, cria o universo inorgânico. (LUZ, 2012, p. 159)

Trindade Hindu			
SATTVA	Essência	Nascimento	“Brahma” (“O Criador”) (Criatividade Potencial)
RAJAS	Movimento	Vida	“Vishnu” (“O Protetor”) (Força Protetora)
TAMAS	Inércia	Morte	“Shiva” (“Transformador”) (Força Destrutiva Potencial)

Tabela 2: Sistema “trigue” as qualidades básicas, os ciclos de vida e as principais deidades hindus. (LUZ, 2012, P. 160)

O ayurveda aponta para uma vida em harmonia com a Inteligência Cósmica, através da qual uma vida em harmonia com a Natureza, sendo possível mergulhar no domínio do espírito (ou *purusha*). Daí o conceito de que a saúde é harmonia e que a doença é gerada por um distanciamento da Natureza. Todas as doenças são consideradas desequilíbrios ou desarmonias. (LUZ, 2012, p. 159)

Dessa forma, a ayurveda considera o equilíbrio dos elementos, e assim da natureza, a reconexão com estado mais puro, e, portanto, saudável. Enquanto o deslocamento desse estado, doença, como bem define a autora:

A teoria dos cinco elementos ou princípios básicos construtivos do Universo – éter (espaço), ar, fogo, água e terra – representa a essência do conhecimento ayurvédico. Diversos tratados ayurvédicos explicitam a estreita correspondência que existe entre o Macrocosmo, universo ou Natureza e o Microcosmo, o Homem. A ciência ayurvédica vê o corpo humano e suas experiências sensoriais como manifestação da energia cósmica expressa através dos cinco elementos básicos. As concepções fisiológicas a medicina se estabelecem em função desta teoria. O homem é um Microcosmo, isto é, um universo em si mesmo. Sua existência individual é indivisível da manifestação cósmica total (macrocosmo). Um adágio tântrico diz: assim como é no macrocosmo, é no microcosmo'' (JOHARI, apud LUZ, 2012, p.160) .

Elementos Densos									
Ar	Éter	Éter	Ar	Éter	Fogo	Éter	Água	Éter	Terra
Fogo		Fogo		Ar		Ar		Ar	
Água		Água		Água		Fogo		Fogo	
Terra		Terra		Terra		Terra		Água	

Tabela 3: Elementos densos. (LUZ, 2012, p.161)

Todos elementos são possuidores dos outros elementos, mas apresentam um em maior evidência aparente. Os elementos são possuidores de características intrínsecas que compõem a essências deles.

O éter é experimentado como som, o ar como algo tangível, o fogo como cor e forma, a água como sabor e a terra como odor, cada elemento denso (sendo um composto dos cinco) afeta todos os sentidos (ZIMMER apud LUZ, 2012, p.161).

Os cinco elementos cósmicos estão presentes no corpo humano, e outros seres, e se manifestam segundo três princípios, ou *humores*, chamados *tridoshas*: De acordo com a teoria que fundamenta a medicina Ayurvédica existem três *doshas* no corpo humano, denominamos *vata*, *pitta* e *kapha* (LUZ, 2012, p. 162).

1. Pitta – princípio corporal do fogo, manifesta-se a partir dos elementos água e fogo;
2. Kapha – princípio corporal da água, se manifesta a partir dos elementos água e terra.
3. Vata – princípios corporais do vento, manifesta-se a partir dos elementos ar e éter;

Estes três elementos dirigem todas as funções biológicas, psicológicas e fisiológicas do corpo da mente e da consciência. (LUZ, 2012, p. 162)

A compreensão do conceito *vata-pitta-kapha*, sistema *tridosha*, na medicina indiana é fundamental para compreensão da racionalidade médica, uma vez que a constituição do indivíduo determina para quais doenças ele tem maior predisposição. As perturbações de saúde são devidas as desarmonias entre os três *doshas*. Assim, o balanceamento entre os *tridoshas* é condição necessária para a saúde e o equilíbrio. Estes três elementos dirigem todas as funções biológicas, psicológicas e fisiológicas do corpo, da mente e da consciência. (LUZ, 2012, p. 162)

O desequilíbrio dos três elementos (*tridoshas*) afeta a resistência natural do corpo e o sistema autoimune, propiciando o aparecimento das doenças. Há, portanto, uma conexão clara entre os hábitos, a alimentação, o meio-ambiente e as desordens emocionais. A deterioração dos “*humores*” no corpo denso cria toxinas que circulam e se acumulam nas zonas debilitadas. A raiz de todas as doenças é a toxemia (*ama*), sendo numerosas as causas de desenvolvimento da toxemia. (LUZ, 2012, p. 163)

Assim, os melhores agentes da saúde, são aqueles que equilibram os humores, a constituição da pessoa e o seu psiquismo, dessa forma, não só faz desaparecer os sintomas mórbidos como reforça as defesas naturais do corpo. (LUZ, 2012, p. 163). Sendo assim, “a causa das doenças vem ao mesmo tempo do corpo e do espírito e da má utilização [...] das faculdades mentais e sensoriais”. (caraka Samhitã, cap I, livro I, apud LUZ, 2012, p.163)

Na ayurveda, acredita-se que a normalidade deva ser avaliada individualmente, pois cada constituição humana manifesta sua forma própria e particulares de reagir frente as “*provocações*” internas e externas. Nesse sentido, a ayurveda ensina que um mal já está em estágio avançado quando finalmente aparecem os sintomas no corpo físico. Isso porque os três primeiros estágios das

doenças não manifestam fisicamente, e sim no nível da consciência. E são seis estágios de doenças segundo De Luca (2007):

1. Acumulo

Como resultado de escolhas incoerentes, começamos a acumular ama em nosso organismo. A causa do desequilíbrio pode estar em ambientes, alimentos ou relacionamentos tóxicos, por exemplo.

2. Agravamento

Se o acumulo de toxinas progride, o organismo começa a ter suas funções energéticas distorcidas, ainda em nível sutil.

3. Disseminação

O desequilíbrio se alastra, a pessoa passa a ter sintomas genéricos de que algo está errado, como fadiga ou desconforto generalizado.

4. Localização

O desequilíbrio se localiza em alguma área de nossa fisiologia. A área escolhida é propensa a acolher um mal, seja por trauma ou por herança genética.

5. Manifestação

Se o processo continua, uma óbvia disfunção é gerada, como artrite, uma angina, uma infecção.

