

Por uma filosofia do medicamento

Towards a philosophy of medication

Cléber Domingos Cunha da Silva ¹

Abstract *Medicine and philosophy: where do these concepts intersect? From a biopolitical standpoint, the scope of this essay is to highlight the existence of new challenges for those who deal with the issue of pharmaceuticalization in contemporary society. The analyses revealed that essentially technical approaches are insufficient to confront issues such as: the exorbitant profits from the sale of medication; the disproportionate ratio of these amounts with the number of new innovative molecules; and the difficulty of access to the few new drugs. It would seem to be the opportune moment for adopting a more critical stance for drafting a philosophy of medication in the field of public health with the establishment of areas of resistance to the omnipresent pharmacotherapeutic onslaught. After all, medication is not a constitutive element that is isolated from human life; although, it has become a central component in the management of contemporary life, its adequate use requires the exercise of in-depth introspection.*

Key words *Philosophy of medication, Pharmaceuticalization, Biopolitics*

Resumo *Medicamento e pensamento, em que coincidem estes conceitos? A proposta do presente ensaio é demonstrar, sob uma perspectiva biopolítica, a existência de novos desafios para aqueles que lidam com a temática da farmacêuticalização na sociedade contemporânea. As análises realizadas demonstram que abordagens essencialmente tecnicistas são insuficientes para o confronto de questões como: os lucros exorbitantes obtidos com a comercialização de medicamentos, a relação desproporcional desses valores com o número de novas moléculas inovadoras e o difícil acesso aos poucos novos fármacos. A proposta de uma filosofia do medicamento, no campo da saúde coletiva, parece oportuna para a tomada de posicionamentos mais críticos e para o estabelecimento de espaços de resistência às condutas farmacoterapêuticas. Afinal, o medicamento não é um elemento isolado constitutivo da vida humana; embora, tenha se tornado um componente central no governo da vida contemporânea, o seu emprego adequado requer o exercício do pensamento.*

Palavras-chave *Filosofia do medicamento, Farmacêuticalização, Biopolítica*

¹ Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. R. Capitão Francisco Pedro 1210, Rodolfo Teófilo. 60440-327 Fortaleza Ceará Brasil. cleberd@ufc.br

Introdução

Certamente a vontade do homem em viver e prolongar sua permanência neste mundo é uma das condições fundamentais para a existência de medicamentos. Por trás do uso deste artefato, pulsa uma temeridade: a da experimentação da morte. A morte é o mais terrível desfecho do adoecer, o instaurador da ausência, a suspensão de uma comunicação, a interrupção do “dis-curso” da existência¹. O medicamento é, nesta perspectiva, uma ferramenta sobre a qual se depositam esperanças no enfretamento das doenças e no prolongamento da vida terrena.

Na Antiguidade, o modo de as pessoas obterem a cura era formado por costumes e crenças que não podem ser simplesmente explicados pelas racionalidades científicas modernas e contemporâneas. Sob o impacto da era industrial, os medicamentos se constituíram em novas bases para as condutas curativas do homem ocidental. Os medicamentos tornaram-se onipresentes nos tratamentos das moléstias que acometem a vida, de modo que a farmacologização do corpo se tornou uma nova cultura.

Se os primeiros significados que revestem os medicamentos estão relacionados à finitude da vida, não é por acaso que estes nos possibilitam o exercício do pensar. Nas palavras de Susin, “o verbo pensar é *pensar feridas*, é colocar pensos – curativos, emplastos – procurando suavizar as dores e, afinal, chegar à maravilha da cura”². O pensamento aparece aqui como *ato de cura*. Neste sentido, medicamento e pensamento estão profundamente relacionados, ambos têm finalidades comuns: o da salvação. O primeiro, o de salvar a vida ameaçada pela doença, o segundo, o de assegurar o seu bem-estar. Neste segundo caso, “salvar-se é uma atividade que se desdobra ao longo de toda a vida e cujo único operador é o próprio sujeito”³.

A cura objetivada pelo medicamento desenrola-se na dramaticidade de um acontecimento que nos põe em uma relação com o *Outro* e que, no campo da saúde, implicará uma postura de sujeição. Daí que vamos encontrar uma série de práticas de obediência às verdades médicas que têm por finalidade assegurar a vitória da medicina sobre a doença. O medicamento inscreve-nos, ordinariamente, em um sistema binário, na medida em que nos pode livrar da morte e nos manter vivos, fazendo-nos ultrapassar barreiras de finitude. O medicamento está no limite, ele atua como um operador de passagem.

