

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL MESTRADO

ALEXANDRE JOÃO APPIO

DINÂMICA SOCIAL DA AUTOMEDICAÇÃO

SÃO LEOPOLDO
2012

Alexandre João Appio

DINÂMICA SOCIAL DA AUTOMEDICAÇÃO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos.

**Orientadora:
Adriane V. Ferrarini**

**SÃO LEOPOLDO
2012**

Folha de Aprovação

Alexandre João Appio

DINÂMICA SOCIAL DA AUTOMEDICAÇÃO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos.

Aprovado em **29/02/2012**

BANCA EXAMINADORA

Adriane Vieira Ferrarini – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Nadir Lara Junior - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Ricardo Vianna Martins– Universidade Federal de Santa Maria

AGRADECIMENTOS

Todas as conquistas na vida só são possíveis porque pessoas o possibilitam, nos dando a direção e o aporte: colegas, amigos, professores, orientadores, financiadores, entre outras várias. Como seres sociais, a interdependência é tão presente que passa-nos as vezes despercebida.

Mas algumas pessoas merecem um agradecimento especial, visto sua importância para a realização deste trabalho. Inicialmente, agradeço a Escola de Saúde Pública, vinculada a Secretaria da Saúde do Estado, que com a iniciativa de efetivamente investir na qualificação das pessoas de seu quadro, possibilitou-me com seu financiamento, a finalizar este curso.

Agradeço muito a minha orientadora, Adriane Ferrarini, que soube transformar, em inúmeras vezes, meus percalços e desanimo em grandes possibilidades, mostrando-me a direção a qual deveria seguir, acreditando em mim e no tema;

Agradeço a Secretaria do PPGCS, sendo a Maristela também uma incentivadora com suas informações tópicas e diretas;

Agradecimento especial aos professores Bicca, com o apoio ao tema inicial, quando havia dúvida; Marília pelas contribuições, inclusive na banca de qualificação; ao Nadir Lara, pelo aporte ao assunto estudado.

Agradeço também aos entrevistados, colaboradores da pesquisa: Ana, Claudia, Angelita, Roselaine, Ivete e os farmacêuticos Sandro e Andréia, por possibilitarem minha pesquisa qualitativa com ótimos resultados.

Agradeço em especial a Julia Fischer, por sua contribuição e compreensão em situações em que até a “luz no fim do túnel” era tênue.

RESUMO

A busca por alívio de sintomas existe desde a Antiguidade, mas a medicalização por fármacos é um fenômeno relativamente recente, assim como o uso indiscriminado de medicamentos por conta própria. O propósito deste trabalho é compreender as motivações da automedicação continuada e com efeitos colaterais constatados. A análise teórica considerou três dimensões do problema: econômica – expansionismo produtivista característico da globalização, permanente estímulo ao consumo; política – lacunas do Estado como fiscalizador e hegemonia do modelo biomédico; e epistemológica – concepção cartesiana do corpo humano e da saúde, suprimindo conhecimentos tradicionais de prevenção e cura. A pesquisa empírica foi realizada através de entrevista qualitativa com pessoas que se automedicam, selecionadas por conveniência. Entre as motivações constatadas estão a busca de alívio rápido do sintoma (motivada pelo desenvolvimento e acesso facilitado a substâncias eficazes) e a dificuldade de acesso ao serviço médico. Constatou-se um processo de “ilusão da cura” na medida em que não é tratada a real causa; tornou-se visível igualmente a existência de um círculo vicioso, no qual o indivíduo se automedica inicialmente para tratar um sintoma e, posteriormente, para tratar os efeitos colaterais. A “cura da ilusão” se expressou através da necessidade de implementação de medidas de educação e de comunicação voltadas para a conscientização de prevenção e qualidade de vida e de reformas no sistema altamente especializado e burocratizado da saúde.

Palavras-chave: Automedicação, saúde, medicina, cartesianismo, consumo, historicidade, educação.

ABSTRACT

The search for relief of symptoms has existed since Antiquity, but medication by pharmaceutical drugs is a relatively recent phenomenon, as well as the indiscriminate act of self-medication. The purpose of this study is to comprehend the motivations of continued self-medication, noting the side effects observed. The theoretical analysis considers three dimensions of the problem: economic - productivist expansionism, characteristic of globalization, permanent stimulus to consume; political - gaps in the State as a watchdog and the hegemony of the biomedical model; and epistemological - Cartesian conception of the human body and health, removing traditional knowledge of prevention and cure. The empirical research was conducted through qualitative interviews with people who often self-medicate, selected by convenience. Among the reasons noted are the search for rapid relief of symptoms (motivated by the development and easier access to effective substances) and difficult access to medical services. It was noted a process of "illusion of healing" in means that the real cause is in fact not treated; It also became clear that there is a vicious circle in which the individual self-medicate initially to treat a symptom and afterwards ends up having to self-medicate in order to treat the side effects. The "cure of illusion" is expressed through the need to implement measures of education and communication aimed at raising awareness to prevention and quality of life and reforms in the highly specialized and bureaucratized health system.

Keywords: Self-medication, health, medicine, cartesianism, consumption, history, education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Cafiaspirina	31
FIGURA 2 - Xarope peitoral de alcatrão.....	34
FIGURA 3 - Helmintol.....	34
FIGURA 4 - Neo-necatorina	35
FIGURA 5 - Inhame Goulart.....	36
FIGURA 6 - Nutrion	52
FIGURA 7 - A cigarra	54
FIGURA 8 - Aspirina da Bayer.....	60

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Iatrogênese.....	41
TABELA 2 - Características sócio demográficas dos entrevistados, de 18 a 70 anos	79
TABELA 3 - Características psicossociais dos entrevistados, de 18 a 70 anos	80
TABELA 4 - Características psicossociais dos entrevistados, de 18 a 70 anos (2)	81
TABELA 5 - Resultados parciais de entrevistados	88
TABELA 6 - Resultados parciais de farmacêuticos	89

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 - Medicalização e saúde: história e concepções.....	13
1.1 A medicalização no período Pré-Moderno.....	13
1.1.1 Na Antiguidade.....	13
1.1.2 A medicalização na Idade Média.....	18
1.2.1 A medicalização no Renascimento e na Idade Moderna.....	23
1.2.2 Iatromecânica e cartesianismo.....	26
1.2.3 Desenvolvimento farmacológico no Brasil.....	29
CAPÍTULO 2 - As dimensões da medicalização na sociedade contemporânea.....	41
2.1 A dimensão econômica da medicalização.....	42
2.1.1 O capitalismo globalizado.....	44
2.1.2 Consumo e hiperconsumo.....	46
2.1.3 Corpo, medicalização e gozo.....	50
2.2 Dimensão política da medicalização.....	55
2.2.1 O saber e o poder médico.....	56
2.3 Dimensão epistemológica da medicalização: o cartesianismo e a perspectiva da complexidade.....	62
CAPÍTULO 3 – AUTOMEDICAÇÃO.....	69
3.1 Automedicação: conceitos, características e consequências.....	69
3.2 O contexto da pesquisa.....	71
3.3 Automedicação em Porto Alegre: aspectos quantitativos.....	78
3.4. Objetivos.....	83
3.5 Metodologia de pesquisa.....	83
CAPÍTULO 4 – Ilusão da cura ou Cura da ilusão?.....	87
4.1 Análise dos resultados.....	87
4.1.1 “Rápido e prático”.....	90
4.1.2 “Alguém tem que resolver meu problema”.....	91
4.1.3 “...é tudo particionado, segmentado”.....	94
4.1.4 E antigamente.....	96
4.2 Possibilidades de superação?.....	97
4.3 Síntese teórica-prática.....	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	104

INTRODUÇÃO

A automedicação é um fenômeno antigo, com um histórico influenciado por sistemas de poder, dependência, consumo e valores. Atualmente, a automedicação adquire uma configuração peculiar, devido à globalização e ao estabelecimento do capitalismo com um modelo de produção baseado no consumo de produtos, de símbolos e de imagens.

O aumento da população nas últimas décadas ocasionou um crescimento das demandas por medicamentos e assistência médica; a oferta de serviços médicos não acompanha essa procura que ocorre simultaneamente à interdição de uma medicina alternativa, mais sustentável, baseada em saberes tradicionais. A automedicação passa a ser uma alternativa a essa falta de assistência a ser considerada um fenômeno de relevância social, a partir do último século. A profissionalização da prática da medicina, baseada em princípios da ciência cartesiana, e a industrialização passaram a definir as diretrizes para as áreas da saúde e da medicalização. Com isso, o sujeito tem a obrigação de dependência da intermediação do médico para os cuidados com a sua saúde.

A automedicação advém da necessidade de minimizar sintomas de algum mal-estar individual, mas, ao mesmo tempo, pode ser considerada uma forma de não consentimento das orientações médicas e dos organismos reguladores dos campos da saúde. Em geral, a automedicação acontece quando o sujeito não tem o devido apoio e a orientação de profissionais, buscando um aporte para dirimir seus males. Nesse caso, não se evidencia o uso racional da medicação preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual ocorre quando “os sujeitos recebem o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, nas doses e posologias corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para a comunidade”.

O sujeito é o primeiro responsável por sua saúde. Sendo assim, procura inicialmente a automedicação. Pode-se dizer que o fenômeno se estabelece a partir de cinco perspectivas principais: a do consumidor (sua necessidade), do prescritor (médico), do vendedor (farmácia), do fabricante (indústria farmacêutica) e da mídia (propagandas). (SCHENKEL, 1996)

Conforme Arrais (1997), no Brasil, a automedicação vem sendo considerada uma necessidade complementar ao bom estado de saúde e tem refletido as carências e os hábitos de toda uma população, sofrendo ainda grande influência das prescrições médicas. Para se obter

um bom estado de saúde, ocorre o uso de medicamentos sem atenção à bula e aos efeitos colaterais.

A automedicação, com a intenção de cura ou alívio dos sintomas, traz consequências nocivas à saúde da população porque a interação medicamentosa, bem como as “reações adversas” tornam-se, muitas vezes, mais fatais que a própria doença, levando o sujeito a buscar os serviços de saúde pública de urgência quando já estabelecido um processo tardio para a possível cura. Há também prejuízos com a intenção de suicídio que, para os serviços de saúde envolvidos, ocorrem nos casos de intoxicação ou risco de morte por envenenamento. Conforme o SINITOX¹ (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas), em 2008, a Região Sul contava com 7.345 casos de intoxicação por medicamentos e desses, 14 óbitos registrados. Mas esse número pode ser muito maior se se considerar que os dados se referem apenas aos atendimentos do Sistema Único de Saúde.

No Brasil, é responsabilidade do Estado a formulação e a execução de políticas econômicas e sociais que visem a estabelecer condições de acesso universal às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde². Nesse contexto, insere-se a política nacional de medicamentos, cujo propósito é garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, bem como a sua necessária segurança, eficácia e qualidade³.

Entretanto, embora o fenômeno deva ser esclarecido e debatido, não se observam esforços significativos voltados para o desestímulo da automedicação por parte das autoridades públicas do país. Os médicos, bem como a mídia, corroboram a necessidade de medicamentos, por intermédio da excessiva oferta e do fornecimento, inclusive de vacinas, aos sujeitos e à população.

Aliada às restrições orçamentárias do setor público, a tendência à automedicação tem levado governantes a promoverem reformas no setor, como restrição de acesso a certas substâncias (princípios ativos) e medicamentos. No Brasil, por exemplo, a partir de 2010, os antibióticos só podem ser adquiridos com receita médica obrigatória⁴.

1 Dados compilados na Tabela 4: Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Região Sul, 2008. Disponível em:

<http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?Sid=321>. Acesso em: 28 fev. 2011.

2 Brasil. Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União 1990; 20 set.

3 Brasil. Portaria n. 3.916. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 10 nov.

4 Conforme a Resolução 44/2010, publicada no Diário Oficial da União de 28/10/2010, entrando em vigor na data de sua publicação.

Esta pesquisa tem o propósito de compreender e analisar as motivações, as causas e os efeitos da automedicação de forma continuada com efeitos colaterais evidentes, considerando a inter-relação entre os atores sociais envolvidos e suas influências. A pesquisa qualitativa foi realizada em Porto Alegre, por meio de entrevistas semiestruturadas com farmacêuticos e com usuários de medicação sem prescrição. Na análise teórica, foram utilizados autores que estabelecem uma epistemologia social do consumo, bem como as implicações históricas no âmbito da cultura e das interações sociais, movidas principalmente por interesses econômicos no contexto da automedicação.

No primeiro capítulo, será apresentado o percurso histórico da medicalização, suas variações, avanços e evolução. Também é abordada a mudança de paradigma e de crenças na idade moderna, bem como a estruturação do modelo biomédico e sua legitimação e a forma como esse processo se desenvolve no Brasil, com foco na influência da indústria farmacêutica e das propagandas.

No segundo capítulo, serão analisadas as diferentes dimensões da medicalização, e os atores sociais envolvidos no complexo sistema gerenciado por pessoas, instituições e por conceitos globais; definindo a dimensão econômica, explanando todo o sistema de consumo e manipulação, e uma dimensão epistemológica, explicitando as referências culturais e os papéis predefinidos como fundamentadores do problema.

No capítulo três, será abordado o contexto atual da automedicação em Porto Alegre, a construção do objeto desta pesquisa, a “dinâmica social da automedicação” a qual enfatiza os fatores que influenciam a tomada de decisão para automedicação, tanto exógenos quanto endógenos. Também será trazida a metodologia da pesquisa e informações relativas à coleta de dados qualitativos.

No quarto capítulo, será apresentada a análise dos dados e os resultados das entrevistas, com o ponto de vista dos entrevistados, o que os motiva à prática da automedicação e as possibilidades de superação desse fenômeno que se constitui como um problema na saúde pública brasileira.

CAPÍTULO 1 - Medicalização e saúde: história e concepções

A evolução da ciência farmacêutica e do consumo de medicamentos é fundamental, permitindo evidenciar e aprofundar os pressupostos teórico-epistemológicos subjacentes à prática da automedicação. A compreensão acerca da sua historicidade do fenômeno, bem como as interferências sofridas ao longo do tempo, estabelecem uma visão global, e portanto, de uma compreensão consistente acerca do processo em estudo.

1.1 A medicalização no período Pré-Moderno

O estudo da medicina e da farmacologia nas sociedades antigas e medievais é feito por analogia, dada a escassez de fontes de estudo. Ao conjunto de crenças e de práticas relacionadas à saúde utilizadas por povos antigos é dada a denominação de medicina primitiva, à qual se vinculam dimensões subjetivas e espirituais visto ser baseada em crenças e ritos mágicos e valer-se do emprego de plantas medicinais.

1.1.1 Na Antiguidade

A medicina mágico-religiosa, predominante na Antiguidade, inseria-se em um contexto religioso-mitológico no qual o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva, sendo requerido, para a regeneração da saúde, o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições que eram executados por feiticeiros, sacerdotes ou xamãs. As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que incluía deuses e espíritos, tanto bons como maus. Os sujeitos pensavam a doença em termos desses agentes, cabendo aos responsáveis pela prática médica da época aplacar essas forças sobrenaturais. Esse enfoque é ainda hoje aceito por milhares de pessoas, habitantes de sociedades, tribais ou não, com a intromissão, concomitante, por vezes, de elementos da medicina ocidental, dita científica (BARROS, 2002).

As mais antigas fontes farmacêuticas são provenientes das civilizações da Mesopotâmia e do Egito, por volta de 2000 a. C. O sistema de gravação dos mesopotâmios, em tabuinhas de argila, permitiu a sobrevivência desses dados até os dias atuais. (MENEZES, 2005, p.). Naquele contexto, como relatado, existia a crença de que todos os fenômenos, tanto

os terrenos quanto os cósmicos, encontravam-se subordinados à vontade dos deuses. A doença era um castigo divino originado por uma falta, pelo abandono do gênio protetor ou por influência de demônios. Ela pode ter lugar quando os deuses retiram a proteção, devido à magia negra ou, na Suméria, simplesmente um resultado do destino (MENEZES, 2005).

Na Mesopotâmia, a terapêutica tinha em vista a purificação do sujeito por intermédio de uma operação de catarse, que seria uma purgação ou purificação, às quais era atribuído um conteúdo mágico ao medicamento. Esse conceito deu origem ao duplo significado do termo grego *pharmakon*, do qual derivaram posteriormente *fármaco* e *farmácia*, e que tinham simultaneamente o sentido de medicamento e de veneno, devido à acepção inicial de feitiço.

Várias causas naturais de doenças eram conhecidas, mas consideradas acessórias, pois a visão corrente era a de que os espíritos malignos causariam as doenças. Dessa visão resultavam práticas de diagnóstico e de terapêuticas específicas⁵. O objetivo do diagnóstico consistia em saber qual o pecado que o doente cometera, ou o demônio teria se apoderado do seu corpo, mais ainda, quais as intenções dos deuses, que eram conhecidas por meio de técnicas de adivinhação (piromancia, hepatoscopia, oniromancia e presságios). Seres humanos que nasciam com alguma deficiência eram considerados anormais e encarados como uma forma pela qual os deuses manifestavam a sua vontade. A terapêutica visava à reconciliação com os deuses, mediante oração e sacrifícios, assim como a expulsão dos demônios, obtida por meio de encantamentos e de purificações por magia.

Alguns aspectos das mitologias mesopotâmica e egípcia relacionados à saúde surgiram igualmente na mitologia e na medicina greco-romanas. Assim, a utilização da serpente, como símbolo médico-farmacêutico, teve a sua origem na lenda do herói Gilgamesh⁶, a qual parece basear-se na figura de um rei Sumério do 3º milênio. Segundo a lenda, em um dos muitos episódios das suas aventuras, Gilgamesh mergulhou até ao fundo dos mares para colher a planta da eterna juventude.

5 **Heródoto** (480-425 a. C.), o historiador da Antiguidade, descreveu dos babilônios um costume – forma social e urbana – de atenção às doenças, possivelmente anterior ao Culto de Asclépio: "Parágrafo 197. O seguinte costume parece-me a mais sábia de suas instituições. Não tem médicos e, quando alguém adoecer trazem-no à praça pública, onde os passantes conferenciam com ele a respeito de sua doença, para descobrir se eles mesmos já não a contraíram, ou se conhecem alguém que sofrera mal semelhante. Nesse caso, então, os passantes exortam o doente a recorrer aos mesmos expedientes pelos quais se livraram da doença similar, ou que testemunham já haver curado outras pessoas. E não lhes é permitido passar por um doente em silêncio, sem lhe inquirir a natureza do seu desconforto." Heródoto - "Clio", in: Rawlinson (1910).

6 **Gilgamesh** foi um rei da Suméria, de caráter semilendário, mais conhecido atualmente por ser o personagem principal da *Epopéia de Gilgamesh*, um épico mesopotâmico preservado em tabuletas escritas com caracteres cuneiformes. Era filho de um humano com Deus e seu reinado teria durado 126 anos.

Outra figura mitológica com origem num ser real é Imhotep, médico egípcio de grande renome, primeiro- ministro do faraó *Zoser* (2700-2650 a. C.) e arquiteto da pirâmide de *Sakkara* e do templo de *Edfu*. Deificado cerca de 2.500 anos após a sua morte, tornou-se o principal deus egípcio da medicina e foi considerado pelos gregos como uma representação de *Asclépio*⁷ (MENEZES, 2005).

A preocupação com o esclarecimento acerca da saúde e da doença, sem ser em bases sobrenaturais, nasceu com a filosofia grega quando da busca de uma explicação da constituição da natureza. Alcmeón (535 a. C.) foi o primeiro a conceituar a saúde como um equilíbrio no corpo humano de qualidades opostas (frio e quente, doce e amargo) e caracterizar a doença como o predomínio de uma delas. Outras teorias existiram na época, podendo-se citar Empédocles (432 a. C.) que definiu os quatro elementos – terra, água, ar e fogo – como sendo constituintes de todas as coisas; para ele, a doença era provocada por desequilíbrio entre esses elementos na constituição do corpo humano (MENEZES, 2005).

Hipócrates⁸, na Grécia do ano III a. C., escreveu vários livros sobre medicina e afirmou que a doença seria devida a um desequilíbrio entre os humores⁹, tendo como causa principal as alterações devidas aos alimentos, os quais, ao serem assimilados pelo organismo, davam origem aos quatro humores. A febre, por exemplo, seria devida à reação do corpo para cozer os humores em excesso.

Hipócrates é considerado o fundador da ética médica, sendo o seu nome associado a um Juramento ainda utilizado em vários países, embora com adaptações várias, pelos médicos recém-licenciados. Esse juramento parece ser anterior ao próprio Hipócrates e constituir um contrato entre um aluno e o seu mestre médico.

As doutrinas de Pitágoras, Alcmeón e Empédocles foram assimiladas e desenvolvidas em várias escolas médicas como as de *Knidos*, de *Crotone* e de *Kos*, algumas em locais onde existiram importantes templos de *Asclépio*. Na escola de *Kos*, onde Hipócrates foi aluno,

7 **Asclépio** (em grego) ou Esculápio (em latim) era o deus da Medicina. Existem várias versões de seu mito, mas as mais correntes o apontam como filho de Apolo, um deus, e de Corônis, uma mortal. Teria nascido de cesariana após a morte de sua mãe, e levado para ser criado pelo centauro Quíron, que o educou na caça e nas artes da cura. Aprendeu o poder curativo das ervas e a cirurgia, e adquiriu tão grande habilidade que podia trazer os mortos de volta à vida, pelo que Zeus o puniu, matando-o com um raio. Em *A Iliada*, de Homero, é mencionado como um médico bastante hábil na arte da cura, que ocupava o posto de chefe da região de Trica, na época da guerra de Troia. (ANTUNES, 1991).

8 **Hipócrates de Kos** (460-370 a. C.) nasceu nesta ilha jônica (Ilha de Kos), sendo filho de um asclepiade de nome Heráclides, de quem recebeu a formação médica básica. Foi contemporâneo de Péricles, de Empédocles, Sócrates e Platão, entre muitas outras figuras do florescimento intelectual ateniense. Sócrates e Aristóteles referiram-se elogiosamente a Hipócrates.

9 Segundo o predomínio natural de um desses humores na constituição dos sujeitos, teríamos os diferentes tipos fisiológicos: o sanguíneo, o fleumático, o bilioso ou colérico e o melancólico.

desenvolveu-se pela primeira vez a idéia de uma patologia geral, oposta à ideia, até então prevalecente, de que as doenças se encontravam limitadas apenas a um dado órgão. Segundo essa escola, os processos morbosos eram devidos a uma reação da natureza a uma situação de desequilíbrio humoral, sendo constituídos por três fases: a *aepsia*, caracterizada pelo aparecimento do desequilíbrio; a *pepsis*, em que a febre, a inflamação e o pus eram devidos à reação do corpo, e a *crisis* ou *lysis*, quando se dava a eliminação, respectivamente brusca ou lenta, dos humores em excesso (MENEZES, 2005).

A teoria dos quatro elementos, em que se assenta a teoria hipocrática dos quatro humores, embora devida a autores como Empédocles e outros, ficou conhecida como uma teoria de Aristóteles, filósofo grego que a defendeu vigorosamente. Aristóteles (384-322 a. C.) foi discípulo de Platão e professor de Alexandre, o Grande, ficando conhecido como "o mestre dos que sabem". A medicina grega foi levada para o Egito e à Ásia Menor por via das conquistas de Alexandre (356-323 a. C.). Conforme Menezes (2005), existem poucas diferenças entre as medicinas grega e romana. O deus grego da medicina, Asclépio, tomou em Roma o nome de Esculápio e muitos dos médicos influentes em Roma, como Galeno, eram de origem grega.

Dioscórides (40-90 d. C.) é considerado o fundador da Farmacognosia¹⁰ por intermédio da sua obra *De Matéria Médica*, nome pelo qual ficou conhecida na sua tradução latina. Dividida em cinco livros, nela se descrevem cerca de 600 plantas, 35 fármacos de origem animal e 90 de origem mineral, dos quais só cerca de 130 já apareciam no *Corpus Hippocraticum* e 100 ainda são considerados como tendo atividade farmacológica. A sua influência foi enorme até ao século XVIII, existindo inúmeras traduções do grego para um grande número de línguas.

Galeno (129-200 d. C.), outro ícone da medicina romana, nasceu em Pérgamo, quando essa cidade ainda era colônia romana, onde estudou Medicina. Foi médico de gladiadores e foi viver em Roma em 161, quando veio a atingir uma posição conceituada, vindo a ser nomeado médico do filho do Imperador Marco Aurélio, Cómodo, que foi igualmente Imperador em 180 d. C. Galeno baseou-se na medicina hipocrática para criar um sistema de patologia e terapêutica de grande complexidade e coerência interna. Escreveu sobre farmácia e medicamentos, com cerca de quatro centenas de referências a fármacos, menos de metade do que se pode encontrar na obra de Dioscórides. Do ponto de vista farmacêutico, a grande linha

¹⁰ **Farmacognosia:** Componente das ciências farmacêuticas que estuda os medicamentos extraídos de fontes naturais.

de força do galenismo foi a transformação da patologia humoral em uma teoria racional e sistemática, em relação à qual se tornava necessário classificar os medicamentos. (MENEZES, 2005).

Assim, tendo em vista utilizar os medicamentos que tivessem propriedades opostas à da causa da doença, Galeno classificou-os em três grandes grupos, segundo um critério fisiopatológico humoral: o primeiro grupo incluía os *simplicia*, aqueles que possuíam apenas uma das quatro qualidades, seco, úmido, quente ou frio; o segundo grupo era o dos *composita*, quando possuíam mais do que uma e por fim o terceiro grupo incluía os que atuavam segundo um efeito específico inerente à própria substância como os purgantes, os vomitivos e outros. Foi na forma de galenismo que a Medicina greco-romana passou para o Ocidente cristão, dominando a Medicina¹¹ e a Farmácia até a Idade Moderna.

A aplicação dos medicamentos na terapêutica galênica dependia de vários fatores, como esclarece Barros (2002, p. 70):

O diagnóstico deve ter por fundamento o cuidadoso exame do doente, o conhecimento do seu estado quando sadio, seu temperamento, regime de vida, alimentação, além das condições ambientais e a época do ano. Vale ressaltar, no caso da terapêutica, a importância outorgada por Galeno, à natureza (*vis medicatrix naturae*). Extremamente válidas – e contemporâneas – são suas referências ao potencial curativo, mas também, venenoso, dos medicamentos.

Via-se o ser humano como um todo, com suas particularidades, na tentativa de se estabelecer alguma cura específica, analisando-se as causas das doenças, atacando-as. Analisava-se todo o contexto no qual estava o doente inserido, o qual influenciaria suas moléstias.

É interessante destacar a importância das especiarias nas primeiras práticas médicas. Eram utilizadas em grande parte do Oriente Médio, mas provenientes da Ásia. Pode-se dizer, com essa constatação que a medicina ocidental tem origens na Ásia.

Objetivando a determinação das qualidades, tanto presentes nas doenças como nos medicamentos, a patologia e a farmacologia galênicas recorriam aos caracteres organolépticos¹², principalmente quanto ao sabor e ao odor. Assim, aos quatro gostos primários, amargo, azedo, salgado e doce, correspondiam respectivamente os pares de

11 Na China se verifica a divisão entre a medicina moderna e a tradicional, que são denominadas, respectivamente, "medicina ocidental" e "medicina chinesa". A medicina ocidental usa drogas de origem química ou sintéticos puros; a chinesa usa principalmente produtos naturais e ervas. As ervas são empregadas no tratamento de doenças desde o início da história chinesa, ou seja, ervas com fins terapêuticos de uso popular.

12 **Organolépticas** referem-se às características dos objetos que podem ser percebidas pelos sentidos humanos, como a cor, o brilho, o paladar, o odor e a textura. Essas propriedades são importantes na avaliação do estado de conservação de alimentos, que frequentemente são sujeitos a um "exame organoléptico" para verificar se estão em boas condições para o consumo.

qualidades quente e seco, seco e frio, frio e úmido e úmido e quente na patologia galênica.

Desde a Antiguidade, as especiarias são utilizadas na terapêutica. Bibliografias da época referem-se à utilização medicinal de várias especiarias, como a pimenta, o cardamomo, o gálbano, o incenso, a mirra, os cominhos, o anis, o tomilho, os coentros, a hortelã e o alho. No século I d. C., Plínio o Velho, descreveu os *aromata* utilizados como condimentos e quando da confecção de perfumes e de medicamentos, originários da Índia, Arábia, Etiópia, Norte de África e Síria. Além de Plínio, a outra grande fonte de informação sobre especiarias foi Dioscórides. As informações recolhidas por Plínio e Dioscórides serviram de base, não só aos escritos de Galeno, mas também aos autores médicos bizantinos como Oribasius de Pérgamo (325-403), médico do Imperador Juliano, Caelius Aurelianus (350-400), Aecio de Amida (520-560), Alexandre de Tralles (525-605) e Paulo de Egina (625-690), que difundiram o uso de especiarias orientais e africanas no receituário médico (MENEZES, 2005).

1.1.2 A medicalização na Idade Média

Se são poucos os registros do uso da medicina na Antiguidade e nos primeiros séculos depois de Cristo, o Cristianismo, e suas práticas, propiciou as aplicações da medicina. Registros mais detalhados, datados da Idade Média, dão conta de como era o tratamento dado aos que sofriam de enfermidades. A cura se firma na ideia da redenção e foi utilizada por Cristo, que comparava a si próprio a um médico. Recorrendo a uma analogia aos filósofos clássicos pagãos, que se consideravam médicos da alma, os padres da igreja seguiram o exemplo daquele que é simultaneamente o médico e o medicamento: o *Christus medicus*: ao sacrificar-se pela humanidade, Jesus Cristo tornara possível a sua salvação do pecado, permitindo que os homens alcançassem o céu e a vida eterna, com a consequente erradicação da doença.