6. Erupção

Totalmente instalada, a doença manifesta plenamente (DE LUCA, 2007, p. 157)

Segundo o autor, para a ayurveda são quatro elementos-chaves para a manutenção da saúde, responsáveis por desacelerar os processos de doenças, são eles:

- *Agni* forte: o fogo digestivo
- *Ojas* em grande quantidade: o alimento sutil da vida, ou seiva da vida
- *Ama* em pequena quantidade: toxina
- *Srotas* desobstruídos: os canais circulatórios (DE LUCA, 2007, p. 87)

A noção de coexistência, em seres vivos, é de mais de um corpo, compreendendo um corpo denso, material (físico, orgânico) e outro sutil, imaterial (‘‘áurico’’), nos permite postular neste sistema a existência de mais de uma morfologia que concerne aos corpos ‘‘físico’’ e ‘‘sutil’’. O corpo sutil é composto dos cinco elementos fundamentais cósmicos, os quais ainda não passaram pelo processo de ‘‘grossificação’’, é construído de outras partes: os

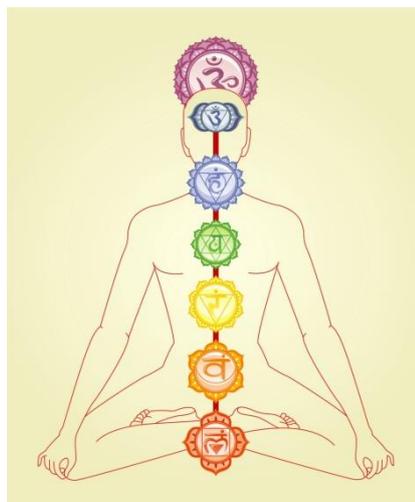
cinco órgãos de percepção, os cinco órgãos de ação, os cinco granas, a mente e o intelecto”. (LUZ, 2012, p. 165)

Os cinco órgãos da percepção são: ouvidos, a pele, os olhos, a língua e o nariz. As deidades que presidem os órgãos da percepção, são: o Espaço (ou éter), a deidade dos ouvidos; o Ar, na pele; o Sol, dos olhos; a Água, da língua; o Gêmeo, do nariz. O objeto (de experiência) da pele e a percepção do tato. O objeto (de experiência) do olho é a percepção da forma (e cor). O Objeto (de experiência) da língua é a percepção do paladar. O objeto (de experiência) do nariz é a percepção do cheiro (Sri Shankana, apud LUZ, 2012, p. 165).

Por ser uma cultura muito antiga, é comum apresentar mais de uma interpretação sobre o mesmo assunto. Outros autores apontam para a existência de sete corpos: corpo físico, corpo astral, corpo mental, corpo búdico, nirvânico, monádico, divino. (LUZ, 2012, p.165). No entanto, a existência de corpos sutis, além do corpo físico é algo comum. Assim considerando a existência do corpo sutil novos conceitos se tornam fundamentais para essa compreensão.

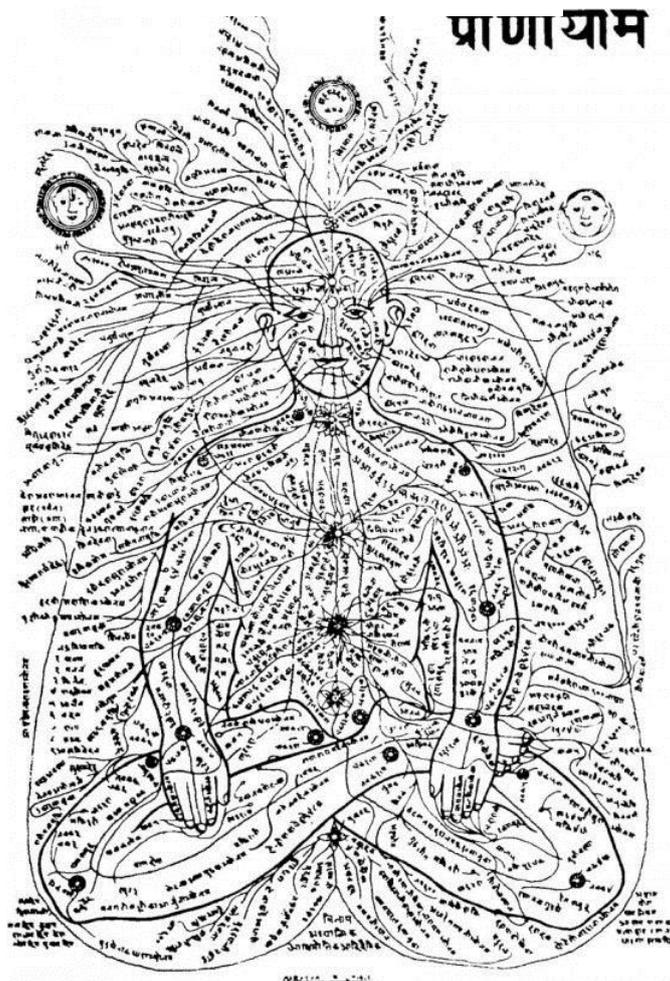
A palavra, chakra, em sânscrito significa “roda”, círculo” ou “disco” giratório. Os Chacras “são centro psíquicos que não podem ser descritos sob o ponto de vista fisiológico” (johari, 1992) constituem-se centros de energia ou de atividade da força vital (*prana*) e estabelecem entre corpo denso e corpo sutil. O papel dos chacras neste processo, como vórtice de energia, parece ser o de servir de ponto de conexão pelos quais flui de um corpo para o outro. A palavra *nadis* vem da raiz sânscrita, que significa “corrente”, “movimento”, podendo ser traduzidas como canais por onde circulam as energias. (LUZ, 2012, p.167)

Figura 3: Representação dos Chakras



Fonte: Medium

Figura 4: Mapa de Nadis



Fonte: Ograndejardim

Dessa forma, quando ocorre uma desordem, considerando todos os corpos do ser, no balanceamento dos *tridoshas*, os tecidos vitais mais importantes são

- 1) Plasma (*rasa*) – contém nutrientes oriundos da digestão e nutrem todos os tecidos, órgãos e sistemas;
- 2) Sangue (*ratka*) – governa a oxigenação em todos os tecidos e órgãos vitais e mantém a vida;
- 3) Tecido muscular (*mansa*) – cobre os órgãos vitais, executam os movimentos das articulações e mantém a força física do corpo;
- 4) Tecido adiposo (*meda*) – mantém a lubrificação e a oleosidade de todos os tecidos;
- 5) Ossos (*asthi*) – dá suporte às estruturas do corpo;
- 6) Medula e nervos (*majja*) – preenche os espaços dos ossos e conduz os impulsos motores e sensoriais;
- 7) Tecidos reprodutores (*shukra*) tecidos responsáveis pela reprodução. (LAD apud LUZ, 2012, p. 169)

Elementos Relacionados					
Elementos	Sentidos	Órgãos dos Sentidos	<i>Gunas</i>	Ação	Órgãos da Ação
ÉTER	Audição	Ouvido	Som	Falar	Língua
AR	Tato	Pele	Toque	Pegar	Mãos
FOGO	Visão	Olhos	Cor e Forma	Caminhar	Pés
ÁGUA	Paladar	Língua	Sabor	Procriar	Órgãos Genitais
TERRA	Olfato	Nariz	Cheiro	Excretar	Ânus

Tabela 4: relaciona elementos, os sentidos, órgãos específicos, e suas funções. (LUZ, 2012, p. 170)

Baseado ainda em Lad, vemos que *vata*, princípio corporal do vento, pode ser caracterizado como uma energia sutil que governa os movimentos biológicos (movimentos dos músculos e tecidos, pulsações do coração, expansão e contração, impulsos das células nervosas, etc.) e também governa as emoções tais como o nervosismo, medo, ansiedade, angústia, tremores e espasmos. O intestino grosso, a cavidade pélvica, os ossos, a pele, o ouvido, e as coxas são locais do *vata*. *Pitta*, princípio ígneo, governa a digestão absorção, assimilação, nutrição, metabolismo, temperatura do corpo, coloração da pele, brilho dos olhos e também a inteligência e a compreensão psicologicamente, Pitta provoca a raiva, o ódio, o ciúme. O intestino delgado, estômago, sangue, glândulas sudoríparas, tecido adiposo, olhos e pelo são locais do *pitta*. *Kapha*, princípio aquoso, proveniente dos elementos terra e água, responde pela estrutura física do corpo, força vigor e resistência natural dos tecidos. *Kapha* lubrifica as articulações, ajuda a cicatrizar feridas, auxilia a retenção da memória, dá energia ao coração e aos pulmões e mantém a imunidade. Psicologicamente *kapha* é responsável pela afetividade, simpatia avidez ou ganância, inveja, bem como indica tendências para a tranquilidade, o perdão e o amor. O tórax é o lugar do *kapha*. (LUZ, 2012, p.171)