Aparentemente, os medicamentos surgem como *entes puramente instrumentais*, livres de

valores. Para o senso comum, os meios e fins são independentes uns dos outros. Alguém poderia afirmar que medicamentos, por si mesmos, não curam as pessoas; médicos, ao prescrevê-los, é que as curam. Todavia, medicamentos são tecnologias carregadas de valores e, em torno deles, são estabelecidas relações ambíguas, contraditórias em suas finalidades.

A filosofia não pode ser considerada uma disciplina de poucos significados, sem contribuições para o campo farmacêutico. A sombria história do medicamento no século XX justifica sua importância. Os lucros vertiginosos obtidos com a comercialização de medicamentos, a relação desproporcional destes índices com eventos adversos associados ao seu emprego, a carência de novas moléculas inovadoras e o difícil acesso aos poucos novos fármacos são exemplos de questões que fortalecem a necessidade de abordagens que ultrapassem o tecnicismo. O acolhimento da filosofia parece oportuno para o aprofundamento dessas análises, já que não há mais lugar para uma posição ingênua em relação aos significados e às interferências profundas que exercem os medicamentos sobre a vida humana.

Não faltam definições sobre filosofia e medicamentos em dicionários ou em textos que versam sobre esses temas. Todavia, o termo *filosofia do medicamento* é praticamente inexistente. A *filosofia do medicamento* faz parte da autoconsciência de uma sociedade disposta a refletir sobre suas supostas crenças nos medicamentos. Crenças que não podem ser subestimadas.

Para auxiliar-me nas abordagens que pretendo realizar neste texto, faço emprego do conceito de biopolítica formulado por Michel Foucault⁴. “O homem”, diz Foucault, “durante muito tempo, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão”⁵. Este conceito foucaultiano é a principal ferramenta das análises aqui apresentadas em torno do medicamento no tempo presente. Além de Foucault, o conceito de biopolítica recebeu diversas colaborações, dentre estas as de Nikolas Rose, Paul Rabinov e Frédéric Keek.

Rose⁶ afirma que uma das mutações científico-culturais que determinam as concepções de saúde e vida pela medicina na contemporaneidade é a economia da vitalidade. Michel Foucault já tinha problematizado este aspecto em cursos por ele ministrados no *Collège de France*⁷⁻⁹. A vida foi revestida de um biovalor, configurando um biocapital que move uma crescente bioeco-

nomia representada pelas grandes corporações farmacêuticas^{10,11}.

A proposta de uma *filosofia do medicamento* surge como estratégia de fortalecimento de novas práticas de cuidado no campo da saúde, onde se reinventam novas condutas em torno do *cuidado aos mais vulneráveis*, de novas maneiras de pensarmos as tecnologias de saúde à luz das estratégias biopolíticas de apropriação e normatização da vida, pois dentro destas estratégias inserem-se, também, dinâmicas de potencialização da vida inventadas e utilizadas como resistência aos processos normatizadores.

Biopolítica e medicamento

Uma das grandes questões que começa a ser discutida no mundo inteiro é a de que os indivíduos estão cada vez mais definindo suas vidas em termos de uma existência médica, biológica e cognitiva. Administrar o próprio corpo, evitar a obesidade, preocupar-se com o declínio cognitivo, fazer exercícios físicos, por exemplo, são práticas que objetivam responder aos modos de vida definidos pela medicina e pela biologia. Se por um lado, as autoridades governamentais procuram administrar aqueles que habitam em seus territórios na tentativa de minimizar as ameaças à saúde, por outro lado, cada vez mais as pessoas exigem seus direitos, inclusive o direito a tratamentos gratuitos. No Brasil, as pessoas estão requerendo o acesso a medicamentos muito caros contra doenças a fim de prolongar suas vidas¹²⁻¹⁵. Dessa maneira, a cidadania se integra a questões biomédicas^{6,11}. O corpo, a saúde e a doença se consolidam como instrumentos da socialização dos indivíduos¹⁶. Entretanto, na medida em que se promove a medicalização da vida¹⁷ (processo pelo qual alguns aspectos da vida humana, antes não considerados patológicos, passam a ser considerados aspectos médicos) e a pharmaceuticalização¹⁸ das experiências corporais (aspecto da medicalização que inclui o uso de medicamentos), não se pode não problematizar estes aspectos.