Mas a vida eterna pressupunha um processo de treino e de aprendizagem terrena no seio da irmandade dos crentes, do qual fazia parte o sofrimento, incluindo a dor física causada pela doença. O sofrimento do Novo Testamento tem um objetivo: é usado por Deus para o bem e a maturidade espiritual dos seus filhos, para corrigir certos pecados ou fraquezas, como a gula, para aumentar o autoconhecimento e estimular as graças cristãs, como a humildade, a paciência e a fé (MENEZES, 2005).

O autor expõe resumidamente o conceito daquela época:

A associação entre o pecador e o enfermo, por um lado, e a medicina e o cristianismo redentor por outro, tema que será repetidamente glosado por inúmeros

autores, liga-se diretamente às já referidas crenças sumérias e assírio-babilônicas sobre a saúde e a doença. A ancestralidade da visão cristã da saúde e da doença encontra-se patente na manutenção da crença na doença por possessão demoníaca. O próprio Jesus Cristo curou através do exorcismo um mudo possuído pelo demônio (Mateus, 9, 32). O Cristianismo dá uma nova dimensão ao pecado como causa da doença. O pecado de família, presente na cultura mesopotâmica e judaica e nas conhecidas perguntas dos Apóstolos e dos fariseus sobre o cego de nascença, é rejeitado e substituído pelo pecado coletivo, o Pecado Original. A Queda do Paraíso retirou a imortalidade ao Homem e tornou-o sujeito à doença e ao sofrimento (MENEZES, 2005 p. 16).

Em termos comparativos, a associação entre doença e pecado é também algo que permanece até a atualidade em algumas sociedades e não apenas na visão popular da medicina, como elucida Menezes (2005).

O Cristianismo, sem enjeitar o papel da dor, do sofrimento e da doença, surge desde os seus inícios como uma religião curativa. O mesmo Deus que dá a doença também pode dar a cura. Os padres são os médicos, sendo intermediadores, julgando e dando a possibilidade da cura. Os medicamentos são elaborados, naquela época, por meio de ervas e infusões, somente ministrados e elaborados pela igreja e por seus colaboradores.

Uma herança do mundo mesopotâmico é a existência de espíritos malignos, ou demônios, que vai ser mantida pelo Cristianismo. Diabo e demônios estão presentes nos Evangelhos, ameaçando os homens com vários males: causando doenças, possuindo-os e enganando-os, fazendo-os cair em tentação e pecar.

Para os padres da Igreja da Idade Média, a medicina é o entendimento de que o mundo material foi criado por Deus para ser usado por e para o homem. A divina Providência concedeu ao homem os meios materiais para sobreviver fora do Paraíso, incluindo a sabedoria e o conhecimento para utilizá-los. "Todo o conhecimento vem de Deus", citou Orígenes¹³ para sublinhar a origem divina da medicina e a sua qualidade de "benéfica e essencial para a humanidade".

Mas existia a preocupação em atribuir maior importância à Teologia, e não somente à medicina:

A medicina é boa enquanto parte do mesmo plano para socorrer o homem na Terra. Orígenes, Clemente, Gregório de Nissa, João Crisóstomo e Santo Agostinho, todos eles entendem que a medicina é um bem concedido por Deus que os cristãos não devem ignorar. O pecado em que estes poderiam incorrer seria o de pôr toda a sua fé na medicina e não em Deus ou o de a aflição pelo sofrimento e a busca da cura fazer esquecer o caráter efêmero da doença terrena e o bem supremo da vida eterna (MENEZES, 2005, p. 18).

13 Orígenes de Alexandria é uma das personalidades determinantes para todo o desenvolvimento do pensamento cristão. Foi um teólogo, filósofo neoplatônico patrístico e é um dos Padres gregos.

Menezes (2005) relata ainda, que uma linha divisória foi estabelecida entre o sobrenatural lícito, o culto dos santos, e o ilícito, a superstição, a bruxaria e todas as áreas do foro da demonologia. Figura marcante que coroou todo esse processo foi o Papa Gregório I (590-604), que simultaneamente deu forma definitiva ao Catolicismo com a sua jurisdição universal sobre o povo cristão e promoveu as suas principais manifestações culturais medievais, como o monasticismo, as virtudes ascéticas, o culto dos santos e das relíquias e a demonologia. Aqui se amplia a denominação de impuro e de infiel para tudo o que vem de culturas anteriores, bem como o conhecimento quanto à medicina.

O Império Romano do Oriente manteve a língua e a cultura gregas como dominantes. Os locais onde se cultivavam a ciência e a cultura médica eram em Alexandria, em Atenas, assim como em Constantinopla e em várias localidades da Ásia Menor, na qual, não podemos esquecer a medicina árabe.

A medicina árabe era pouco desenvolvida no início da expansão do Islã¹⁴, tendo sido o contato com os sábios nestorianos¹⁵ que a elevou e lhe permitiu atingir grande importância nos séculos seguintes. Contudo, não se deve desprezar o papel da religião no desenvolvimento da medicina islâmica. Para o hakim, denominação do médico islâmico, a assistência aos doentes e a contínua busca do conhecimento eram obrigações para seguir o caminho da salvação.

A medicina islâmica baseou-se na teoria humoral¹⁶. No campo da farmácia e do conhecimento dos medicamentos o seu nível foi muito elevado, não só pela incorporação dos conhecimentos clássicos mas também pelas suas próprias contribuições, possivelmente devido às possibilidades pela grande extensão do Império Islâmico. Os árabes acrescentaram cerca de três a quatro centenas ao cerca de um milhar de drogas medicinais conhecidas na Antiguidade clássica (MENEZES, 2005).

Um personagem importante dessa época e região é *Al-Biruni* (973-1050),¹⁷ que escreveu uma importante obra farmacêutica, a Farmacologia ou *Kitab al-saydala i'tibb*. Essa obra, além de uma introdução em cinco capítulos, onde trata de questões de terminologia

14 A expansão islâmica (632–732 d. C.) começou logo após a morte do profeta Maomé.

15 O Nestorianismo é uma doutrina cristã, nascida no Século V, segundo a qual há em Jesus Cristo duas pessoas distintas, uma humana e outra divina, completas de tal forma que constituem dois entes independentes. A doutrina surgiu em Antióquia e manteve forte influência na Síria, e é sustentada ainda hoje pela Rosacruz e outras doutrinas ligadas à gnose.

16 Teoria clássica, adotada pelos gregos e romanos, já mencionada anteriormente.

17 Al-Biruni ou Abu Rayhan Muhammad ibn Ahmad, nasceu e cresceu na região a sul do Mar de Aral e faleceu no Afeganistão. Elaborou quase uma centena e meia de obras no campo da astronomia, matemática, geografia e história e farmácia.

farmacêutica e de teoria farmacológica, contém entradas para cerca de 720 medicamentos. Para cada entrada, *Al-Biruni* apresenta geralmente o nome da substância em árabe, grego, siríaco, persa e em um idioma indiano, seguido dos seus sinônimos em árabe e da descrição do fármaco, sua origem e propriedades terapêuticas, com integral referência das fontes utilizadas. (MENEZES, 2005)

Muito importante também foi a contribuição árabe para o desenvolvimento das técnicas e das operações unitárias físico-químicas, como a destilação, a sublimação, a cristalização e a filtração, descritas por Geber, ou *Jabir ibn Hayyan*¹⁸.

O mundo árabe foi o primeiro a desenvolver uma divisão de trabalho entre médicos e farmacêuticos. Em Bagdá, atual Iraque, existiam estabelecimentos de venda de drogas e de medicamentos. Muitos desses estabelecimentos seriam dirigidos por comerciantes de fraca preparação técnico-científica, o *al-attar*, mas, desde o século VIII, também passou a existir um outro profissional de mais elevada formação, o *sayadilah*.

Já na Europa, o início do desenvolvimento da medicina e da farmácia monástica foi marcado pela fundação, em 529, do Mosteiro de Monte Cassino por São Bento (480-544) e pela redação por ele da *Regula Benedicti*, em que um dos capítulos estabelecia a necessidade de cuidar dos enfermos, com a existência de um local próprio e de um religioso dedicado a esse serviço. Com base nessa norma, surgiu a figura do irmão enfermeiro e das celas para enfermos, a que se seguiram as enfermarias, as boticas e os jardins botânicos. Os mosteiros de Monte Cassino e de Saint Gall destacaram-se como locais de cultura e de prática médico-farmacêutica, onde, para além da cura de enfermos, desenvolveram-se escolas médicas que atingiram o auge do seu prestígio em finais do século IX. Nome importante desse período foi Isidoro de Sevilha¹⁹; que atribuiu um lugar de destaque à Medicina, iniciando seu ensino nos mosteiros e nos seminários.

Por volta do século X, foi criada em Salerno²⁰ uma *Civitas Hippocratica* – conhecida como Escola de Salerno – uma comunidade de médicos que estudava, compendiava e

18 **Geber** foi um alquimista islâmico proeminente, além de farmacêutico, filósofo, astrônomo, e físico. Ele também foi chamado de “o pai de química árabe” pelos europeus.

19 **Isidoro de Sevilha** (c. 560-636) foi bispo da cidade por cujo nome ficou conhecido. Para além de vários temas de religião, escreveu a obra enciclopédica *Etymologiarum Libri XX*, compendiando em vinte livros os conhecimentos do seu tempo sobre as artes e as ciências.

20 **Salerno**: Cidade próxima de Pompeia e de Nápoles, na região da Campânia, Itália meridional, era conhecida pela sua escola médica, cuja origem remonta à Alta Idade Média (Séculos IX-X), antecedendo, por isso, o aparecimento da Universidade no Ocidente cristão (Século XIII). Essa escola teve um papel importantíssimo na preservação e na divulgação do legado greco-romano, no campo da medicina, nomeadamente devido ao papel do monge cartaginês e tradutor arabista Constantino, o Africano. Mas foi, sobretudo, o tratado de higiene que lhe perpetuou a fama de "cidade hipocrática" (MENEZES, 2005)

ensinava a medicina. Tratava-se de um centro laico, embora em estreita ligação com o mosteiro de Monte Cassino.

A influência médica árabe e o incremento da medicina europeia deram-se em finais do século XI com Constantino, o Africano (1020-1087). Natural de Cartago, dedicou-se ao comércio de drogas e viajou entre o Oriente e a Europa até se instalar em Salerno, trazendo consigo uma seleção de vários manuscritos médicos árabes. Munido de uma carta de recomendação do arcebispo Alfano, foi recebido no mosteiro de Monte Cassino, onde se converteu ao Cristianismo (MENEZES, 2005).

A função universitária de Salerno fortaleceu-se desde o final do século XII, quando já se encontravam regulamentados os exames a ser realizados pelos seus alunos e quando se começou a exigir que os médicos fossem licenciados por Salerno. A primeira titulação médica foi regulamentada em 1140 por Rogério II da Sicília, estabelecendo a obrigatoriedade de um exame oficial para o exercício da medicina.

O ensino universitário da medicina deu-se ao mesmo tempo em que o comércio de especiarias orientais se expandia através do Mediterrâneo e cresceu o número dos que se dedicavam ao comércio ambulante de drogas e de especiarias. Os especieiros, comerciantes de especiarias, foram sofrendo um progressivo processo de especialização na preparação de medicamentos, aumentando sua perícia e sua formação técnica e perdendo o caráter ambulante a partir do século XI, com o visível desenvolvimento do comércio e com o consequente crescimento das cidades.

Ao mesmo tempo em que os médicos passavam a ter um ensino universitário com professores especializados, os farmacêuticos e cirurgiões mantinham um tipo de formação baseado na aprendizagem com um mestre estabelecido, um tipo de aprendizagem que era comum às restantes profissões mecânicas. Os boticários²¹, cujo nome se encontra relacionado com a existência de um armazém fixo, foram surgindo por toda a Europa, substituindo os especieiros, mesmo nos idiomas em que essa denominação se manteve.

Por volta de 1200, o ensino universitário da medicina se estabeleceu e iniciaram as especializações no intuito da saúde. Saíram de cena, portanto, os comerciantes especializados na preparação de medicamentos. Em 1240, Frederico II, da Sicília e Nápoles, reafirmou a obrigatoriedade de um curso superior para os médicos, e proibiu qualquer sociedade entre médicos e farmacêuticos, determinando que tivessem que dispensar os medicamentos de

21 Boticários: similares aos farmacêuticos de hoje.

acordo com as receitas médicas. Dessa maneira, iniciou a ocorrência de algum controle sobre os preços dos medicamentos e a inspeção da atividade farmacêutica. Essas normas foram gradualmente adotadas em toda a Europa da época (GUERRA, 1982).

1.2.1 A medicalização no Renascimento e na Idade Moderna

Em 1453, a tomada de Constantinopla pelos turcos otomanos ocasionou a emigração para Itália de grande número de bizantinos, continuadores da cultura grega e portadores de manuscritos de ciência, de medicina e de outras áreas do saber. Foi a chegada desses novos saberes que marcou o início do Renascimento, provocando uma enorme renovação do interesse pela cultura clássica, em um movimento crescente que foi das letras e das artes à ciência e à tecnologia, potencializado pela introdução dos caracteres móveis na imprensa por Gutenberg (1454). O advento da imprensa foi o culminar de um longo processo. Durante a Idade Média, o principal suporte da escrita foi o pergaminho. O papel, utilizado pelos chineses, só se tornaria conhecido dos árabes no século VIII e foi a partir deles que se difundiu na Europa.

Com o Renascimento, o Humanismo médico fez-se perceber, sendo a corrente final do Galenismo, como esclarece Menezes (2005). O interesse pelo retorno às fontes gregas clássicas, característica do Renascimento, propiciou que o Humanismo médico tomasse uma forma particularmente militante contra a corrente dominante durante a Idade Média. Com esse novo paradigma, também se viu o aparecimento de um novo tipo de literatura sobre plantas, que introduziu a necessidade da representação da realidade natural, tanto por intermédio do próprio texto como das imagens.²² O primeiro foi o *Herbarum Vivae Eicones* (1530) do médico, botânico e teólogo protestante alemão Otto Brunfels (1489-1534). Essa obra inclui 238 imagens desenhadas a partir do natural por Hans Weiditz.

Conforme Costa (2005), a importância dada à botânica levou ao aparecimento de jardins botânicos e de cátedras universitárias dedicadas ao seu ensino. Jardins botânicos, destinados ao cultivo e ao estudo de plantas medicinais surgiram em várias cidades italianas, alemãs, holandesas e francesas.

22 Durante o Renascimento houve um grande aumento de interesse por plantas medicinais, sendo que, dentre as publicações existentes, a mais popular foi *The Herball, or General Historie of Plants*, de John Gerard, em 1597, uma das poucas que continuou sendo impressa na língua inglesa por cerca de 400 anos. O livro, com 1.392 páginas e 2.200 imagens de plantas medicinais, foi apreciado por diversas autoridades no assunto e muitos médicos prescreviam a enfermos plantas ali relacionadas, incluindo *Digitalis Purpurea*. (COSTA, 2005)

O conhecimento botânico durante o Renascimento foi um processo intelectual, mas também político. A matéria médica de Dioscórides baseava-se na flora mediterrânica e nas drogas que atravessavam esse Mar provenientes do Oriente. As cidades-estado italianas, com Veneza na vanguarda, dominavam todo esse comércio. Veneza ainda dominava diretamente as ilhas de Creta e de Chipre, de onde eram provenientes muitas das drogas mencionadas por Dioscórides. Nesse contexto, não era de se estranhar que o interesse dos botânicos protestantes alemães pela sua flora fosse também motivado por um desejo de independência das matérias-primas da Europa católica do Sul. Pelas razões opostas, também se mostrou evidente o interesse veneziano em promover o estudo da matéria médica da Antiguidade (COSTA, 2005).

Durante o Renascimento, o velho conceito galênico dos odores e dos sabores das drogas, como manifestação das qualidades dos medicamentos, junto com o aperfeiçoamento das técnicas de destilação pelos árabes, levou ao desenvolvimento do conceito de princípio ativo e ao aparecimento da química farmacêutica. A aplicação da destilação por via úmida a especiarias e outras drogas aromáticas permitiu a obtenção de essências, onde o odor e o sabor da droga original encontravam-se concentrados. Daí se desenvolveu a ideia de ser possível extrair das drogas um princípio ativo ou uma essência, que concentrasse as suas qualidades.

A primeira corrente médica europeia oposta à Teoria dos Humores desenvolveu-se no século XVI com Paracelso²³ (1493-1541). Paracelso foi mais místico e prático do que seria usual a um médico do seu tempo. A filosofia química de Paracelso, o seu pensamento médico e filosófico, foi constituída por um conjunto de várias idéias mestras. A primeira foi a recusa da Teoria Humoral como paradigma explicativo da saúde e da doença, substituindo-a por uma filosofia natural de base química. Paracelso não negou a existência dos quatro humores e dos quatro elementos clássicos (Fogo, Ar, Água e Terra), mas deu-lhes um papel acessório, passivo, como esclarece Menezes (2005, p. 29).

Central no pensamento de Paracelso é a idéia da unidade entre o macrocosmo (o universo, tanto na sua parte terrestre como extraterrestre) e o microcosmo (o corpo humano). Os corpos vivos seriam compostos tanto de minerais como de espíritos astrais (*essentia*). Ao pensarmos numa concepção química da natureza e da vida à luz do nosso pensamento de hoje, poderemos imaginar uma teoria assente nos materiais, mas o mundo é visto por Paracelso como controlado por forças espirituais, dirigidas em última análise por um grande mago, Deus.

23 Theophrastus Philippus Aureolus Bombastus von Hohenheim nasceu na Suíça e era filho de um médico. O nome "Paracelso" só foi adotado por volta de 1529, significando "acima de Celso".

Observa-se uma junção entre a espiritualidade e a ciência, sem separação. Outra das idéias mestres de Paracelso consistia na adesão à teoria das assinaturas. Segundo essa teoria, exposta em grande detalhe no livro *Phytognomonica* (1588) de Giambattista della Porta (1538-1615), a Terra, enquanto palco destinado por Deus para a caminhada do homem para a sua salvação, encontrar-se-ia cheio de animais, vegetais e minerais úteis para o homem, nomeadamente para o seu tratamento, que aqui teriam sido colocados pelo Criador para o seu usufruto, e que teriam sido devidamente marcados, assinados, por intermédio da sua forma, cor, textura, para que o homem reconhecesse a sua utilidade e a grandeza divina. Assim, um fruto com a forma de um coração teria a assinatura da sua utilidade para doenças cardíacas, ou outro com a forma de um fígado para as doenças hepáticas.

Dotado de um temperamento excêntrico, passional, Paracelso esteve no cerne de contendas com seus colegas, sobretudo ao propugnar o caráter de entidade para a doença a qual necessitaria ser tratada com remédios específicos, com frequência, de origem química. Entre as suas contribuições terapêuticas podem ser citadas: o tratamento conservador das feridas e úlceras crônicas, baseado na sua crença no poder curativo da própria natureza; a introdução do *laudanum* (tintura de ópio); a utilização de compostos de mercúrio no tratamento da sífilis; a identificação de problemas, hoje diagnosticados como silicose e tuberculose, que representariam riscos ocupacionais para os que trabalhavam em minas (BARROS, 2000 p. 71).

As crenças faziam parte da cura e das noções de saúde e de doença. No final do século XV, em 1497, foi elaborado o "Regimento dos Boticários" da cidade de Lisboa, reformado em 1572. Esses regimentos não estipulavam quaisquer funções ou direitos para as corporações farmacêuticas, mas determinavam uma série de obrigações, definindo quais os livros que os boticários eram obrigados a possuir, assim como os pesos e as medidas convenientes ao seu ofício. Os preços dos medicamentos tinham que corresponder aos de uma tabela registrada na câmara e deveriam ser inscritos na própria receita. Os medicamentos só poderiam ser vendidos pelo próprio boticário e, na ausência deste, por um praticante com um mínimo de dois anos de prática e com licença da câmara. O boticário era obrigado a avisar o médico de que iria compor o medicamento receitado, para que ele assistisse à sua preparação. Em 1461, determinou-se a completa separação entre as profissões médica e farmacêutica. Médicos e cirurgiões não preparavam medicamentos e proibiram-se quaisquer venda de medicamentos se não por um farmacêutico. Em contrapartida, os boticários foram proibidos de aconselhar qualquer medicamento aos doentes (MENEZES, 2005).

É interessante ressaltar que Portugal, nesse período, ganhou importância pelas regulamentações e pelas descobertas da medicina, bem como pelos estudos e pelos estabelecimentos médicos e de medicamentos. Os primeiros boticários teriam surgido em

Portugal ainda no século XIII, mas antes destes já existiam os especieiros. As especiarias tiveram, na Idade Média, uma utilização generalizada para fins terapêuticos, entrando na composição de variadíssimos medicamentos, quer como drogas ativas quer como corretivos (GRAÇA, 2000). O açúcar, pelo elevado preço que tinha na época, pôde ser incluído entre as especiarias, ocupava um lugar de destaque na galênica da época devido à necessidade de tornar deglutíveis as variadíssimas substâncias de sabor abominável utilizadas na terapêutica medieval, sendo incluído em quantidades apreciáveis na composição de inúmeras formas galênicas, entre as quais os xaropes e as conservas.

Conforme Menezes (2005), a grande inovação desse período (por volta de 1650) foi o aparecimento da farmácia química, que surgiu em oposição à farmácia tradicional, a galênica, baseada na utilização de substâncias de origem vegetal e animal. Os medicamentos químicos foram introduzidos em resultado das teorias de Paracelso e dos iatroquímicos e do desenvolvimento de técnicas que visavam a obter princípios ativos puros, em oposição às misturas complexas obtidas nos preparados galênicos. Os remédios químicos incluíam sais metálicos, principalmente de antimônio e mercúrio, e também substâncias medicamentosas obtidas por destilação de drogas vegetais. A farmácia química utilizava técnicas e instrumentos próprios, herdados do laboratório alquímico, da metalurgia e da contrastaria.

1.2.2 Iatromecânica e cartesianismo

Com o Iluminismo²⁴, a perspectiva medieval mudou radicalmente nos séculos XVI e XVII, pois a noção de um universo vivo e espiritual foi substituída. Por volta de 1560, a Iatromecânica, que explicava as doenças e o funcionamento do corpo humano por intermédio de leis físicas e mecânicas dos processos fisiológicos e patológicos, entrou como nova escola de pensamento e caracterizou-se por uma nova interpretação da medicina e dos medicamentos. Os seus princípios foram primeiramente definidos por René Descartes (1598-1650), com contribuição fundamental para o estabelecimento do método científico racional. Escreveu um importante livro médico, o *Traité de L'homme* (1662), considerado como o primeiro texto de fisiologia, onde o homem é apresentado como uma máquina física com alma imaterial (MENEZES, 2005). A digestão, por exemplo, foi explicada por meio de sucessivas

24 Os iluministas caracterizavam-se pela importância que davam à razão e à ciência. Somente por meio da razão, afirmavam ser possível compreender perfeitamente os fenômenos naturais e sociais. Essas idéias baseavam-se no racionalismo. Defendiam a democracia, o liberalismo econômico e a liberdade de culto e pensamento.

operações de divisão, mistura, fermentação e filtração dos alimentos até a obtenção do sangue.

Descartes, em seu *Discurso do Método* formulou as regras que seriam os fundamentos de seu enfoque sobre o conhecimento e que persistem hegemônicos no raciocínio médico ainda hoje. A primeira regra preceituava que não se deveria aceitar como verdade nada que não pudesse ser identificado como tal, comprovado com toda evidência, tão clara e distintamente à razão que não houvesse lugar para dúvida alguma. A segunda regra propunha separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quantas fossem possíveis e que fossem requeridas para solucioná-la. A terceira dizia respeito à condução do pensamento de forma ordenada, partindo do mais simples e daí ascendendo para o conhecimento do mais complexo, mesmo supondo uma ordem em que não houvesse precedência natural entre os objetos de conhecimento. A última regra se referia à necessidade de efetuar uma revisão exhaustiva dos diversos componentes de um argumento de tal maneira que fosse possível certificar-se de que nada foi omitido (DESCARTES, 1960).

A Isaac Newton, por sua vez, coube a criação de teorias matemáticas que confirmaram a visão cartesiana do corpo e do mundo como uma grande máquina a serem explorados. Assim como a mecânica newtoniana possibilitou a explicação de muitos fenômenos da vida cotidiana, a medicina mecanicista passou a fornecer, com o tempo, os instrumentos requeridos pelos médicos para que pudessem lidar de forma cada vez mais satisfatória, com o crescente número de doenças mais corriqueiras.

O interesse médico passou da história da doença para uma descrição clínica dos achados propiciados pela patologia, como diz Bennet (1987), de uma abordagem biográfica para uma outra, nosográfica, sendo somente descritiva. As descobertas médicas requeriam um modelo explicativo que pudesse incorporar as inovadoras concepções sobre a estrutura e o funcionamento do corpo.

Durante bom período de tempo (antes do século XVI), médicos e pacientes tiveram sua atenção voltada para o todo e à interação harmônica das partes. O novo modelo explicativo introduziu a gradativa reorientação nos princípios e nas práticas que iriam conformar a nova medicina, sendo bem ilustrativo o modelo mecânico que se usou como analogia para a compreensão do funcionamento do corpo: o relógio e suas engrenagens. Quando ocorresse um problema de funcionamento ou colapso de um órgão, este era retirado, como o pâncreas ou útero, e estaria solucionado o problema. Não se estabelecia relevância dos problemas posteriores a essas ações. Foi uma demonstração de como uma deficiência na

"máquina" provocava doença que poderia ser "curada" por meio do emprego de uma substância ou ação específica.

Ao próprio Descartes, intitulado como o pai do racionalismo na moderna filosofia, aos cientistas, de maneira geral, nos séculos XVI e XVII, não parecia difícil ou incongruente conciliar a crença religiosa com suas observações empíricas. Contudo, o empirismo foi aos poucos, tal como ressalta Bennet (1987), substituindo a especulação como fonte primordial da descoberta da verdade e dos segredos da natureza.

Foi a gênese do modelo biomédico, para o qual a saúde constituía a liberdade de doença, dor, ou defeito, o que tornava a condição humana normal "saudável". O modelo não levava em conta o papel dos fatores sociais ou subjetividade individual. Ignorava o fato de que o diagnóstico (que é feito do tratamento do paciente) é um resultado de negociação entre médico e paciente. Foi muito limitante, pois, ao não ter em conta a sociedade em geral, a prevenção da doença foi omitida²⁵. A adesão ao raciocínio e a práticas biomédicas, por não agirem nas causas propriamente ditas, concentrando-se nas "partes", de um sistema ou de um processo que, na realidade, são bem mais complexos, tornam-se, muitas vezes meramente paliativas.

A nova concepção, como ressalta Capra (1982), colocou em evidência a índole mecânica dos fenômenos celestes e terrestres, logo, dos seres vivos, podendo-se considerar que a noção de um universo orgânico e espiritual, com o qual o homem tinha relações harmônicas, foi substituída pela de um mundo que passa a ser concebido como uma máquina, convertida na metáfora dominante da era moderna. O problema central do modelo biomédico reside no fato de que ele é demasiado restrito no seu poder explicativo, o que implica em isenções importantes para a prática de médicos e de pacientes. Tal como ressalta Bennet (1987), atualmente já ocorre uma insatisfação com o referido modelo, não propriamente porque não responde a muitos dos problemas clínicos e sim, devido ao fato de que os médicos percebem reações psicológicas dos seus pacientes e dos problemas socioeconômicos envolvidos na doença, mas não veem como incorporar essas informações na formulação diagnóstica e no programa terapêutico.

Nesse modelo, é necessária uma ação (um medicamento) para combater a consequência final, não a real causa, definida na historicidade do sujeito e da patologia. Essa verdadeira "cultura da pílula" identifica bons níveis de saúde, com alto grau de consumo.

²⁵ Muitas doenças como as cardíacas e o diabetes são muito dependentes de ações de uma pessoa e de crenças (ANNANDALE, 1998).

Prescritos ou não por médicos – já que no Brasil, os balconistas de farmácia também atuam como prescritores (BARROS, 1997) – ou consumidos por intermédio da automedicação, a expectativa criada é sempre favorável, em relação às novidades, continuamente lançadas no mercado pela indústria farmacêutica, desconsiderando-se que, muitas das supostas novidades, na realidade não o são

[...] e, sobretudo, que um padrão de saúde adequado requer mudanças sociais ou comportamentais ou, no caso do Estado, menos gastos com compra de medicamentos e mais com saneamento básico, educação ou melhoria nas oportunidades de emprego e de distribuição da renda (BARROS, 1996 p. 59).

O referencial mecanicista e cartesiano, reforçando explicações que reduzem o processo saúde-doença à sua dimensão estritamente biológica, propaga, inclusive pela mídia ou pelos sites da internet, tanto as "soluções" que já vieram à luz como as que estão prestes a fazê-lo, como produtos para impotência, novos antirreumáticos e antidepressivos, fármacos para enxaqueca, osteoporose, obesidade, etc., com o objetivo de tratar a consequência somente.

Com isso, também se observa uma concepção limitada de tudo o que cerca a sociedade, como afirma Morin (2010). Essa compartimentação também estabelece que toda a vida deve ser particionada, estabelecida em partes. Com isso, o conhecimento quanto ao corpo humano se estabelece de maneira similar: acredita-se que, tratando um aspecto da saúde, não ocorrem efeitos colaterais, como se o corpo se estabelecesse por partes, uma máquina, como postulava Descartes.

1.2.3 Desenvolvimento farmacológico no Brasil

No caso do Brasil, por volta de 1550, a farmácia começou a evidenciar seu início. Os jesuítas desembarcam na nova colônia portuguesa com missão evangélica e também sanitária. Foram eles que atuaram preparando remédios e tratando doentes, mas também absorveram muitos dos preparados indígenas.