O método ayurvédico de diagnóstico se compõe de anotações de exames de observações e entrevista sobre os sintomas da doença, e as circunstâncias de seu aparecimento, a fim de se descobrir a origem e o mecanismo geral da produção dos distúrbios de saúde. Existem muitas maneiras de um “humor” se manifestar de forma patológica, ocorrendo sobretudo por:

- (i) Acumulação humoral – que se produz quando um humor se estagna em um determinado lugar do corpo; por exemplo uma pessoa que consomem muitos alimentos lácticos e gordurosos vai aumentar o *kapha* no corpo;
- (ii) Provocação humoral – devido a influência externas climáticas tende-se a acentuar este ou aquele potencial mórbido de um humor;
- (iii) Pacificação humoral – um alimento ou um tipo de clima pode acalmar ou reduzir um humor, provocando a cura ou trazendo perturbações. (LUZ, 2012, P.175).

O diagnóstico se efetua, seguindo esses parâmetros de base, em dois momentos, podendo haver variações conforme as demandas:

- a) Análise da constituição individual: consiste na análise de diferentes aspectos da constituição física e psíquica do indivíduo; com o objeto de determinar sua constituição básica. Cabe ressaltar que não existe um tipo "puro"; cada pessoa apresenta um ou mais humores dominantes e a saúde resulta do estado de equilíbrio dos três humores do corpo.
- b) Sistema dos oito pontos: permite estabelecer um diagnóstico rápido dos estados dos três humores e consiste na observação dos seguintes aspectos:
 - Controle do pulso – pega-se o pulso ao longo da artéria radial (mão direita para os homens e mão esquerda para as mulheres); e o pulso "cisne" (*kapha*) – lento, forte, constante, estável, leve, regular, morno;
 - Controle dos olhos – nas perturbações dos ventos os olhos são secos e muito móveis; no fogo os olhos são vermelhos e as vezes ardentes ou inflamados; nos distúrbios da água, os olhos são úmidos e purulentos;
 - Controle das orelhas: frias ao toque indica perturbações do vento e da água; quentes indicam perturbações do fogo;
 - Controle da pele: pele seca indica perturbações do vento; pele quente do fogo; fria e gordurosa, perturbações da água;
 - Controle da língua – nos distúrbios do vento a língua se apresenta escura, fissurada, gosto ácido-acre na boca; nos distúrbios do fogo, apresenta uma camada amarelada ou vermelha, e gosto amargo na boca; a saliva abundante e a língua descorada indicam perturbações d'água;
 - Controle da boca e da voz – a cor dos dentes (escuro=distúrbios do vento; amarelos=distúrbios do fogo; claros=distúrbios da água) assim como o timbre da voz são indicativos de alterações nos humores;
 - Controle das fezes – fezes de cores escuras frequentemente duras e ásperas indicam distúrbios do vento; de cor amarelada, distúrbios do fogo; claras e pálidas, perturbações da água;
 - Controle da urina – cor amarelo-pálida; às vezes marrom escura: perturbações do vento; cor amarela, as vezes vermelha: perturbações do fogo; cor pálida ou turva: perturbações da água. (Luz,2012, p.177)

O principal objeto das técnicas de intervenção terapêutica é equilibrar os *doshas* no corpo através da menor ingestão/produção e da eliminação das toxinas. A primeira preocupação é limpar ou purificar o organismo antes da administração da medicação. Os principais métodos denominados *panchakarma* são os seguintes:

- a) O vômito provocado;
- b) A purgação (oleação interna externa);
- c) Os enemas medicados;
- d) O tratamento ou lavagem nasal
- e) A purificação do sangue. (LUZ, 2012, p.178)

Que devem ser tratados com os seguintes métodos:

Alimentação ou dieta terapêutica (dietética); Plantas medicinais (fitoterapias); medicamentos à base de plantas, óxidos metálicos, animais;

- a) Massagem terapêutica;
- b) Meditação (os *mantras* e seu papel);
- c) Exercícios físicos e respiratórios (*yoga, asanas e pranayamas*). (LUZ, 2012, p.179)

Assim, para o reequilíbrio do estado de saúde, são projetadas ações diárias que contemplam as práticas citadas anteriormente, conforme o desequilíbrio momentando de cada indivíduo. Por exemplo, se uma pessoa está com um desequilíbrio no terceiro chakra, o do plexo solar ou umbilical, também chamado de *Manipura*, um desequilíbrio do elemento fogo. Quando em excesso recomenda-se utiliza-se de menos cuidados que estimulem esse elemento (alimentação, asanas, exercícios respiratórios e etcmarin), e aumentar os elemntos que estão em falta. Em contra partida, quando o desequilíbrio é pela falta de algum elemento, deseja-se que aumente os cuidados que gerem ele, e manere nos que estam em excesso. Dessa forma, pode-se considerar segundo Lad, 1984; Edde, 1985, a plena saúde para a medicina ayurvédica:

- (i) Os três “*humores*” (*doshas*) devem estar balanceados no corpo;
- (ii) O fogo digestivo (*agni*) devem estar corretos;
- (iii) Os sete tecidos vitais (*dhatu*s) (reprodutor, cérebro e nervos, ossos, gorduras, músculos, sangue e plasma) devem estar em equilíbrio;
- (iv) As secreções e excreções (fezes, urina e suor) do organismo devem estar ocorrendo normalmente;
- (v) Os órgãos do sentido devem estar funcionando normalmente;
- (vi) O corpo, a mente e a consciência devem estar trabalhando harmoniosamente com unidade (LUZ, 2012, p.180).

Sendo assim,

a medicina ayurvédica, a capacidade qual o indivíduo tem de autocurar-se constitui um dos conceitos básicos desta racionalidade médica, razão pela qual os médicos procuram primeiro auscultar o sistema de defesa natural do organismo do doente para ajudá-lo a luta contra a agressão da qual ele é objeto, de maneira que possa vencê-la por suas próprias forças (LUZ, 2012, p.180).

Assim encerra aqui a descrição deste exemplo de uma outra “racionalidade médica”, melhor chamada atualmente de “racionalidades da saúde”. A partir deste exemplo pode ficar bem claro que outras racionalidades, que não a biomedicina, também possuem e desenvolvem seus sistemas de conhecimento

e reconhecimento da realidade, do mundo, do viver e do adoecer, seus sistemas diagnósticos e terapêuticos.

A partir desta constatação pode-se pensar então que considerar que só existe uma razão única no mundo, a racionalidade científica moderna, e que todas as outras formas de pensamento e conhecimento são “irracionais”, é um reducionismo, um etnocentrismo, um logocentrismo que desrespeita e empobrece a visão de mundo.