Nikolas Rose faz uma extensa discussão sobre as novas formas de cidadania configuradas pela biopolítica no tempo atual. Estas novas formas de cidadania, denominadas por ele de biológicas, organizam-se em torno do que existe em comum em um *status* somático, capaz de reunir novas tecnologias, inclusive medicamentos. Todavia, a alocação de recursos para a síntese de novos fármacos depende inevitavelmente de cálculos do retorno financeiro para as companhias farmacêuticas. Desse modo, o investi-

mento comercial acaba modelando a direção, a organização, o espaço e os efeitos de solução dos problemas biomédicos. A remodelação da vida humana está, dessa maneira, ocorrendo dentro de uma economia política da vida, cujas características e efeitos ainda teremos que mapear. A MedImmune Inc. - empresa dedicada a pesquisas em biotecnologias voltadas para pacientes - no momento, comercializa um dos fármacos mais caros nos Estados Unidos da América; a 4-Antibody AG - empresa biofarmacêutica subsidiária integral da Agenus Inc. -, dedica-se a terapêutica de anticorpos; e a Genentech - considerada pioneira na indústria de biotecnologia -, tornou-se subsidiária da companhia farmacêutica Roche, em 2009. Estes exemplos podem nos auxiliar na caracterização dos modos pelos quais o corpo tornou-se uma potencial fonte de lucro, de valor. Este lucro é extraído das propriedades vitais dos processos de vida⁶.

Esta cidadania biológica, que não é um privilégio dos que necessitam de tratamento, coloca-nos na intercessão entre comportamentos autorizados e uma variedade de outros fluxos informacionais e intervencionistas. Para um melhor entendimento destes aspectos, faço adoção da imagem empregada por Merhy¹⁹ em *Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas*, ou seja, a imagem do encontro entre o médico e um usuário. Para Merhy, o médico, para atuar, emprega três tipos de valises: uma vinculada à mão, onde caberiam as “tecnologias duras”, outra, presente em sua cabeça, onde estão as “tecnologias leve-duras” e, por último, uma valise presente no espaço relacional trabalhador-usuário, onde estariam as tecnologias leves. Olhando as valises de Merhy e procurando entendê-las sob a ótica da biopolítica, pode-se afirmar que os medicamentos são elementos constitutivos das três valises. Explico-me: os medicamentos para serem empregados exigem o trabalho vivo daqueles que o “operam” (tecnologia dura), mas ao mesmo tempo traduzem o recorte do olhar do clínico, de suas interpretações (tecnologia leve-dura). E estes processos dão-se num encontro permeado por regras e saberes distintos. Na relação médico e usuário, o medicamento permite o estabelecimento de vínculos, de responsabilidades, impõe e amplia significados (tecnologia leve). O uso do medicamento constitui subjetividades.

É bastante enriquecedor para estas análises a compreensão de que os medicamentos estão presentes nas relações entre verdade, saúde e mercado. Trata-se de uma tecnologia revestida de inúmeras promessas para o bem-estar da huma-

nidade. Entretanto, o fascínio promissor de tratamento, da cura e do lucro torna-o intercessor de práticas conflituosas. As distinções binárias de normal e patológico, centrais na clínica médica, organizam-se em estratégias estabelecidas por racionalidades e interesses distintos. É neste contexto que se dá a tomada de decisão do prescritor, cujo ato se dá dentro de uma série de relações de poderes e saberes, ou seja, a prescrição médica encontra-se submetida a regulações estabelecidas nas fronteiras entre o Estado e o Mercado. Neste cenário, as autonomias do prescritor e do paciente, para serem compreendidas, necessitam ser traduzidas em uma série de novas condutas e linguagens, novas maneiras de tornarem a si mesmos e seus atos flexíveis às críticas e a julgamentos.

O cenário acima mencionado é extremamente complexo. O lucro como finalidade remodela a escolha dos tratamentos medicamentosos, por exemplo, em termos das onipresentes ideias de “qualidade de vida” e “longevidade” prometidas com o uso de medicamentos. Nas palavras de Merhy, “A microdecisão do médico combina-se interessadamente com as necessárias microdecisões que o capital pretende com seus atos produtivos”¹⁹. Reforçando esta leitura, Ayres²⁰ afirma não vislumbrar possibilidades de resistência dentro de uma lógica que produz modelos assistenciais centrados na rentabilidade, pois “ao contrário, quanto mais tecnologia leve, mais tecnologias leve-duras e duras se farão *necessariamente necessárias* para garantir sua “objetividade”, numa produção e consumo interminável de maquinários e competências científicas e técnicas”. Entretanto, nem tudo está capturado. Embora práticas terapêuticas apoiem-se em tecnologias, o desafio é subvertê-las. Para Ayres²⁰, “abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre meios e fins da assistência à saúde, sem determinar de modo universal e *a priori* onde e como chegar com a assistência: eis um norte político e uma tarefa das mais difíceis, porém das mais relevantes quando se tem a emancipação humana como horizonte ético”.