O interesse pela flora médica brasileira (que posteriormente seriam os primeiros medicamentos) por parte dos jesuítas deveu-se, antes de tudo, a uma necessidade prática. A irregularidade nos fornecimentos de medicamentos levou-os a recorrer às drogas nativas, para manterem funcionando os serviços de saúde. A mais célebre das drogas brasileiras difundidas

no século XVII foi a ipecacuanha²⁶. A ação da raiz da ipecacuanha, utilizada pelos índios tupis no Brasil, foi conhecida pelos jesuítas logo no século XVI. O padre José de Anchieta descreveu-a na já referida carta de 1560.

Em 1640, a Coroa portuguesa permitiu o funcionamento de boticas²⁷ no território da Colônia, melhorando o comércio local de remédios. Já em 1700, com a primeira fórmula brasileira, surgiu o primeiro medicamento genuinamente brasileiro: a *Triaga Brasília*²⁸ que era composta por várias drogas nacionais produzidas pela Botica do Colégio dos Jesuítas da Bahia. Era usada como antídoto e contraveneno na mordedura de animais peçonhentos e em doenças febris. Observa-se portanto, que na fase inicial colonialista do Brasil, houve uma integração entre a medicina indígena e a ocidental, sendo posteriormente desvinculada, prevalecendo a ocidental, biomédica.

Em 1744, foi proibido o comércio ilegal de medicamentos. Desde o princípio do século XVI, o comércio de drogas e medicamentos, mediante ou não de receituário, era privativo dos boticários. Já em 1794, ocorreu a regulamentação das boticas. As especialidades encontradas nas boticas eram em grande maioria importadas da França, Inglaterra e de Os EUA, como Purgativo Le Roy, Água de Melissa dos Carmelitas, Água Francesa e a da Rainha da Inglaterra; Pílulas de Belloste, Peitoral de Cerejas de Ayer, Maravilha Curativa de Humphrey, Pastilhas de Vichy, Emulsão de Scott, etc. (SINCAMESP, 2010).

Surgiram várias boticas ou “farmácias”, como passaram a se denominar, na capital paulista, em 1870. Também foram criadas as drogarias, que deveriam por lei restringir-se à venda de drogas (sais básicos e outras) aos farmacêuticos, mas que frequentemente vendiam medicamentos ao público em geral. As farmácias foram, no Brasil, assim como nos demais países ocidentais, berços da indústria farmacêutica que, a partir de fins do século XIX, passaram a se ocupar da produção de remédios em larga escala.

26 *Cephaelis ipecacuanha* e a história da sua entrada na literatura e na prática médicas ilustra bem a participação portuguesa no enriquecimento da proto-farmacologia seiscentista.

27 Boticas: primeiras farmácias.

28 Com o intuito de catequizar os índios, foram os jesuítas que começaram a pesquisar e a catalogar essa riquíssima flora medicinal. Era de suma importância aprender tudo que podiam com os indígenas, pois eles conheciam muito bem os efeitos dessas folhas “miraculosas”. Em virtude de tal interesse e pesquisa, os religiosos descobriram o efeito de vários preparados como, por exemplo: a salsaparrilha (uma espécie de cipó) que podia ser transformada em um suco muito eficaz contra problemas estomacais; as folhas de tabaco que facilitavam a digestão; as folhas de abacaxi que ajudavam a eliminar pedras nos rins e na vesícula, e assim por diante. Quando os jesuítas acumularam uma quantidade suficiente de informações, criaram um preparado à base dessas ervas da floresta e o chamaram de *Triaga Brasília*. Segundo garantiam, “era um santo remédio para todos os males”. Guardavam, por isso, a fórmula em absoluto sigilo. Segundo consta em textos do século XVIII, os efeitos comprovados desse elixir ia desde a cicatrização de feridas à depuração do sangue. Muito europeus, por esse motivo, gastavam fortunas para adquirir esse remédio preparado pelos jesuítas.

O desenvolvimento farmacológico dos primeiros anos da República (1890) ainda estava muito calcado em produtos fitoterápicos:

[...] até fins do século XIX, a maioria desses remédios era obtida através de purificação ou destilação de substâncias de origem natural, e pouco ou nada se conhecia de sua natureza ou de sua estrutura química. A utilização destes medicamentos repousa principalmente na tradição e na observação empírica de seus efeitos (NASCIMENTO, 2003 p. 34).

Tal panorama não mudou muito nos primeiros trinta anos do século XX, como ressalta Temporão (1986), com o surgimento de “indústrias de pequeno e médio porte”. Esses estabelecimentos predominaram de fins do século XIX até os trinta primeiros anos do século XX, e se dedicavam à produção de remédios, utilizando como insumos extratos vegetais e produtos de origem mineral.

A produção farmacêutica brasileira encontrou o apogeu de sua primeira fase industrial, que se prolongaria até 1914, e que assistiu à fundação dos primeiros laboratórios industriais produtores não só de medicamentos de origem vegetal, mas também de origem mineral e até animal (opoterapia, soros e vacinas). Havia então 35 laboratórios no país (SINCAMESP, 2010).

Os sujeitos, no século XIX, aprenderam a organizar suas vidas de acordo com as normas médico-sanitárias, passando a ter noção de que, por meio de seus comportamentos, seria possível prevenir o desenvolvimento de certas doenças. O século XX foi marcado pelo alastramento da medicalização da sociedade, que foi progressivamente ganhando novos contornos e também se fixando devido ao aumento da população, proporcionado também, por sua vez, pelo aumento da expectativa de vida.

Em 1907, existiam 60 laboratórios farmacêuticos em funcionamento no país. Em 1920, 186 laboratórios e em 1938, por sua vez, funcionavam 452 laboratórios farmacêuticos nacionais e 44 estrangeiros. Com a II guerra e a consequente dificuldade de importação de



Figura 1: Cafiaspirina – São Paulo, 1921. Fonte: Brasil, 2008 p.20

drogas e de medicamentos, a indústria nacional passou a fabricar os insumos²⁹ necessários. Passaram inclusive a exportar para países europeus e para o consumo interno, somente 1,75% dos produtos é importado, conforme relatado em Sincamesp (2010).

A década de 1930 foi considerada o marco inicial da consolidação da indústria farmacêutica no Brasil, configurando a formação das primeiras empresas desse tipo com características industriais conhecidas por boticas. Nessa época inicial, a liderança do capital nacional respondia por apenas 14% da produção brasileira de medicamentos. Em contrapartida, com o aumento da atratividade das empresas multinacionais, a partir de 1940, e mais intensamente na década de 1950, houve um salto na participação das empresas com capital de origem estrangeira na produção doméstica, chegando a 35% em 1940 e 73% em 1960. Ao mesmo tempo, uma vez que as empresas multinacionais internalizaram a produção, houve certa redução das importações de medicamentos a um nível residual, enquanto que os fármacos³⁰ necessários para a produção interna continuaram a ser importados em quantidades crescentes (PALMEIRA FILHO; PAN, 2003).

O fato da “medicalização da sociedade”, termo usado por Machado (1978), bem como a automedicação, não se refere a um processo recente, mas vem acontecendo há mais de dois séculos, durante os quais foi ganhando formas diversas, como a atual banalização do consumo de medicamentos, promovida pela indústria farmacêutica, apoiados pelas convincentes propagandas (Figura 1), necessárias à economia globalizada. Torna-se claro esse processo quando se analisam as mudanças ocorridas nas propagandas de remédios desde o início do século XX – e que eram largamente divulgadas nos jornais brasileiros – até os dias atuais, visto que esses anúncios contam a história dos caminhos percorridos por uma sociedade que foi cada vez mais se apropriando do discurso médico e sendo apropriada por ele (TEMPORÃO, 1986, p.).

A propaganda de produtos medicamentosos exprime bem esta característica da sociedade, em especial no Brasil, demonstrando também as transformações que foram acontecendo no transcorrer desse período e que foram conferindo novos traços à medicalização. Afinal, as propagandas contam a história da medicalização das sociedades capitalistas modernas (TEMPORÃO, 1986, p.).

29 Insumos como cafeína, teobramina, estriçnina, cumarina, atropina, hiosciamina e escopolamina, ópio, eucliptol, quinina, curcumina, emetina, pilocarpina, digitalina, extratos glandulares, hormônios, etc.

30 Fármacos são insumos, ou matéria-prima para a produção de medicamentos.

No senso comum, a noção de saúde permaneceu atrelada ao cuidado posterior ao surgimento da doença, o que pode ser verificado por meio da propaganda dos medicamentos daquela época, quando, predominantemente, eram divulgadas fórmulas cuja indicação era curativa. É visível, portanto, uma preocupação com a consequência, não com a causa real da doença.

Para ser explicado com maior coerência o processo medicamentoso no Brasil, há de se retornar até os meados do século XIX, quando, inspirada em modelos europeus, nascia a medicina social brasileira. Naqueles tempos, imperava na capital um cenário urbano caótico composto por ruas estreitas e congestionadas do centro da cidade. Bairros possuíam estabelecimentos das mais diversas funções – cortiços, hospedagens, armazéns, oficinas, fábricas e bancos – o que atraía a circulação de inúmeras pessoas tornando o local em um cenário ideal para o aparecimento e a proliferação de “mortíferas epidemias” (BENCHIMOL, 1992, p.). A sociedade foi aprendendo a pensar a partir da racionalidade médica, afinal, o objetivo principal da medicina social é “de maneiras diversas, formar ou reformar física e moralmente o cidadão” conforme Benchimol (1992, p.). Não basta apenas esquadrihar e disciplinar o espaço urbano, é preciso civilizar e urbanizar o homem, o que se entende por fazê-lo agir e pensar de acordo com o que o saber médico impõe.

Embora os medicamentos nacionais não fossem elaborados a partir de técnicas científicas e da tecnologia empregada na indústria farmacêutica internacional, as propagandas desses produtos divulgavam-nos como frutos das mais modernas pesquisas, valendo-se da credibilidade que o conhecimento científico começava a ganhar no imaginário popular. Isso foi possível porque, naquele tempo, a propaganda não tinha necessariamente um compromisso com a veracidade das informações que trazia, “o importante era colocar no papel desmedidos elogios ao produto (Figuras 2 e 3), prometer sem muita preocupação e delirar” (NASCIMENTO, 2003, p.).

EU ERA ASSIM



Cheguei a ficar quasi assim !!!



Sofria horrivelmente dos pulmões, mas graças ao milagroso Xarope peitoral de alcastrão e jatohy, preparado pelo pharmaceutico Honorio do Prado

Conseguí ficar assim !!



completamente curado e bonito
Esse xarope cura

**TOSSES
BRONCHITES
ASTHMA
ROUQUIDAO
E
ESCARROS DE SANGUE**

Preço do vidro..... 1\$500

**UNICO DEPOSITO NA
Capital Federal**

**J. M. Pacheco & Comp.
RUA DOS ANDRADAS, N. 53**

Antes e depois: anúncio do "milagroso" xarope peitoral de alcastrão, de 1895, antecipa uma fórmula clássica - "Eu era assim..."

Figura 2: *Xarope Peitoral de Alcastrão*
Fonte: Brasil, 2008 p. 20.



VELHICE FELIZ

Dizem que a melhor etapa da vida é a velhice, quando sadia e assegurada do "pão nosso de cada dia". Nessa idade, como defesa contra as investidas traiçoeiras de infecção e desordens das vias urinarias, é indispensavel usar, de tempo em tempo, o Helmitol da Casa Bayer, magnifico desinfectante urinario e eliminador dos residuos e toxinas formadas no organismo.



HELMITOL

RHEUMATISMO! SYPHILIS!
JÁ EXISTE O
ELIXIR "914"
O VERDADEIRO DEPURATIVO



Figura 3: *Helmitol* – Revista Eu sei tudo, 1925.
Fonte: Brasil, 2008 p. 20.

A população brasileira da primeira metade do século XX já tinha como costume a automedicação. Não era comum naquela época que um cidadão consultasse um médico para saber que remédio poderia tomar quando apresentasse qualquer sintoma de doença. Baseada nisso, a propaganda de medicamentos nacionais investia pesado na divulgação de seus produtos nos meio de comunicação a que a população tinha mais acesso. Jornais, revistas, cartazes em bondes e ônibus, de tudo valia para atrair a atenção dos enfermos em potencial.

O hábito do consumo de fármacos sem prescrição médica justificava a importância do caráter preponderantemente explicativo da propaganda do início do século XX. Era imprescindível informar o consumidor quanto às aplicações do produto divulgado, para, dessa forma, facilitar sua escolha quando fosse acometido por um determinado mal-estar. Tal caráter ganhava ainda mais importância em virtude da imensa diversidade de produtos à

disposição no mercado farmacêutico e à vasta gama de patologias para os quais estes produtos serviam. Como relata Temporão (1986, p. 38), “impressionava na virada do século, o número de propagandas de medicamentos” e estas tinham preparados “para toda e qualquer patologia” e “um amplo espectro de indicações” era uma constante. Verdadeiros bálsamos que tudo curam, os remédios da época resolvem quase todos os problemas” (TEMPORÃO, 1986, p. 45). Um anúncio do “Elixir 914” exemplifica bem esse caráter da propaganda:

UM PREPARADO COMO HÁ POUCOS!!!

ELIXIR 914

É deveras suprehendente a aceitação colossal do notavel preparado ELIXIR 914, o melhor depurativo, que limpa completamente o sangue, acabando com as Moléstias da pelle, Manchas, Epinges, Eczemas, Erupções, Erysipela, Coceiras, Feridas bravas, Rachaduras, Espinhas, Furúnculos, Boubas, Cancros.

O ELIXIR 914 é licor agradável composto de plantas medicinaes e o melhor e mais científico preparado para combater a syphilis em todas as suas manifestações, como nos Rheumatismos, agudos ou chronicos, Queda do cabelo, Tumores, Supurações. Adoptado e usado com sucesso no Hospital da Cruz Vermelha Brasileira. Aconselhado para creanças, moços e velhos. GRANDE DEPURATIVO DO SANGUE (*Jornal das Moças*, 25 de outubro de 1928).

Esse cenário não mudou muito até as vésperas da Segunda Guerra Mundial. Na década de 1930, as publicações brasileiras “pareciam uma verdadeira farmácia. Vendia-se panacéias contra tudo, literalmente tudo, de calvície à doença venérea [...]. Não havia mal que um xarope, uma pílula ou um unguento não curasse quase instantaneamente” (NASCIMENTO, 2003).

À época, a indústria estrangeira apresentava algumas inovações na área da farmacologia. No entanto, a maioria das propagandas desses novos produtos era feita apenas aos médicos. Ao contrário do que ocorria com os fármacos nacionais, a propaganda por anúncios e por reclames

dos preparados estrangeiros era feita em regra, quase sem exceção, nos jornais médicos ou em avulsos folhetos pessoalmente endereçados aos médicos; as bulas eram redigidas por técnicos em linguagem só acessível aos médicos (TEMPORÃO, 1986, p. 34).



FIGURA 4: *Neo-necatorina* – propaganda de 1930.

Fonte: Brasil, 2008 p.2

A partir da década de 1940, ocorreu o aperfeiçoamento tecnológico da indústria farmacêutica que passou a se apropriar do discurso científico a fim de demonstrar a eficácia de seus produtos. Nesse contexto, um novo tipo de propaganda entrou em cena e passou a ser o cerne da indústria, anunciando os efeitos de medicamentos comprovados em pesquisas científicas, baseando-se, portanto, na verdade. Conseqüentemente, a utilização da propaganda somada à diversificação dos fármacos, provocou um incremento de seu consumo. (ARIÈS e DUBY, 1987). A partir desse momento, verifica-se a incorporação da saúde na cultura de consumo: obter saúde passou a significar o uso de medicamentos, obtidos por intermédio da compra. Nesse sentido, cada vez mais surgiram pesquisas atestando a eficácia dos medicamentos e propagandas para aumentar suas vendas (Figura 5). Assim, a propaganda criou um elo entre a medicina e a sociedade (TEMPORÃO 1986), na medida em que promoveu uma identificação entre o sofrimento e a cura pela compra do medicamento, inserindo-o na cultura do consumo e na interdependência característica da globalização.

Algumas legislações, como a promulgação do Código de Propriedade Industrial, em 1971, e a criação da Central de Medicamentos, propiciaram um incentivo à produção doméstica de medicamentos similares³¹, apesar da permanência da importação de fármacos. Essa dependência de importados só reduziu a partir de 1984 com a elevação das tarifas de importação, bem como com a proibição de importação de certos fármacos. Tal fato incentivou o crescimento da produção interna dessas substâncias, proporcionando maior integração vertical entre os estágios produtivos da cadeia farmacêutica brasileira.



Figura 5: *Inhame Goulart*
Anuário das senhoras, 1952.

31 Segundo a ANVISA, um similar é um medicamento que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca.

O início da década de 1990 também trouxe grandes transformações institucionais que modificaram vários aspectos da indústria farmacêutica brasileira, como, por exemplo, o comportamento das empresas nacionais e multinacionais e a estrutura de mercado. Assim, o início dessa década caracterizou-se pela redução das tarifas de importação de fármacos e de medicamentos juntamente com a eliminação das restrições e proibições à importação de insumos farmacêuticos, seguindo a lógica de liberalização comercial. Por fim, a política de controle de preços de medicamentos foi abandonada, possibilitando a capitalização das empresas bem como grandes investimentos para a ampliação da capacidade farmacêutica. Em 1999, porém, retomou-se o controle de preços e instituiu-se a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), juntamente com o Sistema Único de Saúde, na constituição de 1988, voltada para a criação de bases para uma elevação dos padrões sanitários da produção (OLIVEIRA et al., 2006; PALMEIRA FILHO; PAN, 2003)³². Para termos uma visão mais clara da estruturação da saúde no Brasil, deve-se entender sua historicidade, bem como de suas políticas e interesses.

1.2.4 Estruturação das políticas públicas de saúde no Brasil

As leis e as políticas estabelecidas pelos governos quanto à medicação diferem de um país para outro, pois dependem de interesses efetivos de grandes grupos para viabilizar pesquisas para certas doenças específicas. A saúde pública no Brasil tem contornos singulares, bem como a realidade da indústria de medicamentos³³, como já relatado.

A administração portuguesa, no Brasil, não se caracterizou, pelo menos até a metade do século XVIII, pela organização do espaço social visando a um combate às causas das doenças. Antes do século XIX, não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade. A atuação do Estado e dos médicos tinha como objetivo somente evitar a morte (MACHADO, 1978).

Com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808, determinaram-se mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde. Como sede provisória do

32 Um fato importante a ser destacado foi a promulgação da Lei dos Genéricos, incentivando a competição dentro da indústria e, conseqüentemente, reduzindo os preços dos medicamentos internamente, bem como a promulgação da atual Lei de Propriedade Intelectual nº 9.279 de 1996.

33 Algumas estatísticas sobre o setor mostram que as grandes empresas farmacêuticas não apenas estão concentradas em países desenvolvidos, mas também vendem e produzem para esses países. Os maiores produtores mundiais de medicamentos são respectivamente América do Norte (50%), Europa (24%) e Japão (13%). Toda América Latina é responsável por apenas 5% dos medicamentos produzidos. Em contrapartida, 80% da população mundial é responsável pelo consumo de cerca de 20% dos remédios produzidos e apenas 10% das pesquisas de saúde são dedicadas a doenças negligenciadas.

império português e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão, em parte, da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país.

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, foi o momento em que instâncias médicas assumiram o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento foi editado em 20 de setembro de 1851 e transformou-a em Junta Central de Higiene Pública. Tinha como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária, que englobava a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde pudesse provir dano à saúde pública (MACHADO, 1978).

A partir de 1889, juntamente com a Proclamação da República, a ideia de modernizar o Brasil se fez presente. A necessidade de atualizar a economia e a sociedade, escravistas até pouco antes, com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como *capital humano*. Essa ideia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são as fontes geradoras da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do país, considerado no exterior como “região bárbara”. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, conseqüentemente, a defesa do projeto de modernização do país (BERTOLLI FILHO, 2004).

País predominantemente rural, com um contingente de analfabetos estimado em 70% no censo de 1920 – analfabetos e doentes, como apregoaram os que se engajaram no movimento sanitarista da época –, esse era o Brasil das três primeiras décadas do século XX (BRASIL, 2011). Na época, emergia a questão social associada às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho acompanhados de repressão.

Nesse período, a falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças

graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste. Esse quadro acabou gerando sérias consequências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior: navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade (BRASIL, 2011).

A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levou os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas se estendia por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964-1984) caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária (CORDEIRO, 2004). Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais.

A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e de decadência, com graves consequências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade.

Interessante verificar que ocorreu, na década de 1960, uma tentativa de desmedicalização e de autocuidado com a saúde:

Em fins da década de 1960, desenvolve-se na América Latina uma forte crítica aos efeitos negativos da medicalização. Os programas de medicina comunitária propõem a desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não profissional e a valorização da medicina tradicional (BRASIL, 2011 p. 18).

Em 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entrou em crise. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil.

A década de 1980 iniciou-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde caracterizaram-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização (BRASIL, 2011). Ao mesmo tempo, o agravamento da crise da Previdência Social, em 1981, resultou no lançamento do chamado “pacote da previdência”, que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a intervenção na área da assistência médica da Previdência Social.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, o qual será explanado no item 2.2.2, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público, na chamada assistência médico-hospitalar, era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. A Assistência à Saúde, entretanto, beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal (SOUZA, 2002).

CAPÍTULO 2 - As dimensões da medicalização na sociedade contemporânea

Ivan Illich (1975) apresenta um conceito que se torna atual e importante nesse contexto de automedicação: iatrogênese, que é a epidemia de doenças provocadas pela própria medicina, causadas pela espantosa industrialização da saúde e da medicalização da vida na sociedade contemporânea. Refere-se também a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico, que aparece sob três formas principais, explicitadas no quadro abaixo:

Tabela 1 – Iatrogênese	
TIPOS	CAUSADA POR
Iatrogênese clínica	Cuidados de saúde, resultando em danos à saúde atribuíveis à falta de segurança e ao abuso das drogas e das tecnologias médicas mais avançadas.
Iatrogênese social	Crescente dependência da população para com as drogas, os comportamentos e as medidas prescritas pela Medicina em seus ramos preventivo, curativo, industrial e ambiental; anula o sentido da saúde enquanto responsabilidade de cada indivíduo e de sua família e dissemina na sociedade o “papel de doente”, que é um comportamento apassivado e dependente da autoridade médica.
Iatrogênese cultural	Destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidarem de forma autônoma com a enfermidade, com a dor e com a morte. Perda de tudo aquilo que as tradições criaram ao longo dos séculos enquanto expedientes culturais eficazes para enfrentar a vulnerabilidade humana diante de tais contingências da vida.

Todas são relevantes e ocorrentes na atualidade, mas será dada ênfase à Iatrogenese cultural e social neste estudo. As práticas tradicionais e o saber espontâneo foram, nos últimos séculos, substituídos pela figura plenipotente do médico e de sua técnica profissional heterônoma. Aceitaram-se conceitos pré-concebidos, que traziam a promessa delusória de estender indefinidamente a existência das pessoas, bem como seu corpo, sua beleza, sua jovialidade.

O corpo é transformado em um objeto portador de um direito individualizado, um direito de felicidade. Mais recentemente,

[...] o sonho de uma vida ativa ainda na terceira idade e a demanda econômica por trabalhadores produtivos foram fundidos na própria idéia da saúde como direito social. Porém, no ano de 1985, a saúde vai além de um direito e de uma prerrogativa, pois transformou-se numa necessidade obsessiva que tem de se materializar na experiência do corpo: para muitos contemporâneos, a busca da saúde tornou-se consubstancial com a experiência de seus corpos (ILLICH, 1992, p.211).

Essa idolatria do corpo e da saúde do corpo foi alimentada pela mídia, pelas academias, pela indústria da “dieta” e outras, interessadas em vender o produto do auto cuidado. A concepção predominante surge agora de uma somatocracia que exalta e promove a industrialização automatizada da produção do corpo:

Durante os anos sessenta, a profissão médica era proeminente em determinar o que é o corpo e como se deve senti-lo. Nos anos setenta, ela começou a dividir com outros agentes o poder de reificar as pessoas. De um empreendimento que reifica as pessoas como psiques e corpos, um novo modelo surgiu que engendra pessoas que reificam a si mesmas: os que se concebem como “produtores” do seu próprio corpo (ILLICH, 1992, p.217).

A saúde passou a ter duas vias privilegiadas de acesso e não apenas uma: não só o acesso possibilitado pela Medicina, que ainda se mantém pelo domínio dos profissionais, como também pelo acesso por meio da cultura do corpo, cada vez mais influente, cultura da qual os médicos são apenas uma reduzida fração entre seus inumeráveis protagonistas. Trata-se de uma produção do corpo em maneira robotizada, automatizada.

Segundo Illich (1992), é o próprio caráter simbólico da Medicina que mudou nos anos setenta e oitenta do século XX. As medicinas alternativas, as concepções ambientalistas, as correntes diversas da autoajuda, as modas dietéticas, as práticas de corpo inumeráveis, etc., influenciam mais sobre o que o leigo pensa a respeito de saúde do que os próprios médicos (ILLICH, 1978). Um estratagema usado e amplamente divulgado o slogan “é melhor gastar dinheiro para continuar sadio, do que com os médicos quando você se enferma”; isso quer dizer, interpreta Illich, que os profissionais que se beneficiam com a indústria do cuidado com o corpo pretendem que esse dinheiro seja agora gasto com seus serviços.

A justificativa a esse processo também decorre do próprio modo de conduta do capitalismo, em que o trabalhador deve ser colocado como uma peça de produção, ocorrendo uma preocupação com a técnica, não com o humano.

2.1 A dimensão econômica da medicalização

É fundamental analisar a história do processo capitalista, consumista e mercantil para se estabelecer um conceito do sistema de consumo do período da globalização e após ela. O capitalismo, como se conhece, marca uma época peculiar e não se tem registros de alguma outra era na Antiguidade com um sistema similar. Inicialmente, após a queda do Império Romano, durante séculos, o ser humano se especializou e desenvolveu mecanismos para a produção para seu próprio consumo e somente eram comercializados os excedentes.

O avanço tecnológico permitiu que comunidades feudais consideradas autossustentáveis passassem a produzir excedentes que poderiam incentivar o escambo, evitando o desperdício e aumentando a diversidade de produtos para consumo. A economia deixou de girar em torno da subsistência e passou a privilegiar uma produção ampliada capaz de gerar o excedente. A máquina foi o fator que possibilitou a produção do excedente (FERRARINI, 2008).

A burguesia, por sua vez, nessa estruturação do capitalismo, colocou-se como protagonista fundamental, estabeleceu o comércio e, posteriormente, em parceria com os reis e a Igreja, fomentou as navegações no século XVI, iniciando o capitalismo comercial e a busca por novos mercados, com políticas específicas mercantilistas (pacto colonial, metalismo, balança comercial favorável). Posteriormente, aconteceu a corrida colonialista, na qual, cada país europeu deveria possuir mais colônias e, com isso, o lucro, e sua importância no cenário mundial seria evidente. Com a corrida colonialista, o imperialismo, com a política de expansão e o domínio territorial, cultural e econômico de uma nação sobre outras, ou sobre uma ou várias regiões geográficas, e a Revolução Industrial, estabeleceram-se os papéis de cada grande grupo de países no cenário mundial e suas relações de consumo distintas.

Ferrarini (2008) salienta um aspecto fundamental inserido nesse cenário:

A riqueza é uma categoria inseparável do poder. A extração do excedente gerado pela massa de trabalhadores ocorreu em meio às correlações de força e poder vigentes, fazendo com que boa parte da riqueza advinda desse excedente fosse transferida para as classes dirigentes (FERRARINI, 2008 p. 15).

Vê-se, portanto, que a sociedade mercantil apresentou uma similaridade nesse sentido – com pacto colonial, por exemplo – com as sociedades da Antiguidade: uma grande massa trabalhava para uns poucos estabelecidos no poder. Hoje, a situação é uma continuidade, mas muito mais sutil, que se faz em função do consumo e de todas as suas redes de influência.

Com o desenvolvimento da economia, o comportamento aquisitivo passou por um processo de racionalização por intermédio de uma ciência da aquisição baseada em regras oriundas da classe dirigente. A ciência e o capitalismo, processos aparentemente distintos, surgiram em períodos próximos, complementando-se (FERRARINI, 2008). A ciência, particionando a sociedade, e o capitalismo, com esse particionamento, fomentaram o consumo, a individualidade, e o personalismo.

Com o fortalecimento do capitalismo, como modo de produção hegemônico, ocorreu a necessidade cada vez maior e crescente de competição, ocorreu a comercialização da terra e do dinheiro e a organização do próprio processo de produção sob a forma de compra e venda:

O funcionamento do sistema passa a exigir a compra de matéria-prima e de trabalho, que nada mais são do que natureza e ser humano transformados em mercadorias, o que vem a desorganizar as relações humanas e ameaçar seu habitat natural. O lucro advém da relação salarial, levando capitalistas à busca de formas cada vez mais eficazes de exploração e obtenção da mais valia do trabalhador. (FERRARINI, 2008 p. 19)

Nos séculos XVIII e XIX, com o rápido desenvolvimento industrial, a saúde era útil para se obter maior rendimento no trabalho e no aumento de riquezas. É o próprio modo de conduta do capitalismo, no qual o trabalhador deve ser produtivo e lucrativo.

Decidido a melhorar a vida dos trabalhadores nas grandes cidades, Sir Edwin Chadwick faz esforços que resultam na Lei de Saúde Pública de 1848, declarando que o estado era responsável pela saúde do povo (ZANCHI, 2010 p. 28).

O governo, assim, assumiu responsabilidades na manutenção da saúde da nação – no caso da França – e os médicos se interessaram pela higiene coletiva. Um dos grandes marcos do desenvolvimento dos remédios modernos foi a descoberta da penicilina por Fleming, em 1928, utilizada durante e após a Segunda Guerra Mundial.