5. DISCUSSÃO

Como foi apresentado no capítulo dois desse trabalho, a racionalidade médica científica ocidental é caracterizada pela apropriação exploratória da natureza e pela explicação causal dos fenômenos. Essa racionalidade é absolutamente dominante em sua essência e em suas práticas, sendo muitas vezes inquestionável o agir médico. Como descreve (SANTOS, 1988):

Sendo um modelo global, a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que se não pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas. (SANTOS, 1988)

No Brasil, durante o processo de colonização e até os dias de hoje, as culturas indígenas e africanas foram historicamente negadas, por possuírem outras racionalidades, que não cumprem as exigências metodológicas da racionalidade científica moderna. Assim, a concepção de saúde e o agir clínico também ficam subjugados a esse crivo como salientam os autores:

A temática das práticas terapêuticas através de curandeiros, barbeiros e outros agentes populares tem sido objeto de análise de diversos estudos mais recentes. Novas pesquisas demonstram o papel destes personagens – detentores de saber popular – atuando ao longo do século XIX aparentemente invisíveis, tais protagonistas da *arte de curar* eram temas frequentes nas discussões entre médicos e acadêmicos. Citados em periódicos, entre um misto de preconceito e denúncia, ou perseguidos pela polícia, curandeiros/feiticeiros tinha a confiança da população, especialmente escrava, livre e pobre. Houve contextos em que seus serviços foram usados pelo governo e requisitados pelos setores sociais mais abastados. Talvez seja

possível argumentar que a distância, que tanto pode ter favorecido a expansão da prática de cura locais, no período colonial, não seja a única explicação para a permanência de uma cultura terapêutica popular no Brasil pós colonial. (BARBOSA; GOMES, 2016, p. 292)

Posteriormente, no ocidente, com o desenvolvimento da burguesia e a consolidação da sociedade mercantilizada, a racionalidade biomédica passou a servir ao capital, assim como outras áreas de conhecimento (LUZ, 2012). O foco das pesquisas na área da farmácia não se volta ao melhoramento da qualidade de vida do paciente, mas sim ao lucro, ou seja, à criação de demandas e de consumidores de determinados serviços e produtos, como salienta o autor:

Esta já esteve na passagem do período de uma medicina mais mercantil e de um profissional mais liberal, e constitui um período dos processos de produtivos em saúde que se expressam na qualificação dos profissionais cada vez mais em torno de núcleos especializados, restringindo-os, num crescente, à produção de um procedimento específico (um exame laboratorial, um ato clínico, etc). (MERHY, 2014, p. 28)

Assim como a oferta de medicamentos é ilimitada, variando entre medicamentos novos, similares, genéricos, de diferentes formas farmacêuticas, para doenças conhecidas, com ou sem medicamento eficiente, assim como para novas doenças. Não é por acaso, que as pessoas têm feito mau uso, cada vez maior da quantidade e da potência de medicamentos.

Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2009, mais de 26% do total de intoxicações registradas pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica em atividade no Brasil tiveram os medicamentos como os agentes tóxicos. Foram 26.753 casos de intoxicação causadas por medicamentos, sendo que 12,87% destes casos tiveram como circunstâncias de intoxicações as seguintes condutas: automedicação; erro de administração; abuso; uso indevido; ou uso terapêutico, totalizando 5363 casos de intoxicação por medicamentos nessas circunstâncias. Os óbitos causados por intoxicação por medicamentos, nesse período, totalizaram 71 casos, representando 17% do total de óbitos por intoxicação. (JOÃO, 2010)

Ainda segundo a OMS, pode-se relacionar esses dados de diferentes formas, para compreender e analisar o uso indiscriminado de medicamentos, como afirma autor:

Contudo, o uso irracional de medicamentos não é uma prática exclusiva do Brasil, sendo, portanto, prática mundial. Abaixo, seguem informações da OMS, sobre este hábito que ocorre em muitos países:

- 25 a 70% do gasto em saúde, nos países em desenvolvimento, correspondem a medicamentos, em comparação a menos de 15% nos países desenvolvidos.
- 50 a 70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa.
- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente.
- 75% das prescrições com antibióticos são errôneas.
- 2/3 dos antibióticos são usados sem prescrição médica em muitos países.
- 50% dos consumidores compram medicamentos para um dia de tratamento.
- Cresce constantemente a resistência da maioria dos microrganismos causadores de enfermidades infecciosas prevalentes.
- 53% de todas as prescrições de antibióticos nos Estados Unidos são feitas para crianças de 0 a 4 anos. (AQUINO, 2008)

Complementando, segundo João (2010):

A OMS estima que, no mundo, mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente, e que metade dos pacientes não os usa, corretamente. Portanto, é gasto muito dinheiro que, ao invés de benefícios, pode trazer sérios riscos à saúde. (JOÃO, 2010)

Dessa forma, fica evidente o uso inapropriado e a relação pouco saudável e racional com os medicamentos alopáticos que o consumidor/paciente estabelece, como denomina Marx (1988) sobre o fetichismo da mercadoria.

Cordeiro afirma que os medicamentos ocupam o lugar de símbolos e representações que obscurecem os determinantes sociais das doenças, iludem os indivíduos com a aparência de eficácia científica e, como mercadoria, realizam o valor e garantem a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial. (AQUINO, 2008)

Dessa maneira, com o desenvolvimento do capitalismo neoliberal, consolidado pelo processo de globalização, como denomina Bauam (2008), tornamo-nos uma sociedade de consumidores: “A ‘sociedade de consumidores’ é um tipo de sociedade que se interpela seus membros, ou seja, dirige-se a eles, os saúda, apela a eles, questiona-os, mas também os interrompe basicamente na condição de consumidores”. (BAUMAM, 2008, p. 70)

Nesse sentido, o neoliberalismo não é apenas uma ideologia, um tipo de política econômica. É um sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida. (DARDOT; LAVAL, 2016)

Dessa forma, nos acostumamos a estabelecer as relações de cuidado de forma comercial, deslocando a essência do agir em saúde de foco, de forma tão rotineira e acrítica, que muitas vezes nem nos questionamos ou refletimos sobre. Essa relação com a mercadoria torna-se, de forma dialética, um processo mais generalizado e inespecífico, devido o desenvolvimento da globalização. Perdemos elementos de nossas subjetividades, tornando-os cada vez menos perceptivo com nossas emoções e sentimentos. Por outro lado, cada vez mais enquadrado em padrões de rendimento e também de sofrimento.

É cada vez mais fácil, para qualquer um, reconhecer-se em um conjunto de signos clínicos dotados de valor diagnóstico. A globalização do capital gerou também uma globalização de maneiras de sofrer. Seria esse um efeito da expansão de uma mesma forma de vida, que carrega atitudes tratadas como mercadoria? Ou deveríamos pensar que a exportação dos tipos de sofrimento, das codificações sintomáticas e das grandes narrativas sobre o mal-estar faz hoje, de modo renovado, a função suplementar aos antigos dispositivos de colonização? A forma-mercadoria do sofrimento prepara o terreno ou lida com os efeitos secundários da devastação das formas de vida tradicionais? (DUNKER, 2015, p. 23)

Nessa perspectiva, acredita-se que o fisiológico se torna algo controlável, assim como a natureza. Desse modo, não é difícil perceber a crescente demanda por uma resposta otimizada e, ao mesmo tempo, desumanizada do desempenho humano relacionado ao maior desempenho, em uma visão mecanicista do ser humano.

Até que ponto o uso de substâncias que aumentam a performance laboral, sexual ou educacional está de fato suprimindo um sintoma e onde começa a extração de mais-valor comportamental? Qual é o limite que separa o uso de substâncias que tratam sintomas de substâncias que criam um superavit de desempenho, quando falamos em indutores de sono, agentes calmantes, supressores de respostas de ansiedade ou relaxantes musculares? Qual é o ponto em que este mal-estar requer um esforço hermenêutico necessário de nomeação e, portanto, de reconhecimento do sofrimento para além do sintoma? (DUNKER, 2015, p. 23)

Nesse sentido, a indústria farmacêutica se torna um alvo de grande interesse do capital, criando e recriando demandas acerca da falta de percepção do seu próprio corpo, do paciente/cliente que se torna um consumidor acrítico, criando um estado de bem-estar utópico. Dessa forma, não ocorre um processo de empoderamento de seu processo de cura, ou de sua balança individual saúde-doença, pelo contrário, ele se torna cada vez mais alienado e dependente desse processo.

Em 2004-5, o Comitê de Saúde da Câmara Britânica dos Comuns Examinou a indústria de medicina em detalhes e descobriu que sua influência era enorme e fora de controle. Descobriram uma indústria sobre médicos, instituições de caridade, grupos de pacientes, jornalista e políticos, e cuja regulação é fraca ou ambígua, às vezes. Além disso, o Departamento de Saúde não é apenas responsável pelo serviço nacional de saúde, mas também por representar os interesses da indústria farmacêutica. O relatório do comitê deixou claro que reduzir a influência da indústria, seria bom para todos, inclusive para a própria indústria, que poderia concentrar-se no desenvolvimento de novos medicamentos em vez de corromper médicos, organizações de pacientes e outros. O relatório também dizia que necessitamos de uma indústria que seja conduzida pelos valores dos seus cientistas, não pela equipe de comercialização, isso é, a crença de que cada problema requer um comprimido. (GOTZSCHE, 2016, p.35)

Nesse sentido, observa-se que as várias relações comerciais que se sustentam pelo comércio da saúde e da beleza apresentam inter-relações mais profundas e obscuras, como salienta o autor:

O único padrão da indústria é o dinheiro e a quantidade de dinheiro que você ganha para a empresa decide o quão bom você é. O suborno é rotineiro e envolve grandes quantidades de dinheiro. Quase todos os tipos de pessoas que podem afetar os interesses da indústria foram subornados: médicos, administradores de hospital, ministros de Estado, inspetores de saúde, autoridades alfandegárias, avaliadores de tributação, autoridades de registro de medicamentos, inspetores da fábrica, autoridades para definição de preços e partidos políticos. Na América Latina, cargos como ministros da saúde são avidamente procurados, pois esses ministros são quase invariavelmente ricos com a riqueza proveniente da indústria de medicamentos. (GOTZSCHE, 2016, p 37).

Dessa forma, o autor ainda acrescenta:

É assustador quantas semelhanças existem entre esta indústria e o crime organizado. O crime organizado ganha quantias obscenas de dinheiro, como a indústria. Os efeitos colaterais do crime organizado são matanças e mortes, e os efeitos colaterais são os mesmos nesta indústria. O crime organizado suborna políticos e outros, e assim faz a indústria farmacêutica. (GOTZSCHE, 2016)

Pode-se perceber que existe uma forma hegemônica de se fazer saúde, tanto pública quanto privada, que serve ao capital, como apresenta o autor:

(...) em suas análises, têm demonstrado como o confronto entre defensores de um serviço público versus um privado não consegue dar conta da situação real vivida de hegemonia do projeto neoliberal médico, por este se reproduzir micro politicamente em todos os lugares e momentos de produção de atos em saúde. Indicando que isso põe o movimento diante do desafio do saber operar a gestão dos estabelecimentos de saúde e dos processos de trabalho de uma outra maneira. Anti-hegemônica, em relação ao projeto médico liberal. (MERHY, 2014, p. 33)

Em contrapartida, as práticas cuidados de uma forma geral, na sua essência não apresentam características mercadológicas. As práticas vitalistas, mantêm essa característica quando seus elementos constitutivos são respeitados em seu uso. A prática de cuidados é compreendida de forma desvinculada às relações comerciais. Nesse aspecto, elas rompem essa logística e estabelecem outras formas de relações de tratamento. Quando o medicamento deixa de ser mercadoria e passa a ser uma intervenção criadora, o tratamento deixa de ser um negócio e passa a ser um encontro, e o paciente deixa de ser um consumidor e passa a ser um ator de seu próprio processo de cura.

No intuito da valorização, disseminação e dar credibilidade a essas práticas, há 12 anos, o Sistema Único de Saúde oferta, em seu hall de atividade, “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (PICS). Em 2006, houve a implementação de Acupuntura (Medicina Chinesa), Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo. Em 2017, foi a vez de entrarem na lista a Arteterapia, a Ayurveda, a Biodança, a Dança Circular, a Meditação, a Musicoterapia, a Naturoterapia, a Osteopatia, a Quiropraxia, a Reflexoterapia, o Reiki, a Shantala, a Terapia Comunitária Integrativa e a Yoga. E, em 2018, foram incluídas a Apiterapia, a Aromaterapia, a Bioenergética, a Constelação Familiar, a Cromoterapia, a Geoterapia, a Hipnoterapia, a Imposição de Mãos, a Ozonioterapia e a Terapia Florais. O somatório de todas essas práticas contabiliza 29 diferentes modalidades.

Atualmente, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde estão presentes em 76% dos municípios brasileiros, e em 100% das capitais. São 4.213 municípios que ofertam atendimentos em PICS no primeiro semestre de 2017, totalizando 15.236 estabelecimentos de saúde no país. Foram mais de 2 milhões de pessoas atendidas com PICS no primeiro semestre, conforme o relatório da CNPICC/MS.

Sendo assim, o objetivo se torna integralizar essas práticas ao sistema de saúde, no que diz respeito aos níveis de atenção do setor de saúde, infraestrutura, profissionais capacitados, acolhimento, relacionamento curador-doente e à eficácia da ação terapêutica.

A integralidade constitui um grave problema para a biomedicina, cujo saber esquartejou o doente e centrou sua ação nas "doenças biomédicas". Aí, a integralidade está tanto mais bloqueada quanto mais especializada no ambiente. A atenuação desses bloqueios passa pela periferia dos círculos especializados e pelo trabalho em equipes multidisciplinares, traduzidos no SUS, acertadamente, como prioridade para a atenção primária ou básica. (LUZ, TESSER, 2008)

Normalmente quando se pensa nas PICS, visualiza-se sua integralidade junto à atenção primária, seja vinculando a Unidade Básica de Atendimento (UBS), ou outros locais de atenção primária, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ou extrapolando esses espaços pré-estabelecidos para saúde e criando novas formas de relacionar com a saúde da comunidade. De fato, nesse nível de cuidado, as PICS são bastante eficientes como tratamento e também como profilaxia, evitando o surgimento e agravamento de muitas doenças, fortalecendo hábitos saudáveis no contexto em que está inserido. Entretanto, não pode se esquecer que seu uso também possui o caráter complementar, ou seja, podem ser utilizadas simultaneamente a outros tipos de tratamento, podendo ser bastante eficazes na atenção secundária e terciária, como descrito em alguns artigos⁸, como, por exemplo, no tratamento do câncer. Segundo o Ministério da Saúde as Práticas Integrativas estão distribuídas na Atenção Primária (78%), em média complexidade (18%) e em atenção hospitalar de alta complexidade (4%).⁹

⁸ Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/issue/view/www.jmphc.com.br>>

⁹ Disponível em: <<http://mtci.bvsalud.org/pt/consorcio-academico-2/>>

Cabe ressaltar, ainda, que a inserção das PIC no SUS segue o modelo da racionalidade biomédica, a qual rege o sistema. Dessa forma, foi preciso enquadrar as outras racionalidades, para atender às premissas exigidas. Para tanto, observa-se uma desvalorização das filosofias referentes, fazendo uma releitura das PICS mais mecanizada e funcional. Além de enquadrá-las em categorias independentes, o que não condiz com a complexidade e completude de alguns sistemas de saúde com Ayurveda, yoga e meditação.