2.1.1 O capitalismo globalizado

A globalização é um processo que teve início nos séculos XV e XVI com as Grandes Navegações e Descobertas Marítimas. Nesse contexto histórico, o homem europeu entrou em contato com povos de outros continentes, estabelecendo relações comerciais e culturais. A globalização, porém, efetivou-se no final do século XX, logo após a queda do socialismo no leste europeu e na União Soviética. O neoliberalismo³⁴, que ganhou força na década de 1970, impulsionou o processo de globalização econômica.

Pode-se dizer que a globalização é um processo econômico e social que estabelece uma integração entre os países e as pessoas do mundo todo. Por intermédio desse processo, as pessoas, os governos e as empresas trocam idéias, realizam transações financeiras e comerciais e compartilham padrões culturais pelos quatro cantos do planeta. O conceito de

34 Pode-se definir o neoliberalismo como um conjunto de ideias políticas e econômicas capitalistas que defende a não participação do Estado na economia. De acordo com essa doutrina, deve haver total liberdade de comércio (livre mercado), pois esse princípio garante o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país. Surgiu na década de 1970, a partir da Escola Monetarista do economista Milton Friedman, como uma solução para a crise que atingiu a economia mundial em 1973, provocada pelo aumento excessivo no preço do petróleo.

Aldeia Global³⁵ se encaixa nesse contexto, pois está relacionado com a criação de uma rede de conexões que deixam as distâncias cada vez mais curtas, facilitando as relações culturais e econômicas de forma rápida e eficiente.

A partir do século XIX, com a rápida evolução tecnológica da segunda Revolução Industrial³⁶ e sua difusão para muitos países, forças centrífugas criadoras de riqueza e de consumo triunfaram. As poderosas organizações econômicas passaram a enfrentar dificuldades para comercializar seus produtos já que os mercados consumidores não cresciam na mesma proporção que a capacidade produtiva da indústria. A concorrência, por sua vez, levou ao aniquilamento as pequenas empresas e a concentração industrial em trustes e cartéis, que evoluíram para o monopólio (FERRARINI, 2008).

A necessidade de mercados sempre crescentes para seus produtos impeliu o poder econômico a conquistar o globo terrestre. Os oligopólios e cartéis se fazem mais evidentes na contemporaneidade. Esses, de inúmeros segmentos, bem como no ramo de medicamentos – as indústrias farmacêuticas – sempre com pesquisas atuais, novas propagandas e anúncios de novas descobertas, fomentando indubitavelmente, o consumo.

Uma consequência negativa da globalização é que valores ocidentais individualistas, voltados para o consumo, estão deteriorando tradições e valores positivos de sistemas socioculturais mais coletivistas. Em muitos casos, essas tradições e valores fornecem as bases para o uso e o desenvolvimento sustentáveis, pela sociedade, dos recursos naturais e humanos (WORLDWATCH, 2010 p. 95).

E esses valores, baseados na globalização, imputam que a descartabilidade é salutar, coerente, necessária. Está visível nos produtos, no cotidiano, nas relações, levando o sujeito a sentir-se inseguro e indeciso, mas tudo se torna mais claro, se possuir a capacidade e a possibilidade de consumir. É exigida uma autonomia, um individualismo, levando à insegurança frente aos problemas diários, tornando-se, com o tempo, patogênica e fomentando crises, arrastando novamente o sujeito ao consumo, mas agora de medicamentos e tranquilizantes.

35 O conceito de Aldeia Global, criado na década de 1960, por Herbert Marshall McLuhan, professor na Escola de Comunicações da Universidade de Toronto, está diretamente relacionado com o conceito de globalização e corresponde a uma nova visão do mundo possível por meio do desenvolvimento das modernas tecnologias de informação e de comunicação.

36 Ocorreu entre 1850 e 1900. Houve crescimento da concorrência e da indústria de bens de produção, as ferrovias se expandiram e surgiram novas formas de energia, como a hidrelétrica e a derivada do petróleo. O transporte também sofreu transformação com a invenção da locomotiva e do barco a vapor.

Nesse capitalismo globalizado, existe uma dinâmica insustentável: criar demanda para suprir uma produção cada vez maior e aumentar a produção para dar conta do crescimento contínuo da demanda. O resultado é inevitavelmente o esgotamento das reservas naturais e a manipulação da subjetividade da população para transformá-la em consumidores cada vez mais vorazes (WORLDWATCH, 2010). Os bens de consumo são cada vez mais descartáveis e segmentados. Ao mesmo tempo, essa descartabilidade dos produtos leva à necessidade de maior produção em quantidade e de qualidade e, por sua vez, fomentar a mão de obra e o emprego.

Giddens (1996) afirma que a autonomia é uma consequência da globalização e se estabelece a partir dos processos e das estruturas culturais que a configuram e refere-se às múltiplas capacidades do sujeito em se representar tanto nos espaços públicos como nos espaços privados da vida cotidiana, ao seu modo de viver e aos seus valores culturais; à luta pela sua emancipação e desalienação; à forma de ser, sentir e agir; à capacidade de potencializar atividades em diversas formas de trabalho; ao fortalecimento em relação às suas próprias emoções. Essa autonomia, postulada por Giddens, também poderia ter outras interpretações e denominada também como individualismo, incentivando o sistema e sendo influenciado por ele de forma sutil.

2.1.2 Consumo e hiperconsumo

Os comportamentos de consumo são estimulados por mensagens que relacionam ideias como felicidade, sucesso e autoestima aos produtos e aos serviços oferecidos pelo mercado (SAFATLE, 2005). Os signos são cuidadosamente estudados para convencer homens, mulheres, adolescentes e crianças a desejarem consumir em um mundo de sonhos mercadológicos. Os profissionais de publicidade a chamam de estratégia de marketing com o *slogan*: “criar necessidades para vender facilidades”.

Do ponto de vista econômico e de consumo, adotado como fundamental hoje em nossa sociedade ocidental, Douglas (2004 p. 56), explica que:

O consumo consiste num conjunto de gestos para marcar a estima, o calendário, a identidade [...]. Os padrões de consumo revelam os padrões das sociedades. O consumismo existe hoje porque as fronteiras da democracia industrial são abertas. Temos que observar o fluxo dos bens se quisermos compreender de que modo o consumo afeta a formação da sociedade.

Nesse contexto,

[...] a cultura de consumo usa imagens, signos e bens simbólicos evocativos de sonhos, desejos e fantasias que sugerem autenticidade romântica e realização

emocional em dar prazer a si mesmo, de maneira narcísica, e não aos outros (FEATHERSTONE, 1995 p. 97).

No caso da automedicação, deve-se estar bem, instantaneamente, sem se importar com qual o motivo da dor ou do mal-estar. O excesso de farmácias e de propagandas fomenta todo esse processo, já cultural. Exemplo disso, comprovado nas pesquisas, é a expectativa do sujeito para receber uma receita com indicação de algum medicamento, não de informações preventivas ao seu caso específico. Sobre o hiperconsumo, Lipovetsky (2007 p. 18) explicita que:

[...] agora se busca, no imediatismo dos prazeres, maior bem estar, mais qualidade de vida por meio de um consumo intimizado, emocional, voltado para as satisfações privadas. [...] O hiperconsumidor tem acesso ao ter, mas aspira ao ser; os mais diversos prazeres sensoriais estão ao seu alcance, mas é preciso preservar a saúde, evitar os excessos, fazer regime, manter a forma.

Exemplo disso é o aumento do consumo de Viagra por jovens que está relacionado ao desejo de um desempenho sexual superior muito cobrado pela sociedade atual, na qual se deve ser “atleta sexual” e à ansiedade e ao temor de falhar na "hora H" (LEVY, 2012). Os meios de comunicação são uma ferramenta possante para a transmissão de símbolos, normas, costumes, mitos e histórias culturais, como explica Duane Elgin³⁷ (2010, p.13):

Para controlar uma sociedade, você não precisa controlar seus tribunais, não precisa controlar seu exército; você só precisa controlar suas histórias. E são a televisão e a Madison Avenue³⁸ que contam a maior parte das histórias, a maior parte do tempo, para a maioria das pessoas.

Passando pela televisão, cinema, e cada vez mais a internet, os meios de comunicação são uma forma dominante de atividade de lazer. Boa parte da produção da mídia reforça normas de consumo e incentiva aspirações materialistas, seja diretamente, exaltando a vida de alto consumo das celebridades e ricos, seja mais sutilmente por meio de histórias que reforçam a crença de que a felicidade provém de uma melhor situação financeira, da compra do apetrecho de consumo ou acessório de moda mais recente, culto ao corpo, plásticas, medicamentos e assim por diante (WORLDWATCH, 2010).

Existem claros indícios de que a exposição aos meios de comunicação tem impacto sobre as normas, os valores e as preferências, exercendo uma dominação ideológica bastante eficiente no que seria mais importante para o consumidor, em uma sutil “ditadura”. Essa, por sua vez, define-se como globalização, a qual abarcou igualmente a saúde na cultura de

37 Escritor e ativista da mídia, em Worldwatch Institute: Estado do Mundo, 2010: estado do consumo e o consumo sustentável. Salvador, 2010. p. 13

38 Centro do poder publicitário dos EUA.

consumo. Sua influência iniciou-se nos países do primeiro mundo e, posteriormente, ampliou-se, chegando ao Brasil no século XX. No período pós-guerra, o cenário brasileiro foi invadido pelo *American Way of Life*³⁹, havendo um grande incentivo para compras de bens de consumo. Fazendo parte dessa lógica, as indústrias farmacêuticas internacionais entraram no país, monopolizando o mercado consumidor nacional e investindo em propagandas para a população.

Quanto aos medicamentos, para que o modelo regulador se constituísse em instrumento mais harmônico com a PNM⁴⁰, a mensagem formulada deveria conscientizar o cidadão a “ANTES DE CONSUMIR QUALQUER MEDICAMENTO, CONSULTAR UM MÉDICO”. Na prática, a mensagem do atual modelo regulador deseduca e presta inestimável papel à indústria e ao comércio, e não à sociedade a quem deveria proteger. Os efeitos sociais provenientes da propaganda para consumo de medicamentos são mais complexos e profundos do que se supõe. Nesse contexto, Lipovetsky (2007) ressalta que todas as relações de consumo se estabeleceriam a partir da necessidade de inserção social.

Certamente, a propaganda abusiva e enganosa não é a única responsável pelas intoxicações por medicamentos, mas sem dúvida é elemento importante do problema. Em boa parte dos casos, a propaganda voltada para o grande público utiliza apresentadores de programas de rádio e de televisão, artistas e atletas famosos, como forma de induzir o consumo de determinado medicamento, seja pelo padrão de beleza, pela confiabilidade seja pelo desempenho físico demonstrado por eles. Os argumentos mais utilizados na propaganda de medicamentos ressaltam, principalmente, a eficácia, a segurança, o bem-estar, a comodidade na administração, a rapidez da ação do medicamento, além do bom humor, da energia, do prazer e da felicidade que eles trazem.

As peças publicitárias minimizam ao máximo, ou simplesmente excluem, qualquer referência aos riscos, possíveis interações medicamentosas ou contraindicações existentes mesmo no uso dos chamados “medicamentos isentos de prescrição” ou “de venda livre”. As contraindicações, quando aparecem, são exibidas em letras minúsculas que surgem muito rapidamente e, na maioria das vezes, frisam apenas que aquele determinado medicamento “é contraindicado para as pessoas com hipersensibilidade aos componentes da fórmula”. Evita-

39 O *american way of life* (ou estilo de vida americano) foi desenvolvido na década de 1920, amparado pelo bem-estar econômico que desfrutavam os Estados Unidos. O sinal mais significativo desse *way of life* é o consumismo em todos os setores.

40 Política Nacional de Medicamentos.

se, de forma proposital, determinar quais os grupos populacionais que não devem usar o medicamento.

A medicina atual, por sua vez, parece fornecer um sistema de crenças que é simultaneamente sedutor e ilusório, pois ameniza as nossas dores e nos devolve uma felicidade artificial, mas não nos oferece, de fato, a tão desejada “imortalidade”. A farmácia é um acessório da vida contemporânea, um lugar que seduz, com a promessa sempre celebrada de amenizar ou eliminar as dores. A drogaria é o incentivo perfeito de nossa ilusão de uma vida feliz, só de alegrias e de contentamentos.

A velha situação produz uma articulação entre civilização e repressão e insiste que não se pode gozar porque foram internalizadas proibições sociais e uma autoridade paterna que culpabiliza o prazer sexual. O que se tem hoje é o exato oposto dessa situação. Hoje se determina: goze⁴¹ de todas as maneiras! Goze sua sexualidade, realize seu eu, encontre sua identidade, alcance o sucesso ou goze uma ascese⁴² espiritual (SAFATLE, 2005 p. 120).

A tendência é viver o eterno agora, em uma vertigem dos fluxos digitalizados que circulam ininterruptamente pelo ciberespaço, a lógica do instantâneo que aparece e desaparece das muitas telas cotidianas. A sensação de viver em um perpétuo presente seduz e devora. Todos são viciados em instantaneidade, não mais sujeitos no tempo-espaço, mas na celebridade no instante (SIBILIA, 2008).

Essa tendência de gozo se apresenta com mais visibilidade a partir da globalização e da necessária expansão do consumo. A revolução técnico-científica e o sistema toyotista⁴³ de produção – cujo lema é o fim dos estoques, a produção conforme o pedido e a otimização da produção – só alimentaram e instigaram mais ainda esse sistema de descartabilidade e de consumo de supérfluos, os chamados *gadgets*⁴⁴.

⁴¹ Para Elisabeth Roudinesco (1998. p. 299), o vocábulo “gozo” surgiu no século XV, mencionando a ação de fazer uso de um bem com o fim de retirar dele as satisfações que ele supostamente proporciona. Nesse sentido, como já fora visto, o termo aparece recoberto de uma dimensão jurídica vinculada à idéia de usufruto, definindo, assim, o direito de gozar de um bem que pertence a terceiros. No início do século seguinte, o referido vocábulo foi tomado por uma dimensão hedonista, tornando-se, então, sinônimo de prazer, alegria, volúpia e bem-estar.

⁴² O termo *ascetismo* significa alguém que pratica uma renúncia ao mundo com objetivo de adquirir um alto intelecto e espírito. É a prática da renúncia ao prazer ou mesmo a não satisfação de algumas necessidades primárias.

⁴³ Toyotismo, modelo criado no Japão, sistema flexível de mecanização, voltado para a produção somente do necessário, evitando ao máximo o excedente. A produção deve ser ajustada à demanda do mercado.

⁴⁴ Funciona e cria novas imagens que se impõem imediatamente aos usuários e aos consumidores. Fascinam por funcionalidades e por sua presença. Normalmente são produtos tecnológicos ou marcas consagradas.

Está prestes a acontecer, como diz Lipovetsky (2007 p.18), a eclosão de um “fascismo voluntário” no qual o controle se faz necessário e evidente. Tem-se a ilusão de que é possível reduzir as limitações e prolongar o prazer com a medicalização.

2.1.3 Corpo, medicalização e gozo

Cada vez mais o corpo é considerado um rascunho, um objeto em progressiva obsolescência que precisa ser redesenhado pelas técnicas de última hora, o lugar ideal para todo tipo de experimento da biotecnologia, investimento da economia de mercado e o principal objeto de consumo no capitalismo avançado (COUTO, 2007, p. 49). A subordinação a esses processos e o prazer intrínseco nela depositado afasta cada vez mais os sujeitos de seus desejos e de suas verdades, configurando-se a redução somente ao gozo: momentâneo e ineficaz.

Deve-se moldar o corpo, deixá-lo conforme as exigências mercadológicas, e com isso fomentar o consumo da beleza e seus inúmeros produtos e subsídios. Deve-se redesenhar a aparência, promover a qualidade de vida e de saúde, o equilíbrio pessoal, a autoestima. O próprio sofrimento se torna desprovido de sentido e o único interesse realmente importante é manter a vida ativa e ilusoriamente feliz. Cada um deve promover a gestão de si, administrar o humor, eliminar tristezas e infelicidades e, sobretudo, realizar as vontades nos lampejos das manifestações do agora, do gozo.

A percepção que se tem é que a maneira mais comum para lidar com essa situação, que não elimina e nem afasta a infelicidade, é recorrer à dopagem. Assim, a era do contentamento se abriga nas progressivas intervenções técnicas, nas próteses químicas para parecer mais jovem, mais atraente, nos medicamentos, como o uso dos psicotrópicos que se tornaram técnicas de administração do humor, produtos de consumo desvinculados de qualquer contexto patológico. Lipovetsky alerta:

[...] os sujeitos querem escolher seu humor, controlar sua experiência vivida cotidiana, tornar-se senhores das vicissitudes emocionais fazendo uso de medicamentos psicotrópicos cujo consumo, como se sabe, não cessa de crescer (LIPOVETSKY, 2007 p. 56).

A partir de 1980, por exemplo, o consumo de antidepressivos aumentou consideravelmente. Entre os anos de 2007 e 2010, aumentou cerca de 45%; clonazepam (Rivotril) por exemplo, saltou de 29,46 mil caixas em 2007 para 10,59 milhões em 2010, conforme a ANVISA (2010). Toda uma geração de profissionais da saúde se dedicou com

afinco a prescrever antidepressivos. Esses novos medicamentos passaram a ser uma fonte de poder e “para convencer os sujeitos de que eles estavam deprimidos”. Foi também no final da década de 1980 que a palavra estresse se tornou uma expressão da moda. Imediatamente o estresse se tornou sinônimo de infelicidade decorrente dos problemas cotidianos (COUTO, 2007).

O que se torna visível é o abandono da medicina alternativa, dando lugar à dopagem dos sujeitos nesse início de século XXI. Ao mesmo tempo em que existe um incentivo de laboratórios para que os médicos prescrevam seus produtos, uma forte solicitação das pessoas em geral para a dopagem fica visível.

Se um sujeito faz uma consulta e não sai do médico com sua prescrição de algum psicotrópico, conclui que certamente existe ali alguma coisa decisivamente muito equivocada e digna de desconfiança. Nesse caso, é recomendado buscar outro profissional mais antenado com as práticas contemporâneas de dopagem. Parece que a principal função médica na cibercultura é dopar os corpos como meio de promover a felicidade artificial (COUTO, 2007 p. 47).

Ser feliz virou uma obrigação. Em contrapartida, o mau humor ganhou estatuto de doença, em que desconforto, tristezas, desesperanças, desilusões e infelicidades viraram doenças que precisam ser combatidas, muitas vezes antes mesmo de se manifestarem. A felicidade não é mais extraída das atividades diárias, mas dos armários de remédios que cada um deve manter em casa, no carro e na bolsa. Dworkin (2007, p. 12) diz que o que caracteriza a felicidade artificial é o seu poder de se opor à vida, pois quando desfrutam da felicidade artificial, as pessoas conseguem não se sentir miseráveis mesmo quando a vida é miserável. Assim, não importa o quanto as coisas fiquem mal, os medicamentos fazem as pessoas se sentirem sempre bem: gozar, como também explica Safatle (2005).

E equilíbrio – o gozo – agora significa apenas a dopagem feliz. A gestão do humor parece ancorada na perspectiva sempre renovada de que cada um deve aperfeiçoar o seu poderio sobre o mundo, aguçar as capacidades de percepção sensorial, superar o cansaço e, principalmente, as desesperanças e o desânimo diante das dificuldades da vida: um Prozac⁴⁵ resolve. Nesse contexto, os dissabores, por menores que sejam, não podem ser tolerados. Resultado desse processo é a complacência e o incentivo à automedicação. Alguns comprimidos podem solucionar tudo. Só as próteses químicas podem eliminar as dores e

45 Prozac (fluoxetina) é indicado para um leque quase sem limites de tratamentos: além de multiplicar a energia e o desempenho físico e mental é indicado para a anorexia, angústia, bulimia, dores crônicas, ciúmes, fobias, distúrbios da atenção, da concentração, da alimentação, da depressão, etc. O campo de ação da droga é extremamente vasto e, por isso mesmo, é considerada por muitos como a “droga perfeita”.

restaurar a autoestima fundamental na era da “produção farmacológica de si”, diz Le Breton(1999). A consequência mais imediata desse modo de ser é que cada sujeito se converte em uma farmácia ambulante, medicalizado ao extremo e sempre propenso a renovadas dosagens, para sentir-se bem.

O bem-estar na era das redes integradas, da internet e dos sujeitos dopados passa a ser um novo horizonte de sentido, a condição de uma felicidade ancorada nas subjetividades emocionais com seus transbordamentos pulsionais, baseados no consumo (COUTO, 2007). O que predomina é tomar a vida apenas pelo lado bom, ressaltar tudo que é teoricamente positivo. Entretanto, se nada mais é estável, por que a felicidade o seria? E seria a busca por ela a justificativa para o consumo. Quando se pergunta onde está a felicidade, a depressão se instaura e, de novo, recorre-se aos antidepressivos, que objetivam estabelecer o aporte, o amparo.

A duração da sensação de bem-estar só pode ser conseguida artificialmente. Para que a felicidade rapidamente não se dilua é preciso ser constantemente atualizada por novos e eficientes medicamentos. Para fazer parte da civilização da felicidade não restam alternativas. Estão todos condenados à dopagem perpétua, objetivando o gozo, não a busca da verdade, dos reais desejos. Esclarece Safatle:

[...] o mundo do consumo pede, por sua vez, uma ética de direito ao gozo, pois o que o discurso do capitalismo precisa é da procura do gozo, que impulsiona a plasticidade infinita da produção das possibilidades de escolha no universo do consumo (SAFATLE, 2005 p. 127).

No contexto do consumo, entra o exibicionismo espetacular “o corpo é o lugar onde a pessoa deve esforçar-se para parecer que vai bem de saúde” (MOULIN, 2008, p. 19) e, indubitavelmente, o lugar para parecer que se foi totalmente tomado pela vida feliz, em momento eternizado de férias, como em uma peça publicitária. Já nas antigas propagandas de

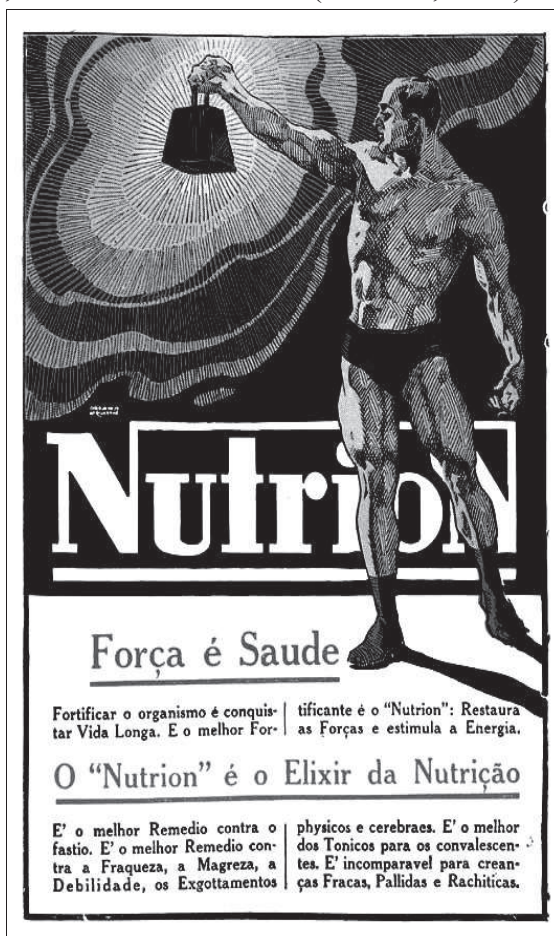


Figura 6: *Nutrion* – Revista *Eu sei tudo*, 1925.
Fonte: Brasil. ANVISA, 2008

medicamentos no Brasil, era dito que, para um corpo ter saúde, deveria ser gordo, sem magreza, fraqueza ou outras debilidades (Figuras 4 e 6). A cada época, imputam-se certas determinações, para que sempre seja perceptível a falta e a insatisfação, as quais devem ser supridas de alguma maneira.

Safatle acrescenta (2005 p. 131):

[...] a lei do supereu é vazia, sem determinações privilegiadas. Na sociedade atual de consumo, o “magro, bonito, bronzado” pode facilmente se trocar por “doente, anoréxico e mortífero”, sem prejuízo para sua capacidade momentânea de mobilização de desejos.

Assim, a medicalização se converteu no principal vetor de outra representação do sujeito feliz, marcado e demarcado pelas imediatas desinibição e excitação, aliadas ao relaxamento químico. Se os produtos dopantes libertam as pessoas das coerções corporais habituais como as enfermidades, dores e desconfortos psíquicos de toda ordem, em contrapartida tornam-se diferentes maneiras de controle. Como esclarece Safatle (2005 p. 133): “é uma subjetividade plástica que compreende identidades sociais como aparências, como um puro jogo de máscaras”.

Afinal, no universo da pressa as pessoas são regidas pela rapidez, por ideais de eficiência e de frenesi na facilidade otimista e espetacularizada de uma existência dopada e sempre feliz. O desenvolvimento pessoal, o luxo emocional, psicologizado, ressaltam as sensações íntimas e encontram na tutela farmacológica os modos indispensáveis, as receitas infalíveis para a alegria incontida e sem fim (MOULIN, 2008).

No momento em que triunfam os corpos dopados e as insatisfações administradas artificialmente vive-se sob o signo de outro tipo de excesso: o de milhares de pessoas contentemente anestesiadas diante das dificuldades da vida. Talvez essa seja a principal consequência da dominante medicalização da sociedade contemporânea. Nasce, assim, toda uma cultura psicológica baseada na realização imediata e artificial dos desejos, onde cada um é incitado a colocar no pedestal o paraíso, jamais ameaçado, do seu bem-estar pessoal, garantido pela tutela farmacológica.

Complementa Safatle:

[...] passamos de uma sociedade de satisfação administrada para uma sociedade de insatisfação administrada, na qual ninguém realmente acredita nas promessas de gozo veiculadas pelo sistema de mercadorias – as quais são colocadas para serem descartadas – a começar pelo próprio sistema, que as apresenta cada vez mais auto irônica e crítica. Sociedade em que os vínculos com os objetos são frágeis, mas que ao mesmo tempo é capaz de se alimentar desta fragilidade e disponibilizar a forma

vazia da reconfiguração incessante que passa por e anula todo conteúdo determinado (SAFATLE 2005 p. 132).

Torna-se visível, portanto que a insatisfação deve existir e se estabelecer, para, então, novamente buscar-se algo para suprimir essa “falta”, que se retroalimenta e se sustenta por essa insatisfação. E o eufórico consumo de medicamentos objetiva uma vida menos frívola, estressante, apreensiva, sendo o vazio a falta de algo, assim preenchida. É preciso passar pelas dificuldades, pelas inseguranças e pelas desgraças sem ser minimamente afetado por elas. A visão da morte – ameaça constante como aparecia em propagandas de medicamentos do início do século – deve ser suprimida ou esquecida (Figura 7). Com isso, perdeu-se a capacidade ou a sabedoria para lidar com essas situações e, para sanar esse despreparo, a automedicação é uma grande possibilidade.

Interessante analisar que, quanto maiores são os apelos para a dopagem dos sujeitos, menores e escassas são as políticas públicas e os processos educacionais para a promoção social do bem-estar coletivo. Essa situação torna-se visível no Brasil se se refletir sobre os constantes problemas de saúde pública. Cada sujeito e somente ele passa a ser responsabilizado pelos seus tormentos. A vulnerabilidade da existência é inseparável da degradação da autoestima. Como cada um individualmente já não pode “dar conta” de si, o anestesiamiento passa a ser praticamente a única maneira de ser docilmente feliz. E, como afirma Roudinesco (2000 p. 16): “todo indivíduo tem o direito e, portanto, o dever de não mais manifestar seu sofrimento”.

Complementa Moulin:

Ao invés de extrair a felicidade de suas atividades diárias elas extraem de seus armários cheios de medicamentos. Agora, já não é preciso lutar para vencer os problemas. Nada precisa de fato ser mudado na vida derrotada. Basta que a dopagem deixe as pessoas artificialmente felizes (MOULIN, 2008 p. 132).



Figura 7: *A Cigarra*, São Paulo, 1921. Fonte: Brasil. ANVISA, 2008

Em outros tempos, experimentava-se a felicidade atravessando certas situações da vida, às vezes cotidianas, vencendo obstáculos afetivos, profissionais, etc. A obsessão em comprar e em manter a sensação artificial de felicidade enobrece a vida feliz de pessoas tranquilizadas e acalmadas. Busca-se a adequação, em lugar de modificar ou estabelecer uma criticidade, um questionamento. E o cinismo tem um papel fundamental nesse processo, ironizando, de forma absoluta, toda e qualquer determinação.

Safatle afirma:

Os sujeitos não são mais chamados a se identificarem com tipos ideais construídos a partir de identidade fixas e determinadas, o que exigiria engajamentos e uma ética de convicção. Eles são cada vez mais chamados a sustentarem identificações irônicas, na quais os sujeito a todo momento afirma sua distância em relação aquilo que ele está representando, ou ainda, em relação a suas próprias ações (SAFATLE, 2005 p. 132).

Essa ironização absoluta dos modos de vida nada mais é do que um reflexo dessa nova figura social do supereu, sem lei ou regulação. Ocorre um esquecimento de que enfrentar as dores pode ser uma fonte mais segura de uma vida feliz.

O estado de entorpecimento cotidiano de milhares de pessoas sufoca suas consciências para terem vidas mais felizes. Dworkin (2007, p. 24) destaca que, embora dolorosa, a infelicidade é indispensável para o desenvolvimento da consciência saudável. A infelicidade ensina a uma pessoa o que significa sentir-se insatisfeita ou envergonhada e pode apontar o caminho para uma vida digna⁴⁶. Ressalta também (p. 15) que, por estarem dopadas, as pessoas perdem o impulso necessário para a mudança de vida e “ficam em seus velhos trilhos estagnadas em um charco de falsa felicidade, e sacrificam qualquer possibilidade de cair na realidade”.

2.2 Dimensão política da medicalização

Pode-se entender como política as ações planejadas, executadas e estabelecidas pelo bem de um grupo, uma cidade, um país, ou como regulamentação de toda uma ideologia ou um conjunto de leis. No contexto em estudo, observa-se que existe todo um sistema de saúde gerenciado por políticas públicas – regras – que têm o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, estabelecidas por instituições que fomentam toda a inserção do sujeito na sociedade, estabelecendo diretrizes para todas as instâncias do sujeito. Todos são, portanto, permeados por diferentes políticas de instituições diversas diariamente.

46 Interessante ressaltar também que as infelicidades e dores moldam e ensinam a valorizar certas situações que não seriam possíveis sem essa visão contrária do processo.

2.2.1 O saber e o poder médico

Saber e poder se complementam: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. Assim funcionam os hospitais e os médicos, como instrumentos de produção, acúmulo e transmissão de saber (FOUCAULT, 1982). As instituições, portanto, fomentam esse processo de inserção do sujeito e sua subordinação a todo um sistema institucionalizado, do qual não consegue se separar ou sair.

A automedicação também se estabelece por uma situação de poder e de subordinação, pois o saber médico é a verdade, é a ciência. Sob a aparente neutralidade, oculta-se uma semântica social que reafirma o monopólio do saber e do poder médico quanto à decisão do uso de medicamentos. A compartimentalização de saberes contribui para essa concepção, sendo a ciência a razão suprema e seu representante, o médico.

Interessante também, analisar a frase: “AO PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO”. Essa persistente assertiva dá a impressão de que a automedicação é uma normalidade, colocando a automedicação como necessidade ao percebermos a afirmação: “ao persistirem o sintomas” já nos mostra que deve-se usar medicamentos, mas se não resolverem, procura-se o médico. Ao mesmo tempo, continuando-se a análise, tem-se a impressão de que somente o médico deve ser o gerenciador da saúde, estabelecendo a relação de poder e confiança com o sujeito.

Foucault (1982) também esclarece que o poder em si não existe, mas relações de poder, o qual se exerce, se efetua. Acrescenta ainda que, onde há poder, há resistência, e rejeita uma concepção do poder inspirada pelo modelo econômico, que o considera como uma mercadoria. “Ele é luta, afrontamento, relação de força, situação estratégica.” Essas relações de poder são estabelecidas também por instituições, as quais, por sua vez, existem para e por uma ordem estabelecida.

As instituições devem conservar e disponibilizar o sentido tanto para o agir do sujeito em diversas áreas de ação quanto para toda sua conduta. A partir da educação ou da doutrinação orientada, visa-se a que o sujeito integre-se às normas da sociedade. E por meio do controle e da censura, do que é publicamente dito, ensinado e pregado deve-se impedir a difusão de opiniões divergentes (BERGER & LUCKMANN, 2004).

[...] é notório que as "grandes" instituições vinculam "seus" sentidos específicos – ultrapassando a racionalidade de sua organização de ação – a valores gerais como, por exemplo, o "bem comum". Esta ultrapassagem do mínimo pode satisfazer finalidades sobretudo legitimadoras, ao passo que os esquemas da ação propriamente ditos permanecem intocados. [...] As instituições dizem ao indivíduo como se comportar em relação aos outros, isto é, pessoas e grupos diferentes dele em seu projeto de vida. Mas não lhe dizem como deve levar bem concretamente sua própria vida, quando a validade inquestionável das ordens tradicionais for abalada (BERGER & LUCKMANN, 2004 p. 35).

O que aparece como evidente é a existência de formas de exercício do poder diferentes do Estado, a ele articuladas de maneiras variadas e que são indispensáveis inclusive à sua sustentação e à sua atuação eficaz. Formas essas que intervêm materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos sujeitos – o seu corpo – e que se situa no nível do próprio corpo social e não acima dele, penetrando na vida cotidiana e, por isso, podendo ser caracterizado como micro poder ou subpoder (FOUCAULT, 1982).

Salienta ainda Foucault, (1982 p. 22):

Vivemos cada vez mais sob o domínio do perito. Mais especificamente, a partir do século XIX, todo agente do poder vai ser um agente de constituição do saber, devendo enviar aos que lhe delegaram um poder, um determinado saber correlativo do poder que exerce. [...] é o saber enquanto tal que se encontra dotado institucionalmente de determinado poder. O saber funciona na sociedade dotado de poder. É enquanto saber que tem poder.

Essas são consequências da modernidade, para as quais Safatle (2005) afirma que não é necessária uma real identificação fixa e determinada do sujeito, mas devem sustentar identificações irônicas, ou seja, identificações nas quais, a todo o momento, os sujeitos afirmam sua distância em relação àquilo que estão representando, ou ainda, em relação às suas próprias ações, baseadas em programas criados pelas instituições.

Afirma ainda Berger:

As instituições criam "programas" para a execução da interação social e para a "realização" de currículos de vida. Elas fornecem padrões comprovados segundo os quais a pessoa pode orientar seu comportamento. Praticando esses modos "prescritos" de comportamento, aprende a cumprir as expectativas ligadas a certos papéis como casado, pai, empregado, contribuinte, transeunte, consumidor. Quando as instituições funcionam normalmente, o indivíduo cumpre os papéis a ele atribuídos pela sociedade na forma de esquemas institucionalizados de ação e conduz sua vida no sentido de currículos de vida assegurados institucionalmente, pré-moldados socialmente (BERGER & LUCKMANN, 2004, p. 48).

A criança também reflete o intuito das instituições, começa, ao mesmo tempo, a entender as reações do outro como espelho de seu próprio comportamento. Pode compreender seus modos de proceder como ações típicas à luz dos padrões historicamente dados de experiência e ação (BERGER & LUCKMANN, 2004). A própria criança se posiciona em

relação às reservas sociais de sentido. Nesses processos, desenvolve progressivamente sua identidade pessoal. Assim que entende o sentido de seu agir, também entende que lhe cabe responsabilidade sobre ele. E é isso que constitui a essência da identidade pessoal: controle subjetivo sobre uma ação pela qual se é responsável objetivamente.

Berger e Luckmann (2004) ainda explicitam um conceito chamado pluralismo, que seria a coexistência de diferentes ordens de valores e seus fragmentos levando a existência paralela de comunidades de sentido bem diferentes. Ele leva a um enorme relativismo dos sistemas de valores e da interpretação. Categorias como "alienação" e "anomia" são propostas para caracterizar a dificuldade das pessoas de encontrar um caminho no mundo moderno, insegurança, confusão, excesso de possibilidades.

O pluralismo, por sua vez, ameaça o poder das instituições, pois os sujeitos começam a refletir sobre os papéis institucionais relevantes, as identidades, os esquemas de interpretação, os valores e as maneiras de ver o mundo (BERGER & LUCKMANN, 2004). O sujeito sente-se inseguro em um mundo confuso e cheio de possibilidades de interpretação e, como outros também estão comprometidos com diferentes possibilidades de vida, sente-se perdido. Nessa perda, deve-se buscar alguém que tem o saber, supostamente, para dirimi-lo. Insere-se então, com um papel fundamental, os sistemas de saúde e poder médico.

Baremblytt (1996), por sua vez, considera que as relações humanas na sociedade contemporânea se tornaram extremamente complexas e que a produção de conhecimento intensificou-se significativamente. Nesse cenário, o conhecimento científico ocupou um lugar de destaque pela pretensão de garantir uma ação mais objetiva sobre essa realidade. Tais circunstâncias produziram em nossa sociedade a figura do *expert*, ou seja, do sujeito cuja formação oferece uma condição privilegiada para falar sobre um determinado assunto e, no nosso caso, o médico. Esse profissional, pela forma como a sociedade se organiza, está frequentemente a serviço de grupos, de empresas ou de instituições que podem pagar pelo seu trabalho. O autor acrescenta também:

Nessa divisão social do trabalho, a sociedade civil viu-se despossuída daqueles conhecimentos que antes eram socialmente validados, conhecimentos que organizavam seu cotidiano. Esse saber é considerado, pelo pensamento moderno, "rudimentar e inadequado", alienando as pessoas da possibilidade de gerenciar as instituições das quais fazem parte e mesmo suas próprias vidas. Cria-se uma dependência em relação ao *expert*, personagem legitimado por seus conhecimentos considerados universais e responsável por fazer diagnósticos e intervenções sobre problemas diversos, inclusive sociais (BAREMBLYTT, 1996 p. 13).

As políticas públicas muitas vezes partem do pressuposto de necessidades universais nas instituições sociais, como se essas necessidades fossem inequívocas, naturais, esquecendo-se das individualidades, dos valores, e das necessidades.

Giddens (1991), por sua vez, discorre sobre as relações de confiança, que estabelecem, na maioria dos casos, uma relação intrínseca de compromisso com alguém que no caso, tem o poder, o saber. A fé que a confiança envolve não pressupõe sempre um ato consciente de compromisso. Atitudes de confiança são passíveis de ser fortemente influenciadas por atualizações de conhecimento que, por meio dos meios de comunicação e de outras fontes, são proporcionadas tanto para leigos como para os peritos técnicos.

A confiança nos outros é desenvolvida em conjunção com a formação de um senso interno de confiabilidade, que fornece posteriormente uma base para uma auto-identidade estável. Desde cedo, portanto, a confiança implica uma mutualidade de experiência (GIDDENS, 1991 p. 97).

Esse processo é o mesmo para marcas de produtos ou medicamentos, em que temos que confiar para consumir o que vemos em uma propaganda específica (Figura 8), ou indicação de um perito.

O autor ressalta também que a confiança está vinculada não ao risco, mas à contingência⁴⁷, ela resulta da credibilidade em face de consequências contingentes, não importando se esses resultados decorram das ações humanas ou das operações de sistemas. A confiança não se confunde com a fé na credibilidade de uma pessoa ou de um sistema; ela deriva dessa fé. Seria uma espécie de elo que liga fé e crença (GIDDENS, 1991). Quando se fala em confiança em sistemas peritos, não se referimos à fé na probidade moral dos outros, mas na fé na correção de princípios dos quais se é ignorante; por isso, confiança seria a

[...] crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (GIDDENS, 1991 p. 39).

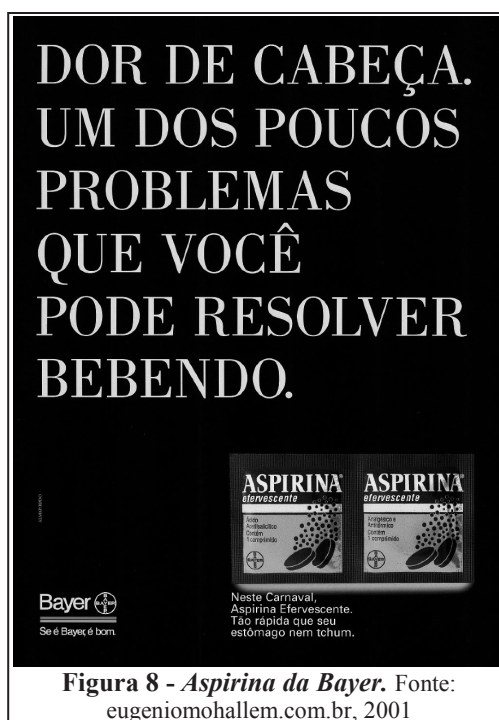


Figura 8 - Aspirina da Bayer. Fonte: eugeniomohallem.com.br, 2001

47 **Contingência** é o status de proposições que não são necessariamente verdadeiras nem necessariamente falsas.

Dessa forma, um sujeito que não considera alternativas ou está em algum tipo de crise, ou está em uma situação de crença; enquanto que alguém que reconhece essas alternativas e tenta calcular os riscos assim reconhecidos, engaja-se em confiança. E nessa necessidade, o profissional, o “perito” coloca-se como possibilidade alcançável.

Giddens (1991) ocupa-se em esclarecer por que a maioria das pessoas, a maior parte do tempo, confia em práticas e em mecanismos sociais sobre os quais seu próprio conhecimento técnico é superficial ou inexistente.

Para tanto, faz algumas observações: as crianças na escola não aprendem apenas as descobertas científicas, mas a respeitarem o conhecimento técnico de todos os tipos. Dessa forma, a ciência mantém uma imagem de conhecimento fidedigno. Giddens acrescenta que as atitudes leigas em relação à ciência e ao conhecimento técnico são tipicamente ambivalentes: só se exige confiança quando há ignorância, no entanto, a ignorância sempre fornece terreno para o ceticismo e à cautela.

Na modernidade, atitudes de confiança aos sistemas abstratos são, via de regra, incorporadas à continuidade das atividades cotidianas e reforçadas pelas circunstâncias do dia a dia.

No sujeito adulto, verifica-se a existência de um elo entre confiança, segurança ontológica e o sentimento de continuidade das coisas. Há uma clara vinculação entre rotina e segurança ontológica: “a previsibilidade das rotinas, aparentemente sem importância da vida cotidiana está profundamente envolvida com um sentimento de segurança psicológica” (GIDDENS, 1991, p.100). Quando a rotina sofre alteração, portanto, a ansiedade pode “transbordar” e traços da personalidade do sujeito podem ser afetados.

Um paradoxo apresentado pelo autor: “a rotina é psicologicamente relaxante, mas num sentido importante ela não é algo a respeito do qual se possa estar relaxado” (GIDDENS, 1991, p.101). Além disso, a rotina só pode ser mantida com base na vigilância das partes envolvidas. Nessa necessidade de manter a rotina e na ausência dessa vigilância, ocorre a necessidade de aporte, de ajuda do profissional, do perito que possui o saber, e das instituições que o fomentam.

2.2.2 Política pública de saúde no Brasil: O SUS

A política pública é uma forma de manifestação da dimensão política. Tem-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como exemplo de uma política direcionada para melhorar a qualidade de vida e para amplificar os serviços de saúde para toda a população, com uma

função institucional. Como sistema, faz parte do Ministério da Saúde e é gerenciador de diversas agências que fazem a regulação de medicamentos, de serviços médicos, hospitalares, etc.

Em 1988, com a Constituição Federal foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011 p. 24).

O SUS é protagonista de políticas públicas exemplares para todo o mundo. Antes da criação do SUS, que completou 20 anos em 2008, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2009).

O Sistema vai ao encontro do que estabelece a Constituição em seu artigo 196, o qual cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁴⁸”. Com esse artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

No que tange a medicamentos, estabelece-se a assistência farmacêutica, que se define como:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à viabilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional [...]. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2009 p. 39).

48 Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

Os eixos estratégicos da política abrangem principalmente a descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada⁴⁹ e visando à superação de fragmentação em programas desarticulados e à ampliação e à qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica, na rede pública de saúde, por meio da modernização e da ampliação da capacidade instalada e de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais. Com essas estratégias, pretende-se garantir o acesso da população aos medicamentos seguros, eficazes, de qualidade e a baixo custo, além da promoção de seu uso racional (BRASIL, 2009 p. 257). Deve-se levar em consideração, nesse contexto, as demandas sempre crescentes frente ao orçamento restrito. Em vista disso, o Estado orienta-se para a provisão de medicamentos considerados essenciais ou que combatam as doenças de grande impacto para a saúde pública.

O órgão regulador na área de medicamentos é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Ministério da Saúde, responsável por notificações e por análises de queixas de sujeitos relacionadas a efeitos de medicamentos e também a reações adversas não previstas. A unidade monitora as atividades de fármaco vigilância em todo o mundo, produzindo alertas de restrição ou de proibição de medicamentos.

O monitoramento do mercado brasileiro de medicamentos também é executado pela ANVISA. Por meio da Gerência de Regulação Econômica, a Agência executa atividades que buscam desenvolver, administrar e fiscalizar os procedimentos desse mercado, com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais, estimulando a concorrência no setor (BRASIL, 2009). Nesse contexto, também foi sancionada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), cujo texto determina que o uso de produtos farmacêuticos deva se dar de forma racional, ética e correta, indicando explicitamente a necessidade de um maior “controle da propaganda dos medicamentos de venda livre” (BRASIL, 2010).

2.3 Dimensão epistemológica da medicalização: o cartesianismo e a perspectiva da complexidade

A dimensão epistemológica refere-se ao conjunto de questões que se situam no campo teórico-conceitual e que dizem respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e

49 Pactuada: processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos Estados e Municípios brasileiros. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando as parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios.

autorizam o saber. Aqui se incluem a revisão do próprio conceito de ciência como produção de Verdade, ou de neutralidade das ciências. A noção de saúde e de doença na sociedade ocidental é marcada pela hegemonia da ciência cartesiana, que se origina no paradigma mecanicista e analítico de René Descartes⁵⁰, aliado ao empirismo de Francis Bacon⁵¹, e reforçado pelo positivismo de Augusto Comte⁵². Nesse paradigma, o todo é dado pela soma das partes e a noção de causalidade linear é prevalente, apesar das recentes mudanças ocorridas nas teorias científicas, principalmente provindas da física. O paradigma cartesiano influencia a medicina científica moderna de maneira indissociável até os dias de hoje.

No paradigma cartesiano, o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada peça a peça; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados sob o ponto de vista da biologia celular e molecular e o papel dos profissionais de saúde é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. São excluídas com rigidez as práticas tradicionais como a homeopatia, acupuntura e, mais recentemente, a medicina holística.

O conhecimento científico seria uma representação fiel da realidade observada e a cognição, o processo pelo qual se chega a essa representação. O cientista é o investigador biomédico e a realidade a ser estudada e tratada são as doenças dos sujeitos. Segundo Camargo (1993), não há propriamente uma teoria ou um conceito biomédico de doença explicitamente posto. Todavia, há algumas proposições que não estão escritas em lugar algum, que *operam* como se fossem uma “teoria das doenças”:

[...] as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; elas se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (CAMARGO, 1993 p. 365).

Não sendo explicitadas, tais proposições não podem ser confrontadas nem discutidas, impregnando cada palmo da atividade médica. Assim, na lógica hegemônica da biociência, a

50 Descartes entende, fundamentalmente, que o ser humano é um ser pensante que tem um corpo. Daí a afirmação de um dualismo antropológico, em que a razão é vista como separada do corpo, que este é extensão daquela. Razão e corpo formam duas substâncias. Mas o corpo, em última instância, é uma máquina cujo controle é detido pelo ser pensante.

51 Francis Bacon (1561- 1626) é o iniciador do Empirismo. Em suas investigações, ocupou-se especialmente da metodologia científica e do Empirismo – do qual é iniciador, sendo muitas vezes chamado de "fundador da ciência moderna".

52 Auguste Comte, pensador francês (1798-1857), está indissociavelmente ligado ao Positivismo, corrente filosófica que ele fundou com o objetivo de reorganizar o conhecimento humano e que teve grande influência no Brasil. Comte também é considerado o grande sistematizador da Sociologia.

realidade supostamente objetiva da doença se manifestaria por meio dos “dados objetivos” obtidos de maneira sistemática, seja das pesquisas científicas, seja de cada doente.

Das primeiras obter-se-ia a real definição, classificação e mecanismos de ação das doenças, com respectivos corretivos mecânicos e químicos – no que consiste o saber médico diagnóstico e terapêutico. De cada doente só se teria que resolver o enigma de descobrir qual a entidade doença que nele se apresenta e eliminá-la (TESSER, 1999 p. 360).

Essa ontologização⁵³ das doenças, no entanto, mostra-se ilusória, porque seu caráter construtivo não é fácil de ser percebido. As disciplinas que definem as doenças operacionalmente são, em essência, a clínica e a epidemiologia (CAMARGO, 1993).

A perspectiva epistemológica da biomedicina é positivista, assentada na pressuposição de encontrar na razão um critério inequívoco de determinação de cientificidade, frequentemente associado de modo excludente a ideias de verdade e de reprodução fidedigna de um mundo real (TESSER, 2002).

Acrescenta ainda Tesser (2002, p. 364):

Enquanto a enfermidade é uma condição do ser humano total, a doença é a condição determinada por parte do corpo e, em vez de tratarem os pacientes que estão enfermos, os médicos concentram-se no tratamento das suas doenças. Àqueles cabe descobrir a doença, classificá-la de acordo com a nosografia médica e então administrar tratamento atual (em voga na ciência). As doenças, seus critérios diagnósticos e fatores de risco, de intersecção variável com o adoecimento e a vida levada pelos doentes obscurecem um vislumbre sobre a evolução global do paciente. Este está "esquartejado" epistemologicamente por síndromes e doenças de aparelhos orgânicos (especialistas) bem separados por uma fisiologia e fisiopatologia biomecânica que sabe muito de patologias, microrganismos, moléculas, órgãos, tecidos e sistemas do corpo e pouco das ligações e inter-relações sutis e complexas entre tudo isso e a vida vivida pelo doente.

Quatro séculos depois de Descartes, a medicina ainda mantém esse paradigma o qual redundou em uma abordagem hospitalocêntrica, curativista e verticalizada dos sistemas de saúde. Com o paradigma cartesiano, todo o sistema de saúde se estabelece para a minimização ou eliminação das consequências, não das causas, pois podem não ser totalmente comprovadas pela ciência e poderiam advir de outras possibilidades, como psicológicas, sociais, culturais. Essas outras causas costumam ser ignoradas pela medicina tradicional e ocorre a tensão somente ao processo final de uma doença.

Ao dissociar o ser humano em mente de um lado e corpo de outro, criou-se um dualismo que dificultou a concepção do homem como parte do universo, negando suas

53 A ontologia trata do ser enquanto ser, isto é, do ser concebido como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres. Costuma ser confundida com metafísica. (SCHOPENHAUER, 2005).

dimensões individuais, sociais, emocionais, ecológicas, bem como dificultando uma visão sistêmica dos organismos vivos e, conseqüentemente, uma visão sistêmica da saúde. O corpo (objetivo) foi privilegiado no processo de tratamento e de cura, em detrimento da mente (subjetiva), esquecendo-se de que o homem é também produto do meio em que vive. Sendo assim, o ser humano na sua totalidade é resultante de uma combinação de fatores biopsicossociais, ou seja, o todo é muito mais do que a soma das partes.

Na segunda metade do século XX, iniciou-se uma crise no modelo cartesiano-positivista até então dominante na saúde. Como resultado dessa crise, despontou a teoria da complexidade, que estuda os sistemas complexos e os fenômenos emergentes atuais associados. Trata-se, pois, de uma teoria rica em significados, que vem se afirmando nas últimas décadas, sobretudo no que diz respeito à transformação em curso no mundo da pesquisa científica, em razão da crescente tendência a negar a linearidade do conhecimento científico, em que se pode incluir o particionamento dos saberes na saúde.

Morin (2000) é um dos autores que teoriza sobre a complexidade afirmando que, diante dos problemas complexos que as sociedades contemporâneas hoje enfrentam, estudos de caráter intertransdisciplinar poderiam resultar em análises satisfatórias de tais complexidades.

Segundo Morin (2000) a primeira vista, a complexidade é um tecido de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados: coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Na segunda abordagem, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem o nosso mundo fenomenal. Mas então a complexidade apresenta-se com os traços inquietantes da confusão, do inextricável, da desordem no caos, da ambigüidade, da incerteza... Daí a necessidade, para o conhecimento, de pôr ordem nos fenômenos ao rejeitar a desordem, de afastar o incerto, isto é, de selecionar os elementos de ordem e de certeza, de retirar a ambigüidade, de clarificar, de distinguir, de hierarquizar, e com isso, estabelecer parâmetros mais definidos para essa solubilidade. Esta, que leva a um desconforto considerável, ao não entendimento da realidade.

Morin (2010, p. 78) afirma ainda que:

Por detrás do desafio do global e do complexo, esconde-se um outro desafio: o da expansão descontrolada do saber. O crescimento ininterrupto dos conhecimentos constrói uma gigantesca torre de Babel, que murmura linguagens discordantes. [...] O conhecimento só é conhecimento enquanto organização, relacionado com as informações e inserido no contexto destas.

A vida contemporânea mostra a possibilidade da reflexão sobre a necessidade de se adotar novas posturas e comportamentos que são influenciados pelo modo de pensar; dito de outra forma, os pensamentos determinam as práticas que se estabelecem e se desenvolvem nas sociedades. Cada vez mais é visível um excesso de possibilidades, de superficialidade, de não reflexão nos acontecimentos, nem nas causas dos processos, tornando-se superficiais, descartáveis, solúveis.

Já é visível também um movimento para a necessidade de mudar, criar novas alternativas e desenvolver critérios e procedimentos éticos diversificados, para que o sujeito se sinta inserido nessa sociedade da descartabilidade. É preciso resistir e manter viva a esperança de transformação, em um mundo cada vez mais excludente e violento. “A resistência é o outro lado da esperança” (MORIN, 1997).

O sujeito está na sociedade que está no sujeito. A pessoa faz parte de uma comunidade, a qual faz parte da pessoa com suas normas, linguagem e cultura que, ao mesmo tempo, é produto dessa sociedade e produtora de sua manutenção e do *status quo*. Para mantê-lo, o sujeito deve se inserir, consumir. Se isso não ocorrer, ele está fadado à exclusão dos meios em que se insere, e das instituições. Esse é um princípio da epistemologia da complexidade que entende que a parte está no todo assim como o todo está na parte. Cada parte conserva suas qualidades próprias e individuais, em contrapartida, contém a totalidade do real.

Ainda que o sujeito apresente semelhanças étnicas, culturais e sociais, tem também características peculiares. É um ser ímpar, com seus valores e seu caráter, moldados pelas experiências vivenciadas, sofridas. Afirma ainda Morin (1997) que, ao construir sua identidade, que pressupõe liberdade e autonomia, o homem e a mulher tornam-se sujeitos, a partir das dependências que alimentam como, por exemplo, as da família, da escola, da linguagem, da cultura e da sociedade.

Da mesma forma, a complexidade indica que tudo se liga a tudo e, reciprocamente, em uma rede relacional e interdependente. Nada está isolado no Cosmos, mas sempre em relação a algo. Ao mesmo tempo em que o sujeito é autônomo, é dependente, em uma circularidade que o singulariza e distingue-o simultaneamente. Como o termo latino indica: “*Complexus* – o que é tecido junto” (MORIN, 1997).

Essa reflexão remete a outras duas idéias, igualmente importantes e necessárias para a compreensão da complexidade humana. Trata-se de o ser humano não ser somente um ser

biológico, particionado, cartesiano. Sua natureza é multidimensional; ele é trinitário. Faz parte da espécie do *Homo sapiens*, é membro de uma sociedade e é um sujeito.

[...] há algo mais do que a singularidade ou que a diferença de indivíduo para indivíduo, é o facto que cada indivíduo é um sujeito. O ser humano traz em si um conjunto de características antagônicas e bipolares. Ao mesmo tempo em que é sábio, é louco; é prosaico e é poético; é trabalhador e lúdico; é simultaneamente empírico e imaginário. Vive de muitos jeitos e se apresenta de várias maneiras. É unidade e diversidade; é multiplicidade, pluralidade e indissociabilidade; é corpo, idéias e afetividade. É um *Homo complexus* (MORIN, 1991, p. 78).

Deve-se analisar esse sujeito que, complexo, é como diz Morin (2000), *sapiens* e *demens* (sábio, inteligente, ao mesmo tempo, angustiado, instável) na relação consigo, com o outro e com o universo. A prática se efetiva pela reflexão, em um movimento circular de ação, reflexão e ação: um momento modificando o outro e modificando a si mesmo, simultaneamente.

Morin (1991) cita também que a vida humana, assim como o conhecimento, é uma aventura; uma viagem rumo ao incerto. É importante, por isso, que a reflexão esteja sempre ao lado da auto reflexão, e a crítica, ao lado da autocrítica, para que os sujeitos se percebam também como sujeitos. Todo sujeito é construtor do futuro, que é incerto.

Uma epistemologia da complexidade incorpora não só aspectos e categorias da ciência, da filosofia e das artes, como também os diversos tipos de pensamento, sejam eles míticos, mágicos, empíricos, racionais, lógicos, em uma rede relacional que faz emergir o sujeito no diálogo constante com o objeto do conhecimento. Considera a comunicação entre as diversas áreas do saber e compreende ordem, desordem e organização como fases importantes e necessárias de um processo que culmina no auto-eco-organização de todos os sistemas vivos. Wallerstein (2002, p. 96) também afirma que:

As alegações dos cientistas de que a ciência representava o único caminho para encontrar a verdade ganharam amplo apoio cultural [...] eles passaram a ser os construtores dominantes do saber.

Com isso a política da ciência seria a correta e os medicamentos, provenientes dela – a única verdade – é que seriam os salvadores de todas as moléstias. Essa é a concepção da medicina do Ocidente, baseada no consumo para que o sujeito possa estar inserido e se sentir bem.

Wallerstein (2002) cita ainda que há, ao mesmo tempo, a disjunção radical dos saberes entre disciplinas e a enorme dificuldade em se estabelecer um ponto comum entre elas. Pode-se dizer que a disjunção ocorre entre o humano (social) e o científico, levando a uma

dissociação, deixando o mundo mais compartimentado. Com isso, mais difícil de estabelecer um entendimento global, tornando mais eficiente a propaganda de medicamentos devido à falta de informação, de visão do todo. Assim sendo, não se estabelecem as possibilidades de prevenção, diminuindo custos sociais e individuais.

Vemos também uma definição em Queiroz (1986 p. 28):

A medicina ocidental moderna desenvolveu-se mudando uma cosmologia voltada para a pessoa humana para uma cosmologia voltada para o objeto. Tem havido ganhos e perdas nesse processo. Por um lado, houve aperfeiçoamento de técnicas terapêuticas e o desenvolvimento de um corpo consistente de conhecimentos com a concomitante redução da controvérsia sobre a natureza da doença e de seu tratamento; por outro lado, a medicina perdeu sua visão unificadora do paciente em particular e da vida em geral como agentes que resultam, na saúde e na doença, de fatores ambientais, sociais e econômicos, além dos fatores biológicos.