Dessa forma, para ser considerado uma racionalidade em saúde, para os autores:

Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia. (LUZ, TESSER, 2008)

Na análise de Luz (2012), algumas características são comuns às racionalidades vitalistas e acrescentam à racionalidade biomédica elementos fundamentais para uma compreensão mais ampla dos processos de saúde e doença. O primeiro deles é a riqueza da anamnese, o detalhamento da semiologia e, conseqüentemente, da compreensão individual do estado que o indivíduo se encontra. Outro ponto em comum entre as práticas vitalistas é a percepção do corpo energético, o qual é desconsiderado pela biomedicina, ignorando práticas de curas mais sutis, assim como as agressões externas.

Outro elemento chave na diferença dessas racionalidades é que as práticas vitalistas voltam sua atenção para arte de curar, tornando um processo personalizado para cada situação aumentando a qualidade de vida do paciente, enquanto a biomedicina volta sua atenção para eliminação de doenças e adiamento da morte por processos protocolados, muitas vezes descontextualizados e impessoais. A última diferença é crucial no papel que entende-se de curador e de paciente. Se, na racionalidade biomédica, o

tratamento fica exclusivamente a cargo da leitura do médico, nas práticas vitalistas, o paciente passa por um processo de empoderamento de seu estado de saúde e de possíveis tratamentos e profilaxias, buscando a autocura.

Dessa forma, como o conceito do “Uso Racional de Medicamentos” atualmente, estamos muito aquém da sua potencialidade se abarcar outras racionalidades além da biomédica. Evidentemente que o papel de farmacêutico e todas as condutas que minimizem e otimizem o uso de medicamentos são fundamentais na construção desse conhecimento. Entretanto, desconsideramos que muitos dos sofrimentos poderiam ser eliminados ou minimizados se fossem tratados isoladamente ou concomitantemente com outros tratamentos.

Dessa forma, contribui-se ainda mais com o objetivo do ‘Uso Racional de Medicamentos’, empoderando o paciente, aumentando a segurança dos tratamentos, aumentando a eficácia do tratamento, diminuindo o tempo de tratamento, diminuindo o uso de medicamentos, diminuindo os gastos¹⁰ com medicamentos, em um plano macro e micro de saúde coletiva.

Para contemplar essas deficiências, elaboramos uma logística terapêutica, para a clínica farmacêutica poder orientar de forma racional outros saberes, com um olhar mais holístico. Cabe ressaltar que essa é apenas uma proposição, não estática, como descrito anteriormente do uso concomitante ou profilático:

¹⁰ Acupuntura reduz custo de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios em mais de 30% em Unidade Básica de Saúde. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130133.pdf> >

FLUXOGRAMA DE LOGÍSTICA FARMACÊUTICA

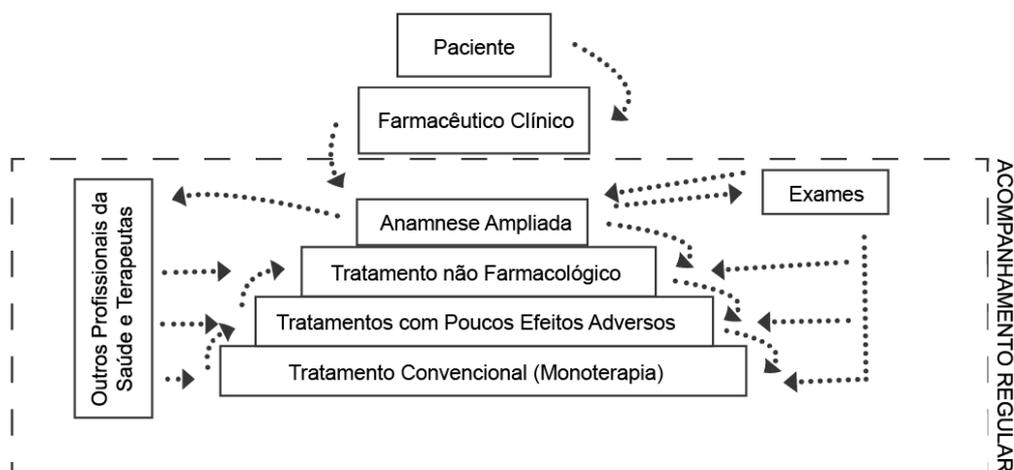


Figura 5: Proposta de fluxograma de logística farmacêutica (Fonte: Acervo Pessoal)

Dessa forma, percebe-se que os medicamentos alopáticos e a racionalidade que regem seu uso compõem em uma parte da potencialidade do serviço prestados pela farmácia clínica, nesse sentido podemos observar que

A medicina alopática está grande parte fundada no paradigma da doença. Isto significa que uma vez desenvolvida uma doença, nós procuramos amenizar os sintomas ou curar doenças. Sem dúvida, a medicina moderna vem obtendo conquistas incontestáveis: o desenvolvimento obtido com novas drogas, a melhoria de técnicas cirúrgicas e novos métodos de imagens conseguiram, de forma incrível, melhorar a qualidade de vida de centenas de pacientes no mundo. De forma, diferente, a medicina preventiva tenta atuar sobre os fatores que podem produzir doença ou melhorar o estado de saúde. É possível intervir em diferentes níveis, com prevenção primária, secundária e terciária. (LIPTON, 2007, p. 76)

Sendo assim, percebemos a necessidade do resgate e valorização dos saberes populares, aproximando-os dos conhecimentos biomédicos, sem que sejam submetidos a sua racionalidade, ou seja, valorizando sua filosofia, forma de ver o mundo e etc. Uma boa forma de dar vasão a esse entrelace é institucionalizar as disciplinas obrigatórias desse conhecimento, assim como a PNPICS¹¹ sugere. Dessa forma, poderia ter mais profissionais com conhecimentos em mais racionalidades, mais capazes de entender e melhorar nosso sistema de saúde, uma vez que

Concordamos com A. Ponci e reafirmamos que a educação não é um fenômeno isolados das demais políticas sociais. Não ocorre por acaso,

11 Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>

discutido ou acidente, ela integra de modo orgânico as formas de difusão de uma determinada mentalidade, hegemonizando as vontades, os hábitos e criando uma certa coesão social. (SOAREA, 2004. p.34).

Dessa forma, a educação nos diferentes níveis, mas especialmente a educação formal, tem o papel de libertar o aprendiz. O conhecimento deve ser utilizado como um instrumento desse processo, para proporcionar uma vida para o educando e para a comunidade local mais justa e feliz. A educação, por si só possui o papel transformador, e para tanto é preciso entender nosso modelo de vida, questiona-lo e recria-lo. A educação em saúde não é diferente, o grande objetivo também é gerar autonomia ao educando, como afirma Paulo Freire (1996), mas nesse caso o agente de saúde, em diferentes contextos, deve se atentar para essa responsabilidade e desenvolver estratégias adequadas a realidade local.