A realidade mostra que se está à sombra de uma estrutura viciante e colonizante bem maior, alimentando todo um sistema indutório, o qual induz ao uso de medicamentos, por exemplo, ao consumo sem limites, e essa instabilidade e essa incerteza nem sempre podem ser suportadas com normalidade. Nesse contexto, inserem-se os sistemas de saúde, os medicamentos e o consumo como uma maneira de tornar mais palatável o cotidiano, a vida, as relações, dirimir os problemas, induzindo uma ilusória maneira de melhor suportar as “intempéries” da vida, com a medicalização dos estados de ânimo.

CAPITULO 3 – AUTOMEDICAÇÃO

A automedicação é um fenômeno potencialmente nocivo à saúde individual e coletiva, pois nenhum medicamento é inócuo ao organismo. O uso indevido de substâncias, e até mesmo drogas consideradas "banais" pela população, como os analgésicos, pode acarretar diversas consequências como resistência bacteriana, reações de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, síndromes de abstinência e ainda aumentar o risco para determinadas neoplasias. Além disso, o alívio momentâneo dos sintomas encobre a doença de base que passa despercebida e pode, assim, progredir (SOIBELMAN, 1986).

3.1 Automedicação: conceitos, características e consequências

Se se fosse definir literalmente a automedicação, ela poderia ser entendida como “o uso de medicamentos sem prévia indicação médica, em outras palavras, é a ingestão de medicamentos por conta e risco por um sujeito”, estabelecendo como normalidade a exclusão de qualquer legitimidade profissional do médico que deve prescrever o medicamento.

Lefèvre (1983, p. 502) define a automedicação como uma necessidade simbólica, pautada pela necessidade de consumo:

O uso de medicamentos frequentemente é associado a um símbolo de saúde e tem ganhado espaço entre a população mundial. Desta forma, a necessidade da prescrição para se adquirir o medicamento tem representado uma limitação da liberdade pessoal.

Frente a essa liberdade, o sujeito se sentiria legitimado a fazer uso de medicamentos. O autor acrescenta ainda:

[...] a função simbólica do medicamento pressupõe que a enfermidade seja considerada um fato orgânico, enfrentável através da mercadoria remédio, que é vista como o único modo cientificamente válido de se obter um valor altamente desejado (a saúde), no contexto de uma sociedade imatura (LEFÈVRE (1983, p. 503).

A concepção que se tem é que, como qualquer outra mercadoria, seu consumo resolve o problema ou a doença, como se o corpo humano fosse formado por partes independentes, como peças, sem preocupação com interferências.

A automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido. É evidente que o risco dessa

prática está correlacionado com o grau de instrução e de informação dos usuários sobre medicamentos, bem como com a falta de acessibilidade ao sistema de saúde. Certamente, a qualidade da oferta de medicamentos e a eficiência do trabalho das várias instâncias que controlam esse mercado também exercem papel de grande relevância nos riscos implícitos na automedicação (ARRAIS, 1997).

Quanto às reações adversas, bem como aos “efeitos colaterais” da automedicação, alguns sujeitos são mais vulneráveis. Assim sendo, o uso de medicamentos deve ser feito com especial cautela em certos grupos populacionais. Sujeitos que fazem uso de vários medicamentos simultaneamente (poli medicação) são particularmente vulneráveis à ocorrência de reações indesejáveis relacionadas às interações que ocorrem entre os fármacos utilizados, quando alguns medicamentos podem potencializar a ação de outros, em um efeito sinérgico, podendo promover o exagero de efeitos, inclusive os adversos. Essas interações entre fármacos podem ainda promover efeitos antagônicos que culminam na diminuição de seus efeitos, contribuindo para a ineficácia do tratamento, bem como podem causar doenças graves. A dose exagerada de comprimidos para resfriado, por exemplo, pode ter como efeito colateral o aumento da pressão sanguínea⁵⁴.

O idoso, por sua vez, torna-se particularmente vulnerável às reações adversas dos medicamentos que utiliza, pois frequentemente apresenta acúmulo de morbidades que o levam a utilizar várias especialidades farmacêuticas ao mesmo tempo, além do processo de envelhecimento que muitas vezes causa redução na sua capacidade de metabolização de substâncias (PELICIONI, 2005).

Como a gestão dos interesses de saúde pública é de responsabilidade do Estado, torna-se visível a necessidade de uma estrutura mais qualificada dos serviços públicos para suprir, atender, orientar e estabelecer, primeiramente, a prevenção a partir de medidas de regulação e de fiscalização, e depois as consequências dos casos de efeitos colaterais provenientes da automedicação.

Deve-se salientar a importância da contribuição das propagandas, estimulando a automedicação, conseqüentemente, o consumo irracional e incorreto de medicamentos. Desde o início do século XX, as propagandas proclamam que os produtos anunciados são a salvação do sujeito.

No Brasil, onde, de acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas

54 Em <http://www.abril.com.br/noticias/ciencia-saude/> pesquisado em 19/06/2010

(ABIFARMA), cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação, a má qualidade da oferta de medicamentos, o não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informação e de instrução da população em geral justificam a preocupação com a qualidade da automedicação praticada no país. Estudos populacionais sobre a prevalência e sobre os fatores associados ao tema são raros.

Dentro desse contexto, e com o objetivo de diminuir o consumo, distribuição e proliferação medicamentosa, a ANVISA estabelece a Política Nacional de Medicamentos (PNM), fomentando o uso de medicamentos de forma racional, ética e correta (BRASIL, 2010). É uma tentativa de estabelecer padrões e racionalidade para as proliferadas propagandas.

O consumo de medicamentos no Estado do Rio Grande do Sul, mais especificamente na região metropolitana e na capital, é bastante elevado. Esse consumo é também consequência da concentração populacional na região, respondendo por quase 40% da população do Estado. Assim, é senso comum a ideia de que mais serviços de saúde deveriam estar disponíveis, visto a população abrangida, mas o quadro que se constata é diferente. Logo, com a precariedade desses serviços, a automedicação passa a ser uma alternativa.

3.2 O contexto da pesquisa

A medicina moderna, inserida na lógica da ciência cartesiana e na dinâmica do mercado capitalista, é uma medicina individualista, baseada na relação médico-paciente, e tecnológica, conhecendo unicamente a relação de mercado do médico com o doente. Mas ignora a dimensão global, coletiva da sociedade, excluindo, muitas vezes, os aspectos biopsicossociais, detendo-se nos sinais e nos sintomas das doenças, em segmentos diferentes do corpo humano, com especificidades e altas complexidades (ZANCHI, 2010 p. 53). Esse paradigma apresenta limitações, sendo a automedicação, com seus nocivos efeitos, uma das consequências indesejáveis.

A procura por medicamentos e a necessidade de consumi-los também estão pautados como causa epistemológica, quando é analisada a perda de saberes antigos, culturais e as alternativas mais naturais e sem efeitos colaterais, como são as ervas e outras substâncias. É mais visível no contexto amazônico o uso das ervas e fitoterápicos (medicamentos preparados à base de plantas, a partir de chás ou de infusões). Esses são recursos muito utilizados por populações nativas ou por comunidades tradicionais, mas esquecidos ou ignorados pelas

populações urbanas. A Amazônia se estabelece como exceção (devido ao amplo uso da fitoterapia) para o processo mercadológico da medicina tradicional, bem como ao modelo biomédico atual, que se baseia na visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza.

O diagnóstico incorreto das doenças, utilização de dosagem insuficiente ou excessiva, aparecimento de efeitos indesejáveis graves ou de reações alérgicas são apenas alguns dos riscos causados pela automedicação. Fatores econômicos, políticos e culturais têm contribuído para o crescimento e a difusão da problemática, tornando-a um problema de saúde pública. Mais disponibilidade de produtos no mercado também gera maior familiaridade do usuário leigo com os medicamentos (FILHO, 2002).

Um estudo conjunto da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde demonstra que o mercado brasileiro dispõe de mais de 32 mil medicamentos – o Brasil situa-se em sexto lugar entre os países consumidores de medicamentos – respondendo por R\$ 14,3 bilhões dos R\$ 529 bilhões movimentados no mercado mundial⁵⁵.

A indústria farmacêutica se desenvolveu exponencialmente até se constituir a segunda economia do mundo em termos de concentração de capital. As biotecnologias abriram ainda mais o leque das potencialidades, tanto em termos de investigação quanto de mercado. Esse desenvolvimento histórico vertiginoso converteu a indústria farmacêutica em uma das atividades mais lucrativas (CAPONI, 2010). De fato,

[...] dois dos campos mais promissores desse setor são os fármacos destinados a situações da vida cotidiana que são mais facilmente maleáveis e “construíveis” com as campanhas publicitárias, isto é: as emoções (Especialmente os estados depressivos, a fobia social, a timidez extrema, etc.) e a sexualidade (a disfunção erétil e os transtornos do orgasmo) (CAPONI, 2010 p. 114).

E como afirma Safatle, (2005) drogas do lazer, e por que não, do esquecimento, do entorpecimento. Em relativamente pouco tempo, e como resultado do desenho bioquímico e de seus horizontes imaginados, ganham força algumas questões:

Qual é o potencial da farmacologia para esculpir a personalidade e alcançar a felicidade? Está-se nos limiares de uma mudança cultural, sem precedentes, que vai afetar as ideias de pessoa, os estados de ânimo e o comportamento social? Quanto é eficácia biológica e quanto é marketing no poder dessas drogas consumidas?

Não se quer negar a existência de uma doença, como a depressão, mas assinalar o abuso da prescrição ante emoções e estados comuns como a tristeza, o abatimento, o pesar, o estresse e o cansaço, que não deveriam ser medicalizados, pois simplesmente não são doenças

55 em <http://www.correiodeuberlandia.com.br/texto/2009/07/30/39110/> em 17/01/2011

e, se são tratados como tais, é em grande parte pelos interesses da indústria farmacêutica, pela organização burocrática dos sistemas de atenção à saúde, e pelas necessidades construídas pelas expectativas culturais da modernidade e da sociedade de consumo.

O estado de ânimo reorganizado em anomalia é também o sintoma de uma lógica de dessocialização que embasa seu poder mistificador na apelação exclusiva a um mundo de vísceras e alterações neuroquímicas. [...] o fetichismo da mercadoria enquanto detentora de valor, propriedade e valores próprios, e o fetichismo da doença, enquanto dissimula as relações sociais que produzem aflição e os estados de animo, enreda os atores em redes de consumo, mercantilização e hegemonia (CAPONI, 2010 p. 124).

Nesse ponto, os processos de mercantilização e medicalização parecem se encontrar e se reproduzir com mútuo apoio, gerando ilusões ou fetiches paralelos.

Afirma ainda Caponi (2010) que é habitual entre os consumidores de antidepressivos e de outros medicamentos que a sensação de euforia possa materializar-se em comportamentos que retroalimentam a sociedade de consumo, como a compra de diferentes produtos, a mudança de casa ou outras atividades. Dessa forma, o entusiasmo se sintoniza com os modelos de consumo.

Outro aspecto importante a se abordar é quanto à necessidade de investimento em pesquisa e desenvolvimento, já sinalizado desde meados da década de 1970 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Embora existam altos índices de ocorrência e de mortalidade com doenças tropicais⁵⁶ como malária, leishmaniose ou doença de Chagas, elas não têm sido um alvo de pesquisa da indústria farmacêutica. Organizações Não-Governamentais, médicos e pesquisadores afirmam que o desinteresse ocorre porque doenças tropicais, recorrentes em países subdesenvolvidos, não representam um mercado lucrativo para as indústrias. A organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) revela que somente 1% dos 1393 novos medicamentos registrados entre 1975 e 1999 destinava-se a doenças tropicais e à tuberculose⁵⁷.

Como os atingidos por essas doenças vivem justamente nos países em desenvolvimento – mais pobres – não é difícil entender por que as doenças tropicais tornam-se também doenças negligenciadas pelos grandes laboratórios farmacêuticos (QUEIROZ, 2005).

56 A expressão doenças tropicais ou exóticas ainda causa muita polêmica no meio científico. O termo traduzia um preconceito dos colonizadores europeus em relação ao clima e aos povos que habitavam os trópicos.

57 Conforme a reportagem “doenças tropicais”, do site: <http://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/03> em 11/02/2011.

De acordo ainda com a MSF, medicamentos antigos e pouco eficientes ainda são muito utilizados ao tratamento de doenças tropicais e três mil pessoas morrem por dia por não terem acesso a tratamentos mais efetivos contra, por exemplo, a malária. Enquanto isso, as indústrias farmacêuticas investem bilhões de dólares por ano em pesquisa e em desenvolvimento de novos medicamentos, concentrando seus esforços em drogas para doenças ou para necessidades típicas dos países mais ricos, nos quais teriam lucro maior. Queiroz (2005) explica que as doenças que mais atingem a população dos países desenvolvidos são as degenerativas, como problemas cardíacos ou mal de Alzheimer, enquanto que nos países pobres, incidem principalmente doenças infecciosas ou tropicais, sendo a AIDS uma exceção nesse panorama.

No rol das doenças que interessam à indústria, Andrade Júnior⁵⁸ cita ainda as chamadas drogas recreativas. O maior exemplo é o Viagra, remédio para combater a disfunção erétil que os sujeitos utilizam voluntariamente e sem receita. “As drogas são desenvolvidas visando ao mercado potencial delas e não às necessidades da sociedade, tanto é que se gasta muito mais com o marketing de um medicamento do que com a produção dos compostos em sua formulação”.

Queiroz (2005, p. 78) afirma que o interesse da indústria farmacêutica pela saúde é um mito, algo que faz parte do marketing e explica as motivações:

Não estou dizendo que por conta disso a empresa não está nem um pouco interessada na saúde. Existem várias situações em que buscar a saúde é ao mesmo tempo buscar o lucro, há uma coincidência de objetivos sanitários e econômicos. Isso ocorre frequentemente, mas a empresa não está orientada por motivos de saúde, e sim pela lucratividade. Se resolver o problema de saúde, mas não resolver o problema do lucro, ela não fará.

As indústrias farmacêuticas constituem um setor altamente monopolizado e lucrativo, que necessita de grande investimento em pesquisa e em desenvolvimento. Seguindo a lógica empresarial, os altos investimentos implicam a produção de fármacos que ofereçam maior segurança de retorno financeiro.

No Brasil, pelo menos 35% dos medicamentos são adquiridos por meio de automedicação (AQUINO, 2008). Pode-se apontar com uma das causas a facilidade de acesso a medicamentos devido ao número elevado de farmácias e de drogarias, além de práticas comerciais éticas e legalmente questionáveis cometidas por diversos estabelecimentos.

Conforme o correio Braziliense em 31/08/2009,

58 Júnior, Heitor Franco de Andrade, médico do Instituto de Medicina Tropical da USP (QUEIROZ, 2005).

a indústria da saúde aproveita o ano de crise econômica mundial para crescer no Brasil, onde a melhora da renda das classes C e D insere milhões de pessoas no mercado de consumo de medicamentos e de serviços médico-hospitalares. Pesquisa da consultoria Pricewaterhouse Coopers⁵⁹, envolvendo 70 executivos da indústria farmacêutica, distribuidoras de medicamentos e hospitais em atividade no país, constata que 86% dos laboratórios farmacêuticos estão investindo neste ano em produção e pesquisa. A grande maioria (83%) afirma que destinará até R\$ 15 milhões para desenvolver novos produtos, melhorar ou ampliar instalações e aprimorar as tecnologias usadas.

O amplo uso de medicamentos sem orientação médica, quase sempre acompanhado do desconhecimento dos malefícios que podem causar, é apontado como uma das causas dos fármacos constituírem o principal agente responsável pelas intoxicações humanas registradas no país (LESSA, et al., 2008).

No Brasil, o problema exposto vem prejudicando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que devem ser disponibilizados serviços para o tratamento dos efeitos da automedicação, reduzindo o atendimento de outras patologias, por vezes mais urgentes. Apesar da nítida melhora do SUS desde sua implementação, ainda existem dificuldades de acesso às unidades de atenção básica e aos medicamentos; sem contar as inúmeras reclamações sobre a qualidade dos serviços (CONASS, 2003).

Conseqüentemente, ao não conseguir atendimento necessário e urgente no SUS, a população tem sido obrigada a pagar planos de saúde ou a comprar seus medicamentos, aderindo à automedicação, o que é mais barato.

Alguns Estados e cidades já possuem estudos específicos sobre consumo de medicamentos. No estudo de PELICIONI (2005), por exemplo, realizado na região de Guarulhos, São Paulo, é ressaltado que "...não importa fatores socioeconômicos ou escolaridade, é uma prática comum o uso de medicamentos; somente os gastos com os mesmos se alteram, dependendo da situação econômica (p.95)".

Ainda de acordo com dados da OMS, os hospitais gastam de 15% a 20% de seus orçamentos para lidarem com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos no país (ANVISA, 2006). Ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica necessariamente melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação, a automedicação inadequada podem levar a

59 A PricewaterhouseCoopers (também chamada de PwC) é uma das maiores prestadoras de serviços profissionais do mundo. Presta os serviços de auditoria, consultoria e outros serviços acessórios para todo tipo de empresas e no mundo inteiro. Foi formada em 1998, na fusão entre *Price Waterhouse* e *Coopers & Lybrand*, ambas londrinas.

tratamentos ineficazes e pouco seguros. No entanto, é evidente que a possibilidade de receber o tratamento adequado, conforme, e quando, necessário, reduz a incidência de agravos à saúde, bem como a mortalidade para muitas doenças (ARRAIS *et. al.*, 2005).

Importante salientar que, por motivos éticos, a maioria dos medicamentos nunca foi testada em gestantes e mesmo medicamentos contraindicados na gravidez são muitas vezes usados sem orientação profissional ou com orientação inadequada. Fonseca (2002) alerta para o fato de que existem vários trabalhos publicados sobre medicamentos que oferecem risco durante a gestação, o que permite a orientação do prescritor sobre a segurança dos tratamentos medicamentosos, porém são raras as publicações sobre os tipos de medicamentos que as gestantes realmente utilizam no dia a dia.

À guisa de exemplo, um estudo de caso de 1998 relata que o uso de anti-inflamatório diclofenaco por cinco dias, duas semanas antes do parto, causou danos irreversíveis relacionados à hipertensão pulmonar no bebê (ZENKER *et al.* 1998). Outro estudo sobre automedicação, no interior do Estado de São Paulo, realizado por Simões e Farrache (1998), de uma base populacional, envolvendo adultos e crianças, com período recordatório de 15 dias, obteve a porcentagem de prevalência de uso de medicamentos não prescritos de 42,1% para a população de ambos os sexos que relatou o uso de algum medicamento.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, de todos os sujeitos que dão entrada em prontos-socorros com intoxicação, 40% são vítimas dos medicamentos. Apesar de contraindicado, cerca de 80% da população costuma tomar remédios por conta própria quando está doente. Devido a isso, cerca de 20 mil brasileiros morrem, vítimas da automedicação. A maioria dessas mortes é devida à intoxicação e a reações ligadas à alergia e à hipersensibilidade. Essa informação é da Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (Abifarma), reforçada por dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), segundo os quais os medicamentos ocupam o primeiro lugar entre os agentes causadores de intoxicações. Somente em 2009, na região Sul, os medicamentos provocaram 31,7% do total de intoxicações registradas, com 7.117 casos (MS / FIOCRUZ / SINITOX, 2009).

Para ter ideia da magnitude dos problemas relativos ao uso incorreto, irracional e inconsciente dos medicamentos, de 1995 a 2009, isto é, por nove anos seguidos, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) da Fiocruz identificou os medicamentos como o principal agente de intoxicação humana registrado no SUS. Em 2009,

foi registrado um total de 26.540 casos, somente com medicamentos, dos quais causaram 71 óbitos. (MS / FIOCRUZ / SINITOX, 2009). Mesmo excluindo as tentativas de suicídio⁶⁰ – quando o próprio sujeito decide usar o medicamento como instrumento de agravo à sua saúde – esse número é de enorme significância, chegando a 14.972 casos. São 42 ocorrências registradas por dia em 2009, cerca de um caso a cada 40 minutos (BRASIL, 2010). Se for levada em conta a subnotificação e o fato de que as pessoas só procuram ajuda médica nos casos mais graves de intoxicação, conclui-se que esse número pode ser ainda maior. Igualmente pode-se salientar o excesso de conservantes ou agrotóxicos na produção de alimentos, cujo uso, por exemplo, é exigência para se admitir um empréstimo pelas instituições financeiras. Os agrotóxicos, por sua vez, em muitos casos levam a moléstias, a doenças e a efeitos indesejáveis nos consumidores, ou até de óbitos, nem sempre considerados ou avaliados e normalmente ignorados devido a todo um sistema econômico que torna lucrativa e interessante a continuação de seu uso, principalmente no Brasil.

Interessante observar que agrotóxicos já banidos em muitos países e que apresentam alto risco para a saúde da população são utilizados, sem se levar em consideração a existência ou não de autorização do Governo Federal para o uso em determinado alimento. É o que apontam os novos dados do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), divulgados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2009). São ingredientes ativos com elevado grau de toxicidade aguda comprovada e que causam problemas neurológicos, reprodutivos, de desregulação hormonal e até câncer, sendo exemplos os organoclorados como o DDT⁶¹, BHC⁶² que são os mais persistentes no ambiente e têm sido encontrados com maior frequência no organismo humano e em outros animais. São proibidos na União Europeia, em Os Estados Unidos e em outros países, mas mesmo assim, há pressões do setor agrícola para manter esses três produtos no Brasil.

É visível, portanto que esse é um problema de saúde pública, na medida em que o resultado da intoxicação é a busca pelos serviços de saúde, normalmente já sobrecarregados

⁶⁰ Total de 11.412 casos em 2008.

⁶¹ O DDT (sigla de Dicloro-Difenil-Tricloroetano) é o primeiro pesticida moderno, tendo sido largamente usado após a Segunda Guerra Mundial para o combate aos mosquitos causadores da malária e do tifo. Inseticida barato e altamente eficiente em curto prazo, mas em longo prazo tem efeitos prejudiciais à saúde humana, como demonstrou a bióloga norte-americana Rachel Carson. De acordo com ela, o DDT pode ocasionar câncer em seres humanos e interfere na vida animal, causando, por exemplo, o aumento de mortalidade entre os pássaros.

⁶² O BHC é um agrotóxico altamente perigoso e que teve o comércio, transporte e manipulação proibidos, desde 1985 no Brasil.

por outras patologias principalmente em Porto Alegre, que já agrega, em seu sistema, toda a área metropolitana, com uma média de 2,2 milhões de pessoas.

3.3 Automedicação em Porto Alegre: aspectos quantitativos

No Brasil, estudos populacionais sobre a prevalência e os fatores associados ao tema são raros. Conforme a pesquisa de Vitor (2008), em dois povoados do Sul da Bahia, verificou-se uma prevalência de automedicação igual a 74,0%, tendo sido os antibióticos, os anti-helmínticos e os antimicóticos os medicamentos não prescritos mais consumidos, conforme Haak (1989).

A exemplo, em um município de médio porte do Rio Grande do Sul (Santa Maria), encontrou-se uma prevalência de 53,3% de automedicação, tendo sido os analgésicos, os antitérmicos e os anti-inflamatórios não esteroides os medicamentos mais consumidos, perfazendo o percentual de 49,2% (VILARINO, 2008). Nesses estudos, observou-se que havia uma associação positiva entre automedicação, idade e escolaridade, mas esses resultados não foram ajustados para variáveis de confusão.

No trabalho de Vitor (2008) é executada uma investigação sobre a automedicação na população de zona urbana brasileira, com ênfase nas motivações que levam o sujeito a automedicar-se, e descrever o padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. É um estudo observacional, transversal, descritivo e prospectivo. No estudo foram entrevistadas 742 pessoas residentes em Porto Alegre, RS, que tinham idade entre 18 e 70 anos, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2007. Todos os entrevistados pertenciam à população de Porto Alegre.

Na pesquisa citada (VITOR, 2008), a coleta de dados aconteceu após os participantes terem sido convidados, informados e esclarecidos sobre o estudo. Todas as pessoas que relataram não residir em Porto Alegre, RS, que apresentavam menos de 18 e mais de 70 anos, que não se automedicam, que não consentiram em assinar o termo de consentimento livre esclarecido, foram excluídas da pesquisa.

Os dados foram coletados diretamente com as pessoas entrevistadas maiores de 18 anos e menores de 70, incluindo aquelas que apresentavam 18 e 70 anos, por meio de um questionário padronizado aplicado por acadêmicos de medicina pertencentes à Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), à Universidade de Caxias do Sul (UCS), após a confirmação de que o entrevistado se automedicava.

As variáveis utilizadas para indicar condições sócio demográficas dos entrevistados

foram: sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal, tomando como base um salário mínimo de R\$ 350,00.

As variáveis utilizadas por Vitor (2008) para indicar as condições psicossociais dos entrevistados foram a ocasião mais comum em que se automedicava – sintomas – se já utilizara receitas médicas antigas para automedicação, se era influenciado por meios de comunicação para a escolha de um fármaco, quando comprava fármacos sem receita, por que essa compra era influenciada, o motivo da automedicação, se já tivera experiência com o medicamento, se fora indicado por alguém, ou se estava ao alcance facilmente. Ao mesmo tempo foi questionado sobre a auto definição da saúde, qual o número de consultas médicas nos últimos doze meses, número de idas à farmácia para comprar fármacos nos últimos quatro meses.

Resultados quantitativos obtidos:

Tabela 2		
Características sócio demográficas dos entrevistados, de 18 a 70 anos, residentes em Porto Alegre, RS		
Variável	Qtd	%
Sexo		
Feminino	427	57,54
Masculino	315	42,45
Situação Conjugal		
Solteiro	410	55,25
Casado	332	44,74
Outros	--	--
Escolaridade		
Ensino Médio	374	50,40
Superior	384	38,27
Ensino Fundamental (5 ^a a 8 ^a)'	74	9,97
Ensino Fundamental Incompleto (1 ^a a 4 ^a)'	10	1,34
Renda mensal *		
Mais de três salários	463	62,39
Menos de três salários	279	37,60

* Tomando como base um salário mínimo de R\$ 350,00.

Na Tabela 1 (acima), são apresentadas variáveis sócio demográficas das pessoas entrevistadas em Porto Alegre, RS. Houve, conforme a pesquisa, um predomínio (57,54%) de mulheres na amostra estudada. Observou-se que a maioria dos entrevistados com relação à situação conjugal era solteira (55,25%); na amostra estudada, não houve sujeitos divorciados ou viúvos. Entre as pessoas entrevistadas, a escolaridade predominante (50,40%) foi o ensino médio.

Na Tabela 2 (abaixo), por sua vez, são apresentadas variáveis psicossociais das

peças entrevistadas em Porto Alegre, RS. Pode-se notar que houve um predomínio de entrevistados (66,03%) nos casos em que a ocasião mais comum de automedicação foi a dor de cabeça. No que se refere ao uso de receitas antigas para se automedicar, verificou-se que a minoria (29,24%) faz uso dessas. Em relação à influência de meios de comunicação para optar por um fármaco, a maioria (76,28%) não é sugestionada por tais meios. A minoria (5,39%) da amostra pesquisada é influenciada por terapeutas alternativos para aquisição de fármacos, sendo que a maior parte (53,77%) é influenciada por pais e familiares.

Tabela 3		
Características psicossociais dos entrevistados, de 18 a 70 anos, residentes em Porto Alegre, RS.		
Variável	Qtd	%
Ocasão mais comum em que se automedica		
Dor de Cabeça	490	66,03
Gripe	141	19,00
Outro	47	6,33
Febre	42	5,66
Enjôo, náusea	22	2,96
Utiliza ou utilizou receitas antigas para automedicação		
Não	525	70,25
Sim	217	29,24
Outros	--	--
Influência dos meios de comunicação na compra de fármacos		
Não	566	76,28
Sim	176	23,71
Quando compra fármacos sem receita, essa compra é influenciada por		
Pais e Familiares	399	53,77
Farmacêuticos	166	22,37
Amigos	137	18,46
Terapeutas Alternativos	40	5,39

Na Tabela 3 são apresentadas variáveis psicossociais das pessoas entrevistadas em Porto Alegre, RS. No que se refere ao motivo que leva à automedicação, a maior parte dos entrevistados (57,14%) relatou que já tinha experiência com o medicamento utilizado nessa automedicação. Pode-se notar que a minoria (7,27%) da amostra considera a sua saúde como razoável. Em relação à variável número de consultas médicas nos últimos doze meses, verificou-se que a maioria (26,81%) consultou duas vezes. No que diz respeito às idas à farmácia para a compra de fármacos nos últimos quatro meses, a maioria (41,64%) mais de três vezes.

Tabela 4		
Características psicossociais dos entrevistados, de 18 a 70 anos, residentes em Porto Alegre, RS.		
Variável	Qtd	%
Motivo que levou à automedicação		
Já tinha experiência com o medicamento	424	57,14
Fármaco foi indicado por alguém	166	22,37
Medicamento estava ao alcance imediato	59	7,95
Todos usam o medicamento	51	6,87
Outro	42	5,66
Auto definição de saúde		
Boa	439	59,16
Muito boa	249	33,55
Razoável	54	7,27
Número de consultas médicas nos últimos doze meses		
Duas	199	26,81
Uma	186	24,66
Mais de Três	145	19,54
Nenhuma	111	14,95
Três	104	14,01
Número de idas à farmácia para comprar fármacos nos últimos quatro meses		
Mais de três	309	41,64
Duas	130	17,52
Uma	123	16,57
Nenhuma	105	14,15
Três	75	10,10

De acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), cerca de 80 milhões de brasileiros seriam adeptos da automedicação. No atual estudo, foram analisadas pessoas que se automedicam, na faixa etária entre 18 a 70 anos de idade, residentes em Porto Alegre, RS. Verificou-se um predomínio de sujeitos solteiros que se automedicam. Variável essa explicitada e com tentativa de explicação nos capítulos anteriores. Observa-se também que a maioria possui renda mensal acima de três salários e que consideram a sua saúde como boa.

Na presente amostra, a maioria das pessoas apresentam o ensino médio como escolaridade e o principal motivo de se automedicar é a experiência prévia com o medicamento (VITOR, 2008). As farmácias, como relatam os autores, desempenham um papel importante entre os elos que integram a cadeia de produção e de utilização dos medicamentos, responsáveis por sua dispensação e comercialização. Nesse contexto, em muitos casos, os balconistas atuam como prescritores e agem favorecendo o uso inadequado dos medicamentos, para o que contribui, igualmente, a persistência de todo um conjunto de

determinantes que faz a população optar pelos medicamentos como ilusória fonte de saúde e pela farmácia como substituto dos serviços de saúde e do médico. A observância de dispositivos legais há muito existentes (Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos correlatos, e dá outras providências) – como o que estabelece a atuação do profissional farmacêutico nos estabelecimentos que dispensam e comercializam medicamentos – poderia contribuir para minimizar os malefícios decorrentes da forma como atuam as farmácias. No presente trabalho, observou-se que a maioria dos entrevistados sofre influência, primeiramente, de pais e de familiares e, secundariamente, de farmacêuticos, sendo que a maioria dos entrevistados foi mais de três vezes à farmácia para adquirir fármacos nos últimos quatro meses.

A influência do padrão de uso de serviços de saúde na automedicação é controversa. Conforme Vitor (2008), em um estudo realizado no Canadá, verificou-se que a automedicação era mais frequente entre aqueles que usavam serviços de saúde com mais frequência, ao passo que em outro trabalho o oposto foi observado. Alguns autores consideram que a existência de associação negativa entre a automedicação e o uso de serviços de saúde seria um indicador de que o consumo de medicamentos sem receita substitui a atenção formal à saúde. No presente estudo, entretanto, verificou-se que a maioria da amostra consultou duas vezes com um médico nos últimos doze meses.

A escolha de medicamentos não é influenciada pelos meios de comunicação, como propaganda (76,28%) sendo também que as receitas antigas não são utilizadas para se automedicar (70,75%).

Os presentes dados confirmam a importância do estudo da automedicação e apóiam a hipótese da ingênua e excessiva crença da sociedade atual no poder dos medicamentos, o que contribui para a crescente demanda de produtos farmacêuticos para qualquer tipo de transtorno, por mais banal e autolimitado que seja. Dessa forma, o medicamento foi incorporado à dinâmica da sociedade de consumo e, portanto, está sujeito às mesmas tensões, interesses e à dura competição de qualquer setor do mercado, afastando-se de sua finalidade precípua de prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades (CASTELLS, 1990). Tais resultados reforçam a necessidade de se informar a população sobre o uso adequado de medicamentos, além de medidas cabíveis que garantam a oferta de produtos necessários, eficazes e seguros.

3.4. Objetivos

Diante desses percentuais, torna-se visível a relevância social desse assunto, visto que interfere diretamente na qualidade de vidas e, por sua vez, em todos os aspectos da vida do sujeito e de seus envolvidos.

Este trabalho procura **compreender e analisar as motivações relacionadas ao consumo continuado de medicamentos sem receita médica, com efeitos colaterais comprovados no município de Porto Alegre**, considerando a inter-relação entre os múltiplos atores sociais e interesses envolvidos, traçando um perfil qualitativo do processo, explanando quantitativamente a pesquisa de Vitor (2008).

Como **objetivos mais específicos**, busca-se compreender o fenômeno de diferentes pontos de vista, a saber: compreender o paradigma epistemológico que sustenta ou fundamenta a medicalização; compreender historicamente a evolução do consumo de medicamentos; detectar os interesses socioeconômicos e culturais subjacentes ao processo da automedicação e conhecer as motivações dos sujeitos que se automedicam.

É analisada a possibilidade de acesso aos serviços médicos, e os efeitos colaterais sofridos devido à automedicação, bem como a importância que é dada para medicamentos já disponíveis em casa e a possibilidade de comprá-los sem receita. São também estabelecidos questionamentos quanto à possibilidade de alternativas aos medicamentos convencionais, e se teriam surtido efeito. O histórico familiar e a pré-disposição inerente a esse fato também são questionados.

3.5 Metodologia de pesquisa

A busca de respostas se faz pela produção de dados, a partir de uma fonte definida ou criada. Neste trabalho, já existiam parcialmente quantitativos sobre a automedicação em Porto Alegre. Foi preciso uma reconfiguração, inclusive do objeto para sustentar significados, e atribuir sentido ao objeto de pesquisa.

Para tanto, optou-se por elaborar entrevistas qualitativas para enriquecer e dar sentido à pesquisa já existente, e também dar sustentação à pesquisa teórica elaborada.

A produção de dados foi realizada a partir de duas fontes: análise bibliográfica, e pesquisa qualitativa. A primeira se efetivou quando da implementação do texto e na fundamentação, com busca por autores, situações, relatos, notícias que deram aporte ao assunto em discussão.

A segunda parte efetivou-se pela pesquisa com farmacêuticos e sujeitos sobre os diferentes pontos de vista sobre a automedicação. Inicialmente, estabeleceu-se um tópico guia para dar conta do assunto essencial da pesquisa, e não ocorrerem distorções devido às nuances e desvios durante as entrevistas. Foram selecionados por conveniência e concordância com o objeto, cinco sujeitos entre 18 e 50 anos, que já sofreram algum efeito colateral devido à automedicação e necessitaram de serviços médicos para tratar desses efeitos. Coincidentemente, selecionaram-se somente pessoas do sexo feminino, devido a um já conhecido histórico medicamentoso. Os homens não admitem a automedicação, com raras exceções, portanto não supriam as demandas desta pesquisa. Foram também selecionados farmacêuticos, no caso dois, que trabalham na dispensação de medicamentos aos sujeitos, os quais percebem no cotidiano o contexto da automedicação. Esta, com a pretensão de mostrar uma totalidade e amplitude maior envolvida em todo o processo da automedicação.

Nesse caso, a finalidade da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações e relações sobre o assunto em questão (BAUER, 2007). E como ainda afirma o autor:

Diferentemente da amostra de levantamento, onde a amostra probalística pode ser aplicada na maioria dos casos, não existe um método para selecionar os entrevistados das investigações qualitativas. [...] mais entrevistas não melhoram necessariamente a qualidade, ou levam a uma compreensão mais detalhada (BAUER, 2007 p. 70).

Nas entrevistas, constatou-se que as percepções frente às práticas individuais são determinadas de maneiras diferenciadas, conseqüentemente, os resultados posteriores da entrevista também são variados. Trata-se também de um reflexo de toda a percepção individual de si, da vida, da própria sociedade. Não é apenas um processo de informação de mão única passando de um para outro, como afirma Bauer (2007). Ao contrário, ela é uma interação, uma troca de ideias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. Com isso, como defende o autor, a entrevista é uma tarefa comum, uma partilha e uma negociação de realidades.

A análise de conteúdo das entrevistas afirma-se pela necessidade de visualizar além das aparências, residindo nesse processo a confiança ou contestação do objeto estudado, configurando-se respostas ao fenômeno, nem sempre observadas e contextualizadas sem uma análise adicional. Nesta pesquisa, por exemplo, a análise de conteúdo mostrará incongruências do sistema de saúde, que acaba permitindo a automedicação ser a única possibilidade viável.

Inicialmente, foi elaborada uma primeira leitura das transcrições dos dados produzidos dos entrevistados, como leitura flutuante e como busca por um padrão de dados. A partir dessa primeira impressão, pôde-se estabelecer hipóteses, possibilidades e percepções para o problema estudado, estabelecendo conexões e cruzamentos de informações, chegando-se a perceber diferentes realidades e um entorno nem sempre pré-configurado.

É precisamente o entendimento de que o pesquisador, em um dado campo de análise, é co-construtor dos sentidos produzidos que se alteram o lugar em que ele se situa e sua postura de interlocutor em uma determinada situação de pesquisa (ROCHA, 2004). Isso, por si só, já é bastante diferente dos pressupostos presentes nas situações de pesquisa que se caracterizam como possibilidade de recolher, de fazer emergir das “profundezas” de um discurso uma verdade a que se procura chegar “cientificamente”.

Para a Análise do Discurso, a linguagem não é o reflexo de algo que lhe é exterior. Como explicita Rocha (2004),

Toda produção de linguagem, portanto, não possui uma motivação outra, constituindo-se, de fato, como produto do encontro entre um eu e um outro, segundo formas de interação situadas historicamente. Não há, em Análise do Discurso, um espaço para formas de determinismo que possam constituir um limite entre um interior (a linguagem) e o seu exterior (o social ou o psicológico). Há sim uma articulação entre esses planos. É desse ponto de vista que um pesquisador em Análise do Discurso elaboraria sua pergunta – uma pergunta que explicitaria seu desejo de intervir em uma determinada produção de realidade (ROCHA, 2004 p. 317).

A parte psicológica está sempre emergindo em uma entrevista de qualquer que seja o tipo e situação. Em uma análise como a automedicação, esse processo é mais evidente, visto que o estado de ânimo sempre interfere no objeto em estudo.

Normalmente, os questionamentos são compreendidos como uma simples ferramenta capaz de retirar o véu de linguagem que encobre o que realmente se pretende descobrir: a significação profunda que preexiste à pergunta. Assim, manifesta-se “essa crença de que o dito equivale a uma informação com valor de verdade” (ROCHA, 2004). E o dito, pode-se indubitavelmente salientar que guarda outras informações complementares, subjetivas, nem sempre explicitadas em uma entrevista, mas percebidas pelo pesquisador.

As perguntas são vistas como motivações para fazer emergir “significações profundas”, constituindo para essas um efeito de verdade. Ora, uma vez que, de uma perspectiva conteudista, o texto das respostas apenas encobre um real semi construído, um real da ordem do psicológico existente independentemente da situação de pesquisa que o põe

em cena, ele acaba por se constituir como uma verdade tornada absoluta, “autonomizada”, como esclarece Rocha (2004).

Importante salientar que não existe nada simples ou sem importância, com respeito à linguagem: fala e texto são práticas sociais, e até mesmo as afirmações que pareciam sem importância, extremamente triviais, estavam implicadas em vários tipos de ações a conceitos que os próprios pesquisados, em primeiro momento, não se deu conta, posteriormente verificando a importância. Como enfatiza Bauer (2002), um dos objetivos da análise de discurso é identificar as funções, ou atividades da fala e dos textos e explorar como eles são realizados.

A análise é semelhante a muitas outras tarefas: os jornalistas, por exemplo, não são muito treinados para identificar o que faz com que um acontecimento seja notícia, mas depois de um pequeno tempo de experiência seu senso de “valor de notícia” se torna bem claro. Não há, na verdade, substituto para aprender fazendo (BAUER, 2002, p. 250).

Ocorre aqui a idéia do pesquisador como observador imparcial na construção de seu instrumento de pesquisa, levando legitimidade às investigações e à análise. As entrevistas são baseadas na objetividade, afastando da análise as marcas da subjetividade do pesquisador. Percebe-se, portanto, que os mecanismos de funcionamento de uma pesquisa encenam uma busca ou descoberta de resultados imparciais.

A entrevista, bem como sua análise, não é algo estático, usado como alternativa. O que se vê são inúmeras percepções diferentes quanto ao próprio modo de vida do entrevistado, e variações não planejadas, que em muitos casos levam a respostas diferentes do esperado. São analisadas decisões, porquês, os motivos identificatórios com a devida situação.

As transcrições das entrevistas foram fiéis à realidade, registradas literalmente, com todas as características da fala do entrevistado e entrevistador. Foram anotadas também situações não explicitadas, mas anotadas no diário de campo, com observações relevantes, comportamentos e percepções.

CAPÍTULO 4 – Ilusão da cura ou Cura da ilusão?

Ocorre uma ilusão em todo esse processo, no qual o sujeito se ilude que pode se curar com a automedicação. Deve-se estar feliz o tempo todo, e o corpo deve suportar todo tipo de situação. Não é interessante buscar melhor qualidade de vida, com exercícios, mudanças na alimentação, etc., é melhor buscar medicamentos. Não se tentam alternativas; busca-se a “pílula mágica”. Como afirma Dworkin (2007), a felicidade não está mais nas pequenas coisas, nas atividades diárias, mas nos armários de medicamentos, como que uma dopagem artificial, ilusória, como também ressalta Safatle (2005). Necessário seria buscar a cura dessa ilusão.

4.1 Análise dos resultados

Depois de uma leitura cuidadosa, e analisando as respostas concedidas, ocorreu a interpretação desses discursos, em uma atenção cuidadosa a cada evento. Para dar conta desse intento com mais clareza, a tabela abaixo expõe em linhas gerais as especificidades de cada entrevista e sujeito respondente.

Cabe salientar que as entrevistas, em todos os casos, ocorreram com algum constrangimento, em maior ou menor nível entre os entrevistados. Nos casos de medicamentos de estado de ânimo, ocorre certo constrangimento do sujeito quando fala sobre essa medicação, mas todos os entrevistados, em algum nível já fizeram ou fazem uso desses fármacos e, se possível, também sem receita.

Inicialmente, na coluna 1, estão tabuladas as causas gerais, consideradas também categorias gerais, mais comuns a todos os entrevistados, seriam os porquês da automedicação; na coluna 2, são as situações mais específicas, que seria a maneira como o sujeito consegue a medicação e por quem; na coluna 3, com que frequência o sujeito faz uso do medicamento; na coluna 4, se faz uso de alternativas à automedicação e o que utiliza para isso e, na coluna 5, se sofreu efeitos colaterais graves que necessitaram de serviços de saúde e correndo até risco de vida, e o que teria ocasionado o evento.

No caso dos farmacêuticos abaixo, as colunas respectivamente indicam os motivos que levam o sujeito a buscar medicamentos sem receita; as influências que o sujeito recebe; se buscam orientação farmacêutica para comprar, ou antes de comprar; na opinião do

farmacêutico, o que poderia ser feito para diminuir o problema; e se ocorre procura por outros medicamentos para efeitos colaterais. São usadas nomenclaturas para cada respondente, sendo nomeadas como P. para paciente ou usuário e F. para farmacêuticos.

Tabela 5 – resultados parciais de entrevistados					
Entrevista	1. Causas gerais (Por que o paciente se automedica)	2. Específicas (Como se automedica)	3. Frequência	4. Alternativas	5. Efeitos colaterais graves*
P*. 1 (Ana Lucia)	- Desilusão com o médico. - Dificuldade de acesso ao serviço de saúde.	- Receitas antigas. - Indicação de amigos.	- Sempre que achar que tem algum probleminha.	- Chás (raro). - Academia. - Caminhadas.	Sim – remédios sem efeito.
P. 2 (Claudia M)	- Dificuldade de acesso (sem plano de saúde).	- Receitas antigas. - Conhecimentos anteriores.	- Considera-se saudável. - Não muito frequente.	- Chás.	Sim – pneumonia. Desmaios, (quase AVC).
P. 3 (Angelita)	- Dificuldade de acesso. - Rápido e prático. - Falta de tempo.	- Indicações de amigos. - Na farmácia. - Conhecimentos anteriores.	- Sempre que acha que tem algum problema ou dor. Auto ilusão.	- Não funcionam, sem efeito psicológico.	Sim – 3 antibióticos, alergia.
P. 4 (Rose)	- Dificuldade de acesso. - Rápido e prático. - Ficar bem (sem dor).	- Indicação de amigos. - Receitas antigas.	- Com frequência.	- Tudo o que indicam. - Chás, pomadas, pai de santo.	Enxaqueca.
P. 5 (Ivete)	- Rápido e prático. - Ficar bem. - Comodismo. - Não vai ao medico.	- Indicação de amigos. - Receitas antigas. - Farmácia. - Bulas.	- Diariamente, e já com dosagens altas.	- Chás, mas sem acreditar muito.	Sim – desmaios, pressão alterada, enxaqueca.

*Que necessitaram de serviços de saúde para sua solução.

* = paciente 1

Analisando-se os dados acima, torna-se visível que o “difícil acesso” e o “rápido e prático” são as situações mais evidentes, refletindo graves mazelas do sistema como explicitado abaixo. Por sua vez, ao analisar-se como o sujeito chega à automedicação, percebe-se que a indicação de amigos é muito comum, e nesse caso, sem ocorrer a percepção que os efeitos podem ser diferentes de uma pessoa para outra.

A frequência, na terceira coluna, também alta, pode-se dizer que comum a todos, e uma exceção ao P.3, que é mais ciente da ilusão que os medicamentos exercem no caso, mas se rende ao resultado da primeira coluna. As alternativas, por sua vez, mostraram-se variadas, indo de chás, até a busca por conhecimentos antigos, de curandeiros, em ultimo caso. Todos os casos sofreram efeitos colaterais, quando então, necessitaram de serviços de saúde.

Tabela 6 – resultados parciais de Farmacêuticos					
Entrevistado	Motivos (O que leva o sujeito a comprar medicamentos?)	Influências (Por quem)	Orientação (O sujeito solicita alguma?)	Para diminuir (Soluções do problema)	Procura por med. para reduzir efeitos colaterais
F. 1 (Sandro)	<ul style="list-style-type: none"> - Sem assistência. - Procuram somente farmácias. - Dificuldade de atendimento médico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Propaganda. - Indicação de amigos. 	Sempre que solicitado.	- Educação e conscientização.	- Sim, em alguns casos.
F. 2 (Andréia)	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil acesso. - Falta de dinheiro. - Fazer algo para estar bem. - Desconhecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vizinhos e/ou familiares. - Farmácia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação sobre o que o médico prescreveu, bem como os efeitos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Multidisciplinaridade. - Unificação. - Não tratar órgão isoladamente. - Alimentação. - Educação. 	- Não, raramente.

Já os farmacêuticos, por sua vez, afirmam que o fácil acesso às farmácias – uma em cada esquina – facilita a automedicação, bem como a indicação de amigos é comum. São concordantes com a situação de que são necessárias conscientização e educação para minimizar o problema. Ressalta-se também que o particionamento leva a saúde a ser problemática, e não deveria se tratar órgãos do corpo isoladamente, mas como um sistema único, que se complementa.

Várias foram as descobertas com a pesquisa e em especial com as entrevistas. Percebeu-se que é comum e normal fazer uso de medicação sem prescrição, principalmente para moléstias leves, superficiais, como dores no corpo, cabeça, distúrbios estomacais. Não se tenta buscar outros meios, nem sequer entender o porquê de estar acontecendo aquele sintoma em seu corpo. Não interessa se seria um efeito cumulativo – que leva a outras sequelas maiores posteriormente – ou não.

Relevante salientar a diferença que se estabelece nas percepções e nas opiniões em um diálogo com o entrevistado e em um questionário. Neste, algumas situações de omissão se colocam como verdades, enquanto que na entrevista isso se torna mais difícil de acontecer, pois verificam-se as percepções do sujeito frente ao acontecido, atestando sua opinião. Como já mencionado, até mesmo as afirmações que pareciam sem importância ganham vulto e conclusões. A seguir, serão analisadas as principais questões que emergiram da pesquisa.

4.1.1 “Rápido e prático”

Em todas as entrevistas, uma resposta comum, como se pôde ver também nas causas gerais da tabela acima, é a praticidade da pílula: “Vou na farmácia e compro”, situação visível também na entrevista de Vitor (2008) – Tabela 4. Houve inclusive questionamentos de como se poderia estabelecer outra possibilidade, alternativas, com o questionamento: “*O que eu posso fazer? É mais prático e rápido...*”, como relata o P.3.

E todos os meios de comunicação influenciam para isso. É mais rápido e prático, bem como vai resolver o problema, sem sequelas, sem efeitos, “Você vai estar bem pra (sic) festa, pra (sic) gozar”, como relata Safatle (2005).

Interessante citar também que, nas conversas informais com outras pessoas, sem ser nas entrevistas, uma situação é comum: médico estritamente em último caso. Como afirma a P. 3, quando questionada se faz uso de outras alternativas:

Chás ou outras alternativas não funcionam, sem efeito psicológico... Dor medicamentos... essa é a minha matemática, e médico, sempre em ultimo caso. Tem que estar morrendo [...].

Em outro caso, a entrevistada relata que raramente consulta o médico para qualquer coisa que aconteça. Só quando não existe outra solução. Alega que não precisa de médico, pois é só para dar o aval:

[...] não tenho contato com médico... médico só pra dar o aval... sei lá... na verdade eu sempre sei o que eu tenho, entende? Se não precisar de receita, vou lá e compro o remédio certo... não to menosprezando os médicos, mas... tu paga a consulta, vai lá, perde tempo, e é só uma receita... então por que que eu vou lá pagar, se só te olham, não examinam, não perguntam nada? (P. 5)

Aqui já se explicita uma mazela do sistema de saúde, que em breve será abordada. E afirma-se novamente a praticidade para comprar o medicamento, sem precisar de maiores orientações. E nesse caso, P. 5 já está passando para a filha os mesmos conceitos, salientando que, nesse caso, não existe situação hereditária.

Todos os casos possuem “farmacinha” em casa, com novos medicamentos, com sobras e às vezes até vencidos e, sem se dar conta, fazem uso dessas medicações com prazo de validade obsoleto. Relata o E 3:

[...] eu já tive amidalite e só tomei amoxicilina, que me foi receitada outra vez. Vi que já funcionou, então ta! É esse remédio que vou tomar nas próximas

vezes. Na farmacinha tem remédio pra gripe, pra enxaqueca, paracetamol é o que mais tem... dorflex, novalgina, pra dores mais básicas e antibióticos... por que tem sobras. Então fica na caixinha... não boto fora.

E quando questionada sobre medicamentos vencidos: *Não sei... não controlo.*

Influenciados pela correria do dia a dia, pelas situações de consumo, que é necessário consumir mais, e por sua vez ganhar mais, não se tem tempo para tratar dignamente da própria saúde e do corpo. O que se vê é uma Iatrogênese social, como explana Illich (1975). No intuito de ganhar mais, deve-se trabalhar mais, correr mais, sem tempo nem dinheiro para procurar um médico. Mais barato e prático é solicitar a amigos e a familiares alguma opinião.

A parte estética obedece aos mesmos critérios. Deve-se sempre estar bem, não importa a que custo. E se porventura está se sentindo mal, tem que fazer algo para isso. Tem que tomar algo. Um único caso, o P.1 relata que é importante o cuidado com a saúde, pratica esportes em academia e faz caminhadas e, com elas, se sente melhor. Mas pode-se salientar que não é um processo instantâneo, requer esforço, dedicação e vontade.

Existem casos em que a medicação utilizada causaria alergia ou outros eventos à outra pessoa, desconhecendo seus efeitos. Não existe a consciência de que o que resolve o problema para alguém pode não resolver para outrem, pelo contrário, pode piorar toda a situação.

Eles não têm aquela... consciência de que bom, to tomando um medicamento que vai ter um efeito químico no meu organismo, e esse efeito químico pode ser bom, e pode ser ruim [...] de repente tomar um medicamento vai piorar a minha doença (F.2).

Como cita a farmacêutica, o sujeito sabe a importância do médico, mas como é mais prático, rápido e, aliado àquela concepção de que “fez bem pro outro, faz bem pra mim também” muitas pessoas usam medicamentos em quantidade não definida, indo fazer parte, em muitos casos, das filas dos hospitais.

4.1.2 “Alguém tem que resolver meu problema”

Interessante analisar que, ao mesmo tempo em que se fala que o médico só “serve para dar receita”, se fosse sugerir outros meios para tratar com a patologia, sem emitir receita, o sujeito certamente sairia frustrado. Mesmo sendo o médico o último recurso, cria-se uma expectativa considerável de que resolva todos os infortúnios. Explica F.2:

Pela dificuldade de acesso, pela espera, porque talvez não conseguem pagar... é engraçado porque se tu manda procurar um médico olham pra ti

com decepção... não sabe resolver meu problema? Vou procurar alguém que saiba, então [...].

Ocorre toda uma alienação, traduzida em uma falta de consciência do próprio corpo, como afirmam Illich (1975) e Safatle (2005), quando é interessante a instantaneidade e o “gozo” a qualquer custo, esquecendo-se das necessidades e de suas incumbências. A responsabilidade de si e para si é delegada a outros, sendo mais confortável, mais desculpabilizado. E essa concepção é legitimada quando o sujeito, a partir do conceito de que não se sabe nada além de si mesmo, depende do profissional. O sujeito tem um sintoma, uma disfunção que deve ser negada ou suprimida. “O médico é ele! é responsável pela saúde, e tem que resolver meu problema.”

[...] o médico acha que não tem necessidade de prescrever [...] vamos fazer uma dieta? Um exercício? E os pacientes saem decepcionados... porque o que eles querem? Querem comprar um frasquinho mágico na farmácia e pronto, não querem fazer atividade física, querem continuar com os mesmos vícios, ingerindo gordura, vendo futebol... querem somente ir na farmácia, comprar algo e tomar [...] (F.2).

A situação se dá pela permanente necessidade de existir um “mandante”, um coordenador para ditar as regras e dizer o que se deve ou não fazer. São as instituições que, como alerta Berger (2004, p.), “devem conservar e disponibilizar o sentido tanto para o agir do sujeito em diversas áreas de ação quanto para toda sua conduta. Através da doutrinação orientada visa-se a que o sujeito integre-se às normas da sociedade”.

Faço uso de tudo o que me disserem que é bom. Se me indicarem que é bom um chá eu tomo, uma pomada uso... dá três pulinhos eu faço [...] até pai de santo, e depois eu procuro um médico (P. 4).

Nesse caso, comenta ao final que às vezes se sente depressiva sem vontade de nada, se sente mal durante as 24 horas, e entra em um nível de desespero tal que acaba até fazendo tratamento espiritual, mas não reduz os medicamentos, no caso de buscar outros meios.

Esses valores de subordinação e de controladoria institucional advêm já de uma mentalidade colonial, e se mantém proporcional ao sistema cultural vigente. Somos colonizados, como afirma Ferrarini (2008), em uma situação em que sempre deve existir um provedor, um mandante, um sujeito com poder para estabelecer diretrizes individuais ou coletivas⁶³. Esse processo de consciência ingênua ou acrítica tende a ser diretamente proporcional ao nível cultural e educacional da população – pessoas mais cultas tendem a ser

⁶³ A exemplo, pode-se salientar a situação da política no Brasil em que o presidente é sempre o mandante, o provedor, como se estivéssemos em um absolutismo, ou na época colonial.

mais autônomas – e o Brasil não é um primor nesse quesito, pelo contrário⁶⁴. O médico também se coloca nesse papel, e o sujeito vê fora de si uma solução para seus problemas no papel do médico ou do farmacêutico, traduzindo-se em uma receita, e frustrando-se se não existir, possibilitando a compra da “pílula mágica”.

A situação institucionalizada, de controle e poder explicitada acima tenta explicar esse processo. Outro aspecto a se considerar é a configuração de valores e de cultura de consumo, em que o sujeito está tão inserido que não consegue buscar outras soluções, como saberes antigos, de seus pais ou avós, em que se utilizavam soluções muito simples e baratas para problemas às vezes graves e, hoje, acha que somente medicamentos vão resolver. Como relata (F. 2) “...ele ta tão bitolado que não se dá conta, tem que consumir... ó, eu vou pagar e pronto”. Pode-se dizer que o comodismo também influi nesse aspecto; e a indústria farmacêutica se esforça para que ocorra um esquecimento desses conhecimentos antigos.

Na Tabela 1 da pesquisa quantitativa, constatam-se alguns dados interessantes: a maioria é do sexo feminino (57%), e com escolaridade maior – ensino médio ou superior (88%), comprovando-se com as pesquisas qualitativas (Tabela 5), que estão nessa faixa de escolaridade, e renda superior a três salários mínimos (62%). Os motivos para essa faixa pesquisada são expostos na Tabela 5, sendo uma resposta mais comum a praticidade de conseguir o medicamento e de “resolver” o problema: “prático e rápido”.

Outra comprovação é a experiência anterior com o medicamento (57% na pesquisa quantitativa – Tabela 3), bastante influente nas duas pesquisas. O sujeito, já tendo feito uso do medicamento anteriormente, volta a consumi-lo, não se preocupando com efeitos imediatos ou cumulativos.

Uma curiosidade é detectada na Tabela 2, que mostra que os farmacêuticos respondem por quase (23%) das decisões de compra do medicamento que, somada com pais e familiares, tem-se 75% da influência da compra. Como o entrevistado F. 1 afirma, “*acabam usando a empurroterapia, visando apenas o lado comercial.*” A família igualmente, que faz toda a constituição dos valores do sujeito e de sua identidade, mostra já à criança que existe algo rápido para qualquer sintoma.

⁶⁴ O Brasil tem uma das maiores taxas de analfabetismo da América Latina, conforme o IDH de 2011, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

4.1.3 “...é tudo particionado, segmentado”

Como toda a sociedade, como o conhecimento e a ciência, a saúde também é partimentada, mecanizada (DESCARTES, 2002). Essa concepção cartesiana induz ao crescimento de uma estrutura gigantesca e ao mesmo tempo lucrativa, onerando toda a população, em todos os sentidos. Perde-se a noção de totalidade e, a cada interferência, ocorrem “ondas” que vão interpor-se em outras áreas. A medicina é de intervenção, não de prevenção, como afirma Capra (1982).