Nesse sentido afim de formalizar e legitimar esse tipo de saber esta sendo criada uma rede colaborativa de pesquisadores e instituições de pesquisas de todo o Brasil para concretizar a criação do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa, área que combina medicina convencional e abordagens complementares e integrativas com base em evidências científicas. Mais de 300 pesquisadores de 58 universidades públicas e privadas de todo o Brasil, que possuem produção científica na área, irão trabalhar juntos com instituições internacionais de pesquisa para ampliar e divulgar a sistematização de evidências científicas para profissionais de saúde, gestores e população em geral. O Consórcio brasileiro está vinculado à Rede Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas das Américas (Rede MTCl Américas), que integra 14 países em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, o consórcio tem como missão aumentar a visibilidade e o acesso às evidência científicas, além de articular e apoiar pesquisas, editais e estratégias de qualificação da saúde integrativa nacional e internacionalmente¹².

¹² Disponível : < <http://mtci.bvsalud.org/pt/consorcio-academico-2/>>

6. CONCLUSÃO

Como abordado nos capítulos anteriores, a práxis em farmácia clínica vem adquirindo, ao longo do tempo, aspectos de humanização a fim de otimizar a atuação desse profissional, gerando mais instrumentalização em sua atuação, para cumprir com a maior das suas responsabilidades, que é a garantia da saúde e do bem-estar do paciente. Com base em estudos teóricos e práticos, essa área de conhecimento vem desenvolvendo e recriando condutas, protocolos, valores etc. O conceito “Uso racional de medicamentos” é uma das produções dessa tendência, que visa à segurança do paciente e fomenta todo potencial legal do farmacêutico clínico.

Entretanto, como apresentando, dentro da área de farmácia clínica e também sobre o conceito “Uso racional de medicamento” não há nenhuma menção sobre o uso de práticas integrativas, na logística das condutas clínicas farmacêuticas, no que se considera como o objetivo e a finalidade dessa área. Dessa forma, os saberes populares desvalorizados pelo profissional farmacêutico clínico, ficando a cargo de um interesse pessoal, a título de curiosidade, em lugar de haver uma política que garanta o direito ao conhecimento.

Essa relação distante e fria entre as práticas vitalistas e os profissionais de saúde, especialmente o farmacêutico, se dá pelo negligenciamento da racionalidade científica moderna ocidental, que rege e delimita o que consebe-se como verdade e mentira, científico e místico, aceitável ou duvidoso, inclusive sobre nossa própria concepção de ser, de felicidade, de saúde e de existência. Por outro lado, não faltam experiências de cura e de saúde chamadas “milagrosas”, porque o conhecimento científico não consegue explicar.

Evidente que o fenômeno da vida, da saúde e do bem-estar estão além do que a ciência consegue comprovar hoje em dia, ou até mesmo a religião. Os seres humanos são compostos de muitas subjetividades e de questões geopolíticas que interferem na saúde constantemente. Essa compreensão se passa também pelo resgate dos saberes populares, valorizando a origem dos conhecimentos, recriando-os de forma respeitosa, crítica e contextualizada.

Nessa compreensão, em determinado momento da história ocidental, quando a burguesia ganha ascensão econômica, a prática de cuidados, que sempre foi um ritual valorizado na humanidade, passa a ter novos valores, agregado ao econômico, o qual se torna mais uma mera mercadoria da sociedade capitalista. Esse novo significado recria a forma como viemos relacionando com as práticas de cuidados e, cada vez mais, elas se adequam a atributos e conveniências típicos de uma sociedade consumista.

Hoje em dia, é quase impossível dissociar alguma prática de cuidado, ou medicamento, com o seu valor comercial. Isso ocorre porque o valor de compra é determinante da aquisição desse serviço/mercadoria, sendo muitas vezes não acessível, por esse motivo determinando o uso ou não de determinado tratamento. Ou seja, ocorre a distorção da função primordial do agente responsável pelo cuidado seja o curandeiro ou o farmacêutico clínico, priorizando outros elementos nessa troca terapêutica.

Por essa razão, o processo de empoderamento do paciente se torna cada vez mais necessário. Primeiro, para ele compreender as ondulações de seu próprio equilíbrio saúde-doença, percebendo o que lhe gera estados de mais desequilíbrio e de maior equilíbrio, a fim de tomar as melhores escolhas cotidianamente, tratando o paciente como parte fundamental do processo de cura, não mais como apenas alguém dependente de serviço ou produto. O objetivo é tornar constante esse estado da busca de saúde, e não apenas no momento de crise. Dessa forma, diminuiriam consideravelmente os gastos com

práticas de cuidados, não tornando a economia um limitador de processos de saúde.

Assim, desloca-se socialmente os elementos que compõem essa relação comercial, normalmente, muito pouco questionados, mesmo se tratando de saúde. Quando o medicamento deixa de ser mercadoria e passa a ser uma intervenção criadora, o tratamento deixa de ser um negócio e passa a ser um encontro, e o paciente deixa de ser um consumidor e passa a ser um ator de seu próprio processo de cura. Consequentemente resgata-se o cerne da responsabilidade do farmacêutico clínico, com o manejo do processo saúde do paciente/cliente/ator/usuário, acima de outros valores.

Se engloba na atuação farmacêutica o conhecimento, a consideração de alguma ou várias das 29 práticas integrativas legitimadas pelo SUS, ou outras práticas de cuidados fundamentados, podemos estar cumprindo algumas das premissas do “Uso racional de medicamentos”, como a menor utilização de medicamentos, diminuindo o custo com medicamentos etc. Dessa forma, propomos uma logística terapêutica considerando como filtro de prioridade para as escolhas, os cuidados com menores riscos a saúde, como a “porta de entrada” nos tratamentos/prevenção e utilizando concomitantemente, ou de forma exclusiva, aumentando as potências e os riscos dos medicamentos/intervenções, conforme a falta de resposta positiva pelo paciente em uso. Evidente que esse não é um modelo estático e que cada situação é única, sendo ele apenas um norte para a atuação clínica em farmácia englobando outras racionalidades, além da científica.

Sendo assim, esse estudo pretendia, humildemente, levantar alguns pontos de discussão, discrepantes da prática e da teoria clínica, muito evidentes na vida cotidiana. Entretanto, essas questões esbarram em conceitos muito enraizados em nossa cultura, que determinam e recriam não apenas a nossa atuação profissional, mas também nossa percepção de mundo.

Portanto, é apresentado aqui uma expansão da abrangência do “Uso Racional de Medicamentos”, considerando que se neste “uso racional” reconhece apenas a racionalidade científica biomédica, desconsiderando uma série importante de recursos terapêuticos extremamente válidos e confiáveis, apresentados pelas “práticas integrativas de saúde” e suas racionalidades vitalistas, que certamente poderão compor proveitosamente um “uso plurirracional de medicamentos”, com mais efetividade, eficiência e eficácia.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Legislação sobre a propaganda e a prescrição de antimicrobianos. II Uso Racional de Medicamentos.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos_aude/controlere/rede_rm/cursos/rm_controlere/opas_web/modulo2/uso.htm> . Acesso em: 02/05/2018.

AQUINO D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.13.Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700023> . Acesso em: 01/04/2018.

BARBOSA, K. O.; GOMES, F. **Escravidão, Doenças e Práticas de Cura no Brasil.** Ed Outras Letras. Organização: Tânia Salgado Pimenta e Flávio Gomes. Rio de Janeiro. 2016.