Assim sendo, a concepção que é padrão quanto a medicamentos é que não vão interferir no funcionamento de outros órgãos “*resolve meu problema*”, afirma P.5. Não se vê a sociedade, o mundo, sendo interdependente, com um sistema. E interferências ocorrem, com seus efeitos, com a falta de informação, com a segmentação. Um exemplo interessante, mencionado anteriormente, é o uso de agrotóxicos utilizados na alimentação, ignorando-se os estudos sobre o caso os quais indicam que essas substâncias levam a efeitos e a sintomas que necessitam, por sua vez, de medicamentos para sua diminuição.

Entre as entrevistas, os casos que sofreram colaterais, quando a dosagem da medicação foi diminuída, terminaram os sintomas que se apresentavam anteriormente. Relata o P.5:

Sim, reduzi bastante a medicação [...] Olha, na verdade reduziu também a dor de cabeça sim... eu não tive nem crise de enxaqueca mesmo [...]

Pesquisador: – *E antes, tinha mais?*

“Sim, principalmente quando eu tomava a medicação deparatene, depakote... não lembro bem.

As melhoras na saúde do entrevistado 5 ocorreram a partir da pausa ou da diminuição do medicamento que fora ingerido sem prescrição: “*é uma auto ilusão*”, como reconhece P.3. Muitos acreditam que os medicamentos só iriam fazer um bem e não teriam efeitos colaterais desconhecidos, já que resolveram o problema de outros. Se o sujeito realmente piorar, aí procura o médico, já em um estado crítico, omitindo muitas vezes o que estaria usando. O profissional receita outros medicamentos, realimentando todo o círculo vicioso, que estaria solucionado, se simplesmente o sujeito tivesse parado de se automedicar. Nesse caso, surge a frase: “*comecei tomando um, parecia que não fazia efeito, tomei outro*” (P. 3).

Um farmacêutico, ao ser questionado se a automedicação seria um problema se saúde pública, responde o seguinte:

Muito, né! Porque eu acho que assim... ainda mais quando é polifarmácia, quando se vê que tem paciente que toma diversos medicamentos, um medicamento interfere no outro, então tem que se fazer um estudo, um esquema bem estruturado pra este paciente, né, e daí tem aquele problema: por exemplo, fui no cardiologista, fui no reumato. Então ele não informa no reumato que ele foi para o cardiologista. Não informa pro reumato o que o cardiologista receitou. Daí daqui a pouco ele vai em um outro médico... e ele já tem uma nova, e vai acumulando prescrição... acumulando... ai chega lá na farmácia com uma pilha de prescrições... E vai pra outro médico sem informar o que ta tomando...! Se o médico não pergunta, não se informa, porque o paciente acha que não é importante (F.2).

O sujeito tem a velha noção de partimentação, imagina que não precisa mostrar a receita de um médico para outro, achando que não tem importância, pois são especialidades diferentes, órgãos diferentes, “peças” diferentes.

É... então sempre a informação de que sempre é importante ele falar para o médico o que ta tomando... mostrar as outras prescrições para todos os médicos... fazer essa, tentar colocar a saúde como áreas multidisciplinares. Não tratar o órgão isolado... assim ó... tem que tratar o rim, então agora to indo pro cardio, ai é coração. Não tem nada a ver com o rim... e o medicamento não tem nada a ver com o outro. Um vai para o rim, o outro pro coração... mas na verdade não é assim, né? Todos são metabolizados no mesmo lugar, entram todos na corrente sanguínea, são excretados no mesmo lugar, são duas vias de excreção, e a maioria é renal, então eles vão interferindo... O corpo é um só, obviamente... Mas não se vê como um todo (F.2).

Não se tem a visão de totalidade, de interdependência, mas de isolamento e sem interferência com outros órgãos. Ao mesmo tempo, notou-se que o conceito de médico é somente “pra dar receita, pra dar o aval” (P.5; P. 2), e ainda “eu sempre sei o que tenho, entende?” (P. 5), e outra entrevistada, ao se perguntar a definição de automedicação: “Tomar o remédio que certamente o médico irá receitar sem nem olhar na minha cara!” (P.1).

O panorama é que o médico se restringe a solicitar exames, realizados em outros lugares com prazo de dias, atitude impulsionada também com o excesso de atendimentos. Essa configuração acaba por dificultar e burocratizar mais ainda o atendimento, prejudicando todo o sistema, reflexo dessa partimentação, fazendo com que o “difícil acesso” se torne comum entre os entrevistados.

Essa problemática direciona-se para duas origens: uma de cunho epistemológico, posta na ciência cartesiana, disjuntiva e fragmentadora das dimensões biopsicossociais que compõem o processo de saúde-doença, e outra de cunho socioeconômico, posto na dinâmica capitalista, de criação de necessidades e de expansão do consumo de mercadorias,

independentemente do benefício ou mesmo malefício que possa trazer para a população. Dentro disso, entra certa colonização do Estado pelo mercado, que deixa a desejar na sua função de regular ou de colocar freios no consumo, direcionando-se para a mesma lógica de interesses mercadológicos.

4.1.4 E antigamente...

Não se nota medicina preventiva. E pode-se dizer que existe informação, mas que não se define como medicina preventiva, ou como prevenção a doenças e a patologias. Essa prevenção, em muitos casos, é demorada, e não se notam efeitos rápidos. E claro, havendo uma farmácia em “cada esquina”, é o local que tem a “solução”. Essa constatação é muito interessante, não somente ao sujeito que busca rapidez, mas também a todo o sistema, ao qual é muito lucrativo oferecer essa pílula mágica ao sujeito, fomentando o “rápido e prático”.

Tem-se a impressão de que esse processo mercadológico e consumista, que chega a ser cruel, é mais evidente nas últimas décadas. Esqueceram-se das pequenas alternativas das quais se fazia uso eficientemente. Quando uma criança possuía intolerância à lactose, por exemplo, buscavam-se outros leites ou alimentos: leite de soja, arrozina, maisena.

Hoje a mãe vai ao médico e é convencida de que deve comprar um leite em pó especial, fabricado por um laboratório farmacêutico, que se torna caríssimo, dependendo das condições da família. Tem-se ainda o bicarbonato de sódio, eficiente para inúmeras moléstias e é esquecido, entre outras inúmeras alternativas.

[...] e se algo não ta funcionando bem, e pra não parar de trabalhar, vamos no remédio. Tentando até procurar outras ocupações pra tentar esquecer... E a gente até sabe de onde vem a fonte: preocupações com trabalho, preocupações com o dia a dia, sono, dormir pouco... E teria que tomar muita água também com esse calor, e a gente não toma, não se cuida, sempre correndo (P. 3).

São pequenas alternativas ao dia a dia que seriam eficientes para a saúde como um todo. Conhecimentos dos avós foram simplesmente esquecidos devido a novas tecnologias, medicamentos revolucionários e, obviamente, caros.

Em um dos casos, a entrevistada, após consultar e tentar todos os meios para solucionar sua dor física e psíquica e não sendo eficiente, buscou um curandeiro ou adivinho, vulgo “pai de santo” (P. 4), que lhe indicaram. Viu-se aqui o retorno para processos tradicionais, dos curandeiros, como alternativa, como último caso.

O que se torna visível é sempre mais uma dependência baseada em uma ilusão, que sustenta todo o conceito de saúde, baseada no mecanicismo, na partimentação. O sujeito faz uso de medicamentos, com os efeitos colaterais, necessita do médico que, por sua vez, receita novos medicamentos os quais, em muitos casos, tratam somente uma parte, com efeitos nos outros órgãos, tendo o doente novamente que procurar os serviços de saúde. Podem-se verificar, nesse ciclo de dependência, os gastos inerentes ao sujeito, e a todo o sistema de saúde, que poderia ser evitado, levando a uma maior qualidade de vida se a saúde fosse preventiva.

4.2 Possibilidades de superação?

Os psicanalistas, em lugar de chorarem sobre as ruínas da tradição, alegam-se pelas novidades criadas para continuar lutando contra o impossível de se suportar na vida, mas não por isso estão dispostos a consumir novidades como quem responde a mandatos de um mercado que acredita ser possível tamponar com objetos os buracos de sentido, com os quais o sujeito somente poderá lidar com palavras (CAPONI, 2010 p. 199).

Nos relatos, a situação em comum é a necessidade de eliminar a “disfunção”, o problema. E espera-se, na ingerência de seu próprio corpo, que alguém o faça; não tendo acesso fácil ao médico, tem-se a “pílula mágica”, o medicamento ali, facilmente, com uma farmácia em cada esquina, literalmente. Cabe a pergunta: por que tantas farmácias? Hoje, nos sete bairros próximos ao centro de Porto Alegre, são aproximadamente 180 farmácias, conforme o Conselho Regional de Farmácias, sendo 983 no total em Porto Alegre. Porque certamente deve existir consumo. Já livrarias, a título de comparativo, são por volta de 410. (conforme pesquisa no Google mapas). Conforme o desenvolvimento do país ocorre uma inversão desses quantitativos. Paris - França, por exemplo, são 598 farmácias contra 2.600 livrarias, conforme esta mesma fonte.

Pode-se dizer que, para a superação do problema, existem várias possibilidades, todas a longo prazo, mas algumas mais relevantes. Uma mudança teórica, epistemológica, seria a passagem da teoria mecanicista para a Teoria dos Sistemas, como enfatiza Capra (1985). Mas, para isso, seria necessária toda uma mudança de pensamento, de paradigma, e esse processo é de longo prazo, como aconteceu com o próprio Iluminismo. Mas particularmente, a impressão que se tem é que isso seria mais utópico que naquele tempo, vista a manipulação já estabelecida.

Outra solução, também a longo prazo – e não por um mandato – seria pela educação e pela conscientização. Não informação, pois essa é evidente que existe, como nunca antes na história humana. Alerta o F.1:

[...] para reduzir a automedicação, seria a criação de campanhas de conscientização dentro de escolas, universidades e empresas, pois dessa forma toda a população receberia informações para o uso correto de medicamentos.

A educação desempenha um papel da maior importância no cultivo do consumismo. Tal como no caso de governos, em parte, isso ocorre porque a educação está cada vez mais suscetível à influência dos negócios (WORLDWATCH, 2010).

Talvez a crítica mais forte às escolas seja o fato de que elas representam um enorme desperdício de oportunidade para combater o consumismo e educar alunos em relação a seus efeitos sobre as pessoas e o meio ambiente. Poucas escolas ensinam educação para ajudar os alunos a interpretar o marketing; poucas ensinam ou servem de modelo de alimentação adequada, inclusive ao propiciarem acesso a produtos de consumo não saudáveis ou não sustentáveis; e poucas ensinam uma compreensão básica das ciências ecológicas, em especial, que a espécie humana não é distinta e que, para sobreviver, é tão dependente de um sistema terrestre que funcione quanto qualquer outra espécie. A falta de integração desse conhecimento básico ao currículo escolar, aliada à repetida exposição a bens de consumo e publicidade, além de um lazer voltado em grande parte à televisão, ajuda a reforçar a idéia fantasiosa de que os seres humanos estão separados da Terra e a ilusão de que o aumento perpétuo de consumo é ecologicamente possível e mesmo vantajoso (WORLDWATCH, 2010, p. 15).

Para se estabelecer um consumo consciente e racional, é importante não fomentar o consumo de marcas e de acessórios como acontece em nossas escolas. O que se vê é uma situação inversa: não ocorre educação pela conscientização, pelo senso crítico, mas uma educação para a inserção do sujeito na sociedade, e essa inserção se dá pelo consumo de bens.

Para a saúde geral, seria muito mais barato para o Estado e para o sujeito prevenir, orientar a alimentação, suprimir alimentos e bebidas nocivas, controlar aditivos agrícolas, mudar valores e conceitos existentes, diminuir o consumo. Sabe-se que informação existe, mas como mudar, se todo o entorno grita: coma, consuma, beba, se endivida, faça festas, goze e depois, temos a solução para emagrecer, ficar esbelto, elegante como menciona Safatle (2005). E a qualquer indisposição posterior, medicamentos, e “se não desaparecem os sintomas, procure o médico”.

Quando se fala em alternativas e orientação para outra configuração, o próprio sujeito é muito comodista neste sentido.

Eu acho que o paciente ele tem preguiça, né... de mudar. Apesar de campanhas de verão... de comer coisas mais saudáveis, mais leves, ele ainda

tem muita dificuldade de mudar. É mais fácil comprar, tomar um remédio depois. E se não tem prescrição, acham que o médico é ruim... não volto mais nele (F.2).

Outra distorção que leva à automedicação é o “difícil acesso” que, na realidade, o é devido a solicitações excessivas de exames e outras formalidades médicas. Um sistema unificado que não seja tão burocrata e demorado, em que pessoas ou usam automedicação ou chegam a óbito aguardando por exames ou por atendimento. Necessário se faz “*colocar a saúde como áreas multidisciplinares*” (F.2), como parte de um todo, tratar o sujeito como tal, unificado.

Mas como afirmado, esse processo burocratizado e custoso seria dispensável se existisse a prevenção, fomentada pela educação que, por sua vez, também deveria mudar, tornando-se interdisciplinar, mostrando a importância de todos os conteúdos, unificados, interdependentes.

4.3 Síntese teórica-prática

As entrevistas evidenciaram uma realidade que veio ao encontro de elementos identificados na teoria estudada, seja na complexidade cotidiana de Morin, no particionamento de saberes de Descartes, seja no gozo e na felicidade artificial de Safatle seja nas contribuições de vários outros autores que deram suporte a este trabalho. As expressões mais ouvidas ao longo das entrevistas foram o “difícil acesso” aos serviços de saúde e o “rápido e prático”. As duas situações se complementam e refletem todo um sistema estático, estrutural e muito lucrativo. Ao sentir-se mal, o sujeito, na posição de gerenciador do próprio corpo, sente-se compelido a buscar meios para “ficar bem” e, se conseguir consultar com um médico é difícil, os medicamentos tornam-se a solução, rápida.

Entre as consequências da automedicação, está a procura por serviços de saúde. Como exemplo, o sujeito acredita que a medicação pode auxiliar em sua cura, mas não se dá conta que outros distúrbios de sua saúde podem ser agravados com o uso não prescrito de medicamentos. Na medida em que esses agravos se fazem sentir, psicologicamente o sujeito se sente abalado pelo erro, buscando outros medicamentos para minimizar os efeitos psicológicos da primeira ação, no caso, a automedicação. O passo seguinte é buscar ajuda dos serviços de saúde, normalmente sem condições de um atendimento eficaz devido à grande demanda. Do ponto de vista do sistema, isso vai significar, sempre e descontroladamente,

mais oferta e mais demanda por serviços médicos – que vão se potencializando reciprocamente (ZANCHI 2010).

Esse processo também se agrava pela sempre aumentada necessidade de exames, radiografias, etc., aos quais novamente o sujeito deve enfrentar uma fila, um prazo, uma marcação e, posteriormente, apresentar os resultados ao médico, para que receite o medicamento de que o sujeito, em muitos casos, já desconfiava. Agregado a esses problemas, deve-se considerar toda a concepção e a epistemologia da ciência que fomenta o particionamento e a separação de tudo, desde a educação inicial, básica, na própria família, com toda a natureza segmentada, visualizando somente a utilidade, não as funções, a significância para o entorno.

A pesquisa possibilitou uma exposição desse paradigma, não notado até que ocorra uma constatação prática ou uma necessidade emergencial dos serviços. Tornam-se visíveis as dificuldades propostas por todo o sistema, que leva a fomentar o consumo de medicamentos por conta própria, sem indicação médica, a partir de indicações duvidosas ou incoerentes. Os sujeitos relatam esses problemas, mas não se convencem de que existem outras possibilidades. Visualizam a automedicação não como um problema, mas como uma solução para suas moléstias sem depender de ninguém, em um gerenciamento “eficaz” de si. Constata-se a situação como sendo uma solução de via única, devido à praticidade e à suposta “eficiência”.

A cura a partir da automedicação, como o título define, é uma ilusão, deveria ser possível verificar que o caminho por onde vai é um círculo vicioso para o paciente e ao médico. Ao mesmo tempo, fomenta todo um sistema de consumo, baseado na burocracia, em gastos e no sofrimento e que, a cada ano, torna-se maior, mais vultoso, também potencializado pelo aumento da população economicamente ativa e do crescimento vegetativo, necessitando cada vez mais de toda a estrutura de saúde existente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicalização tem um rico histórico que se iniciou já nos antigos impérios com todo um complexo sistema de crenças. Em alguns períodos, existia uma junção entre corpo e espírito; em outros, somente o sobrenatural era a lei e, já na Idade Moderna, o mecanicismo e o empirismo se fizeram presentes como culturas dominantes em todos os aspectos da sociedade.

No contexto do cartesianismo, iniciou o desenvolvimento farmacológico no Brasil, inicialmente, agregando o conhecimento indígena ao dos jesuítas, estabeleceu-se uma medicina própria, posteriormente esquecida, com a proliferação da indústria farmacêutica. Possivelmente, se a ciência tivesse incorporado esses achados, o Brasil seria uma referência para esses conhecimentos. Com toda a complexidade da contemporaneidade, mesmo assim esqueceu-se de alternativas para a saúde e, na medicina, por exemplo, existe uma homogeneidade de conceitos, mas não é afirmativo que se estabelece pelo bem do sujeito.

Essa medicalização, bem como a automedicação, passou por várias fases e concepções e tem as dimensões epistemológica, econômica e política bem definidas. Na primeira, discorre-se a complexidade e o cartesianismo, com um paralelo com a automedicação, demonstrando, na situação insegura de nosso cotidiano, que o aporte passou a ser químico, com medicamentos. O sistema particionado atual produz mazelas nos sistemas de saúde que são importantes para toda situação mercadológica, gerando receitas astronômicas que não seriam evidentes se fosse praticado um sistema mais unificado, com a visão do todo. Ignoram-se, inclusive, patologias simples, deixando o sujeito carente de atendimento ou de orientação básica, devendo este procurar o “especialista”, novamente entrando em todo o círculo vicioso.

Na dimensão econômica, torna-se visível o contexto do consumo como motivador para o objeto, fomentado com a globalização e com a descartabilidade, com uma preocupação para se obterem corpos saudáveis, produtivos e belos. Os problemas básicos devem ser patologias, tratáveis com medicamentos; a saúde é normatizada com o sistema de mercado.

A dimensão política, por sua vez, mostra a institucionalização da medicalização, com um paralelo entre saber e poder, e a necessária intervenção médica. O médico assume o papel de representante do corpo social para que as normas institucionais sejam cumpridas. Se o médico se torna de “difícil acesso”, os medicamentos assumem esse papel. Nesse contexto, a burocratização também leva a essa dificuldade, sendo custoso e demorado cumprir as

exigências médicas e, para uma vida cotidiana que urge por pressa, como fazer frente a isso? Automedicação é uma boa resposta.

Ignoram-se também outras alternativas ou conhecimentos antigos e eficazes de cura. E novamente, frente ao “difícil acesso”, faz-se uso da automedicação. Esse termo foi um item comum em todas as entrevistas, como o “rápido e prático” quando da referência do porquê fazer uso da automedicação.

O sujeito normalmente não tem conhecimento de meios preventivos e das possibilidades de prevenção de doenças, que a educação esqueceu. Esta, por sua vez, catequizou todos os sujeitos, que docilmente buscam os “especialistas”, coniventes com todo o sistema, que tratam o corpo como partes distintas.

E o que se vê é que existe informação, mas não a consciência, ou ainda, como esclarece Morin (2010), “que nessa torre de babel, que murmura linguagens discordantes, não podemos dominar nossos conhecimentos”, e a incerteza se faz muito nítida, despertando ansiedades e problemáticas sem solução, mas “remediadas” com medicamentos.

A atual imposição de uma forma única de conceber a saúde e a medicalização somente se justifica a partir do exclusivismo epistemológico da ciência moderna engendrado por formas colonialistas de produção da vida social e do conhecimento. Evidente é também a colonização do Estado pelo mercado, que deixa a desejar na sua função de regular ou de colocar freios no consumo, direcionando-se para a mesma lógica de interesses mercadológicos.

Todos os meios de comunicação e de proliferação da informação pregam o imediatismo, tudo deve ser hoje, aqui e agora. Tudo é rápido, a informação as relações, as soluções, a descartabilidade. E nesse contexto, por que a solução de uma dor ou de sofrimento deve demorar? Deve seguir a velocidade de “10 megas”: automedicação; sem perda de tempo.

Retomando a educação, que é uma das possibilidades de superação, esta deveria mudar, tornando-se interdisciplinar, mostrando a importância de todos os conteúdos, unificados, mostrando que tudo é interdependente, complementar, tudo tem sua função, mesmo que às vezes não seja totalmente visível. Ainda nas possibilidades de superação, verifica-se a necessidade de uma integração de medicinas alopática e fitoterápica, quando necessária, e com uma visão sistêmica e preventiva no cotidiano, às vezes buscando os conhecimentos esquecidos, mas muito práticos.

Ocorre um esquecimento que uma alimentação adequada, exercícios físicos, uma vida com mais qualidade, reduziria a maior parte dos problemas de saúde com investimentos apenas em educação, saneamento e alguma infraestrutura, tornando-se extremamente mais baratos, se comparados aos gastos atuais. Mas deve-se analisar que esse processo demanda um prazo maior que quatro anos e, para um sistema imediatista e descontinuado como contamos em nossa sociedade, torna-se potencialmente utópico.

REFERÊNCIAS

AMORIM R. **A física cartesiana: a concepção da nova ciência da natureza.** São Paulo: Revista Humanidades. p. 108-119, 1994.

ANNANDALE, A. **The Sociology of Health and Medicine: a critical introduction.** Cambridge: Polity Press, 1998

ANTUNES, José Leopoldo F. **Hospital, Instituição e História Social.** Letras & Letras. São Paulo. 1991.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.40, n.1, p. 191-194, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100029>. Acesso em: 09 set. 2011.

_____. BUENO, Eduardo. **Vendendo Saúde: história da propaganda de medicamentos no Brasil.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/propaganda/vendendo_saude.pdf>. Acesso em 15 out. 2011.

ARIÈS, P. e DUBY, G. **História da vida privada: da primeira guerra aos nossos dias.** São Paulo: Schwarcz, 2001.

ARRAIS, P. S. D.; BRITO, L. L.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. **Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza,** Ceará, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1737-1746, nov./dez. 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Edições 70, São Paulo, 2009.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional.** 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, José. **A multiplicação de especialidades no mercado farmacêutico: instrumento a serviço da saúde?** Saúde em debate, 57:59-63, 1996.

_____. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?** Revista Saúde e Sociedade, n. 11, p. 67-84, São Paulo, 2002.

BAUER, Martin; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 6. ed. Rio de Janeiro, Vozes, 2007.

BENCHIMOL, J. **Um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro do século XX.** Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Divisão de Editoração, 1992.

BENNET, G. **The wound and the doctor: healing, technology and power in modern medicine.** London: Secker and Warburg, 1987:14-28.

BERGER, Peter L. LUCKMANN, Thomas. **Modernidade, pluralismo e crise de sentido: a orientação do homem moderno** Petrópolis: Vozes, 2004.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em:
< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf>. Acesso em: 18 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Fiocruz. CICT. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. MS / FIOCRUZ / SINITOX. **Estatística Anual de Casos de Intoxicação e Envenenamento 2010**. Disponível em:
<http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab03_brasil_2008.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. **Estabelece a Política Nacional de Medicamentos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: <
http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

CAMARGO Jr. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea**. Série Estudos em Saúde Coletiva 65. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro. 1993

CAPONI, S. VERDI, M. et al. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTELLS PA. **Efects indesitjables dels medicaments sobre el fetge detectats durante 6 anys amb el sistema de notificació voluntària de reaccions adverses a medicaments: la targeta groca [tese]**. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 1990.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE – CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

_____. **A saúde na opinião dos brasileiros: um estudo prospectivo**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em:
< http://www.conass.org.br/admin/arquivos/opinioao_brasileiros1.pdf>. Acesso em: 23 out.2010.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal/CEBES, 1980.

COSTA, Fernando, B. **Digitalis e hidropsia: do empirismo do século XVI à indústria farmacêutica do século XX**. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Disponível em: <<http://www.sbq.org.br/PN-NET/causo8.htm>>. Acesso em: 15 out. 2011.

COUTO, E. S.; GOELLNER, S. V. (Org.) **Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

CUNHA, B.C. de A. **Medicamentos: fator de saúde?** São Paulo: Editora Assessoria Jornalística, 1981.

DESCARTES R. **Discurso do método: regras para a direção do espírito**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

DOUGLAS, M.; ISHERWOOD, B. **O mundo dos bens**. Rio de Janeiro: 2004

DWORKIN, R. W. **Felicidade artificial: o lado negro da nova classe feliz**. (Trad. Paulo Anthero S. Barbosa). São Paulo: Editora Planeta, 2007.

FEATHERSTONE, M. **Cultura de consumo e pós-modernismo**. São Paulo: Studio Nobel, 1995.

FERRARINI, Adriane V. **Pobreza: possibilidades de construção de políticas emancipatórias**. São Leopoldo: Oikos, 2008.

FILHO, A. I. L. et al. **Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do Bambuí**. Revista Saúde Pública, v.36, n.1, p.55-62, 2002.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n1/8116.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

FONSECA, M. **Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica**. Revista Saúde Pública, p. 205-212, 2002.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9213.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

FRANCO JUNIOR, Hilário. **A Idade Média: nascimento do Ocidente**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

_____. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

_____. **Para além da esquerda e da direita**. São Paulo: UNESP, 1996.

GRAÇA, L. **Representações sociais da saúde, da doença e dos praticantes da arte médica nos provérbios em língua portuguesa**. Parte V. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Portugal. 2000.

GUERRA, F. **Historia de la Medicina**. v. 3. Madrid: Ed. Norma, 1982.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmeses da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LEFÈVRE, F. **A função simbólica dos medicamentos**. Revista Saúde Pública, v. 17, n. 6, p. 500-503, 1983. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101983000600007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out. 2010.

LESSA, M. de A.; BOCHNER, R. **Análise das internações hospitalares de crianças menores de um ano relacionadas à intoxicação e efeitos adversos de medicamentos no Brasil**. Revista Brasileira Epidemiol, v.11, n.4, p.660–674, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/12.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2010.

LEVY, Sérgio. **Viagra x adolescência**. Disponível em <http://www.saudeesportiva.com.br/viagra.php>. Fonte: AGENCIA ATHENA Consulta em 28/01/2012.

LIPOVETSKY, Gilles. **A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo**. (Trad. Maria Lucia Machado). São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

MACHADO, Roberto et al. **A danação da norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MENEZES, Ricardo F. (Org.). **Da história da farmácia e dos medicamentos**. São Paulo: SES-SP, 2005.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

_____. **Meus demônios**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

MOULIN, Anne Marie, Et al. **História do corpo**. Vol. 3. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis, Editora Vozes, 2008.

NASCIMENTO, Marilene C. **Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?** Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

PALMEIRA FILHO, P.L.; PAN, S.S.K. **Cadeia farmacêutica no Brasil: avaliação preliminar e perspectivas**. BNDES Setorial. Rio de Janeiro: nº 18, p. 3-22, 2003. Disponível em:

<http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Publicacoes/Consulta_Expressa/Setor/Complexo_Quimico/200310_3.html>. Acesso em: 23 set. 2011.

PELICIONI, Américo F. **Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo**, 2001-2002. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2004. 112 p.

QUEIROZ, Sérgio. **O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, 20: 309-17 1986. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v20n4/07.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2011.

_____. **Sem lucro não há interesse. Entrevista em reportagem sobre doenças tropicais.** Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/03.shtml>>. Brasil, 2005. Acesso em: 11 fev. 2011.

ROCHA, Décio; Et. Al. **A entrevista em situação de pesquisa acadêmica: reflexões numa perspectiva discursiva.** Cuiabá: EdUFMT, 2004

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

_____. & PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise.** Tradução de Lucy Magalhães e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998

SAFATLE, Vladimir, et al.; **Zizek Crítico: política e psicanálise na era do multiculturalismo.** São Paulo: Hacker Editores, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. (Coleção Reinventar a emancipação social: para novos manifestos).

SIBILIA, Paula. **O show do eu: a intimidade como espetáculo.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2008.

SCHENKEL E. **Cuidado com os medicamentos.** Porto Alegre, Editora da Universidade, 1996.

SCHOPENHAUER, Arthur. **O mundo como vontade e como representação.** São Paulo: Ed Unesp, 2005.

SOIBELMAN M, Et al. **Indicação de medicamentos por balconistas de farmácia em Porto Alegre, RS.** Rev. Assoc. Méd. Brasileira, 1986.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo.** (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

TEMPORÃO, José Gomes. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde.** Rio de Janeiro: Graal, 1986.

TESSER, Charles. **Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina.** Revista de Ciências Sociais. Col 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10254.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2011.

_____. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização.** Tese de doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, 1999.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa.** 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TOKESHI, H. **Agrotóxicos no alimento e seus efeitos.** Fundação Mokiti Okada, São Paulo: 2010. Disponível em: <http://www.cpmo.org.br/artigos/Agrotoxicos_Alimento_Tokeshi.pdf> Acesso em: 18 jan. 2011.

VITOR, Ricardo S. et al. **Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS.** Ciência e Saúde Coletiva, abril, año/v. 13, suplemento Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008. p. 737-743.

WALLERSTEIN, Immanuel. **O fim do mundo como o concebemos: ciência social para o século XXI.** Rio de Janeiro: Revan, 2002.

WORLDWATCH Institute. **Estado do mundo 2010: transformando culturas, do consumismo a sustentabilidade.** Salvador, BA: UMA Editora, 2010.

ZANCHI, Marco Tulio. **Sociologia da saúde.** 2. ed.. Caxias do Sul,RS: Educs, 2010.

ZENKER M, Klinge J. et al. **Severe pulmonary hypertension in a neonate caused by premature closure of the ducts arteries following maternal treatment with diclofenac: a case report.** Perinat Med, ed. 26, p. 234-234, 1998.