BAUMAN, Z. **Vida para o consumo: A transformação das pessoas em mercadoria.** Editora ZAHAR. Rio de Janeiro.2008.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Farmácia Clínica: mais do que um conceito, uma prática essencial.** Acesso em:29/05/2018. Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/component/phocadownload/category/31-comissao-de-farmacia-clinica-informativos.html>>

DARDOT, P.; LAVAL C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.** ED. Boitempo. 1 edição. São Paulo. 2016.

DE LUCCA, M. **Ayurveda – Cultura de bem-viver.** Ed. De Cultura. São Paulo. 2007.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma.** Ed. Boitempo. 1 edição. São Paulo. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** Ed. Paz e Terra. São Paulo, 1996.

GAZETANEWS. Disponível em: <https://gazanews.com/prozac-ou-nao-prozac-este-e-dilema-viver-bem/>. Acesso em: 01/12/2018

GOTZSCHE, P. **Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica**. Ed. Bookman. Porto Alegre .2016.

HEPLER; STRAND. *Ooportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. **Am J Hosp Pharm**. Mar 1990. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2316538>>. Acesso em: 03/08/2018. (tradução autor).

JOÃO, W. S. J. Reflexões sobre o Uso Racional de Medicamentos. **Pharmacia Brasileira** nº 78 - Setembro/Outubro 2010. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/128/015a016_artigo_dr_walter.pdf> Acesso em: 01/08/2018.

LIPTON, B. H. **A biologia da crença: ciência e espiritualidade na mesma sintonia; o poder da consciência sobre a matéria e os milagres**. Ed. Butterfly, São Paulo, 2007.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna**. 2ed. Revista/Madel T. Luz.- São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

LUZ, M. T. **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro, 2012.

MARÍN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro. OPAS/OMS; 2003.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Trad: Reginaldo Sant'anna. Ed. Bertrand Brasil S.A.v. 1 ed. 12, Rio de Janeiro.1988.

MEDIUM. Disponível em: < <https://medium.com/@anapaulacoelho/chakras-e-tantrismo-f19a0bb93f30>>. Acesso em: 02/12/2018

MELO, D. O. e CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2017, vol.22, n.1, pp.235-244. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.16202015>>. Acesso em: 02/02/2018.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Ed. Hucitec. 4 edição. São Paulo. 2014.

_Ministério da Saúde (MS). Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS). Departamento de Atenção Básica (DAB) **Monitoramento dos sistemas de informação da AB e MAC – Uma sistematização dos dados nacionais de PICS para o 1º semestre de 2017**. Brasília. 2018.

NINIVAGGI, F. J. **Saúde integral com medicina ayurvédica: o guia completo para ocidentais da tradicional escola de medicina indiana**. Ed. Pensamento. São Paulo. 2015.

OGRANDEJARDIM. Disponível em: < <https://ograndejardim.com/2015/04/29/nadis-os-meridianos-da-energia-do-corpo/>> Acesso: 03/12/2018

SOARES, C. **Educação Física raízes europeias e Brasil**. Campinas. 2004.

SOUZA, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. av.** vol.2 no.2 São Paulo. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340141988000200007> .Acesso em: 12/04/2018.

SOUZA, L. A. C. **Efeito da prática de yoga sobre os parâmetros antropométricos, laboratoriais e clínicos de mulheres no climatério**. Tese (Mestrado em Análises Clínicas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto. 2017

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100024> Acesso em: 23/08/2018.

World Health Organization. **The Rational use of drugs: report of the conference of experts**. Nairóbi. 25-29 november 1985. Geneva: WHO; 1987. (tradução autor).

ANEXOS



Uso de medicamentos, qual racionalidade?

Ana Barbosa Zanoti¹, Ricardo L N Moebus²,

1. Professora de Educação Física, Instrutora de Yoga e Graduada em Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

2. Médico e Professor, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

IESPICS
I Encontro Suldeste de Práticas Integrativas
e Complementares em Saúde

Para tentar regular, otimizar, disciplinar, orientar, controlar, uniformizar, padronizar o uso dos medicamentos alopáticos de forma geral no contexto da racionalidade biomédica científica ocidental, foi construído, desde a década de oitenta do século XX, o conceito de "uso racional de medicamentos".

Sendo uso racional "quando os pacientes recebem medicamentos apropriados as suas necessidades clínicas, em doses adequadas a suas particularidades individuais, por período de tempo necessário e com baixo custo para eles e para sua comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1987).

Acontece que este conceito e sua respectiva operacionalização, que em geral fica a cargo do campo da Farmácia ou da "farmácia clínica" ou do "farmacêutico clínico", desconsidera todas as outras racionalidades colocadas para o campo da saúde pelas chamadas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS.

Até o momento já sendo reconhecidas pelo próprio Ministério da Saúde do Brasil oficialmente 29 (vinte e nove) destas práticas integrativas, como recursos aprovados para serem utilizados no Sistema Único de Saúde – SUS.

Sendo assim, a repercussão positiva de tais tratamentos integrativos cria a necessidade de repensar e redimensionar o uso dos medicamentos alopáticos, pois pode haver redução/otimização deste uso quando associado a tais práticas, de forma sinérgica, complementar ou integrativa como o próprio nome indica.

Portanto, podemos concluir que o conceito restrito de "uso racional de medicamentos" baseado exclusivamente na racionalidade biomédica científica ocidental fica ultrapassado, necessitando pensarmos em um "uso pluriracional ou multiracional dos medicamentos", sejam alopáticos ou não.



Figura 1: Yoga para mulheres no climatério - UFOP



Figura 2: Plantas Medicinais - Escola Estadual de Ouro Preto



REFERÊNCIAS

- LUZ, M. T. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 2ed. Revista/Madel T. Luz. - São Paulo: Editora Hucitec, 2004.
- LUZ, M. T. Racionalidades e práticas integrativas em saúde. Rio de Janeiro, 2012.
- MARX, K. O Capital: crítica da economia política. Trad: Reginaldo Sant'anna. Ed. Bertrand Brasil S.A.v. 1 ed. 12. Rio de Janeiro, 1988.
- MERRY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Ed. Hucitec. 4 edição. São Paulo, 2014.
- Ministério da Saúde (MS). Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS). Departamento de Atenção Básica (DAB) Monitoramento dos sistemas de informação da AB e MAC - Uma sistematização dos dados nacionais de PICS para o 1º semestre de 2017. Brasília, 2018.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. Ciênc. saúde coletiva, vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200800100024> Acesso em: 23/08/2018.
- World Health Organization. The Rational use of drugs: report of the conference of experts. Nairôbi, 25-29 november 1985. Geneva: WHO, 1987.

Contato: anazanoti@hotmail.com e ricardo.moebus@gmail.com

Figura 6: Pôster para apresentação acadêmica.



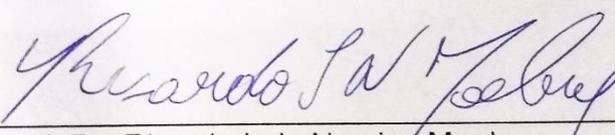
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia



CERTIFICADO DE CORREÇÃO

Certifico que a discente **Ana Barbosa Zanoti**, número de matrícula 13.1.2170, defendeu a Monografia intitulada **“Uso racional de medicamentos e outras racionalidades na produção do cuidado”**, em 28 de Novembro de 2018 e **REALIZOU TODAS AS CORREÇÕES REQUERIDAS PELA COMISSÃO AVALIADORA.**

Ouro Preto, 21/11 2018



Prof. Dr. Ricardo Luiz Narciso Moebus
(Orientador)
(DEMISC-EM-UFOP)