Enfoques da filosofia do medicamento

Pois bem, Ayres nos encoraja, há algumas luzes no fundo deste túnel. E uma delas a provê o próprio Foucault em seu texto *Le sujet et le pouvoir*²¹. Nele, o filósofo francês assinala que a filosofia é um instrumento para novas lutas, para a instauração de modalidades de vida resistentes. Assim, uma *filosofia do medicamento* é concebida

como estratégia de criação e estabelecimento de espaços onde as expectativas em relação aos medicamentos sejam objeto de contínuas análises, mas também de sinalizações de saída. Afinal de contas, a maioria delas são modeladas pelas nossas esperanças na preservação e manutenção da nossa existência.

Na perspectiva desta disciplina existiriam três campos de problematização do medicamento, são eles: ontológicos, morais ou valorativos e epistemológicos. No primeiro campo, o da ontologia, nossas análises se voltam para a causalidade instrumental e os significados que damos aos medicamentos. O segundo campo, o da moral, envolve critérios de avaliação dos medicamentos, seus objetivos, as implicações morais, políticas, econômicas e culturais do seu desenvolvimento tecnológico e de seu emprego pelas distintas sociedades. No terceiro campo, o foco volta-se para a estrutura do conhecimento operacional, para a natureza da síntese, para a relação entre conhecimento científico e tecnológico.

Aspectos ontológicos

Admitamos, por alguns instantes, que os homens pudessem viver sem medicamentos. Certamente que, dadas as condições insalubres que se instalaram em nossa existência, essa possibilidade é insustentável. Os medicamentos tornaram-se ao longo dos anos uma das mais importantes tecnologias constitutivas da nossa vida. Perguntarmos pela sua essência significa buscarmos por sua identidade, seu ser, sua natureza. A presença do medicamento na vida do homem requer deste um olhar atento, demorado.

O medicamento condiciona a natureza a fazer algo a serviço da vida humana. Basta pensarmos que, para a síntese de novos fármacos, cultivam-se plantas para a extração de princípios ativos e criam-se animais para serem utilizados em testes físico-químicos e farmacológicos destas moléculas. Com o medicamento não deixamos a natureza acontecer, ele impõe seus próprios padrões ao homem e ao mundo. Na busca de atender suas necessidades de tratamento e cura das doenças, o homem os fabrica, adequando o mundo a tal propósito. O medicamento cria um homem a sua imagem e semelhança, na medida em que estabelece hábitos, crenças e perspectivas. Sendo um equipamento para a vida, o medicamento faz o homem estabelecer uma linguagem e uma cultura específica.

O medicamento modifica nosso estado natural e biológico. Nossa condição humana é

profundamente afetada pela sua ação; ele ocupa lugar determinado em nossa cultura, interfere em nossas relações interpessoais, modela nossos comportamentos e constitui diversos cenários no mundo. Na sociedade, paradoxalmente, em torno dos medicamentos muitos conflitos surgem da superabundância de sua eficiência. Graças ao medicamento, o mercado superaquece, surgem redes de drogarias, inauguram-se indústrias farmacêuticas, aparecem novas profissões. No último relatório anual da Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma), em 2013, as vendas totais somaram um valor de R\$ 28,78 bilhões, sendo que 67% deste faturamento deve-se a venda de medicamentos. Das redes filiadas foram emitidos um total de 781.392.519 cupons fiscais em 2013. “É como se toda a população brasileira tivesse passado 4x em nossas lojas em 1 ano”²².

O medicamento é um *artefato* planejado para uma utilidade, seu emprego deve ser seguido de *instruções* para realizar um número finito de atos numa certa ordem, para uma população ou grupo e com um objetivo definido, sob o monitoramento de especialistas que estabelecem condutas de procedimentos que possam resultar na demonstração de sua eficácia (utilidade).

Sem a adoção das recomendações elaboradas por seus fabricantes e avaliadas por seus especialistas (quem detém sobre ele uma *verdade*), o medicamento pode não funcionar (ineficiência) adequadamente (irracionalidade). Assim, o seu uso apropriado aparece como uma questão necessária para se garantir o sucesso de uma farmacoterapia. Uma questão que requer controle (farmacoepidemiologia, farmacovigilância e farmacoeconomia), estabelecida por políticas globais.

Não é ignorado, sobretudo por profissionais de saúde, que a prática de se usar medicamentos é resultado de processos historicamente formulados em torno da crença de que o objetivo primeiro da medicina é intervir sobre o corpo doente com a finalidade de restaurar o estado de saúde dos indivíduos. Sob esta ótica, a prescrição de medicamentos é um fenômeno inevitável já que as mudanças sociopolíticas verificadas na maioria das sociedades possibilitaram o reconhecimento e a produção de novas doenças, bem como de novas tecnologias médicas de diagnóstico e de tratamento. Arelada à expectativa de que o atendimento médico deva resultar em salvação (cura ou alívio de algum mal) encontramos uma outra: a de que esta somente será concretizada com uma intervenção medicamentosa²³. Ao medicamento delegamos a restauração de nosso es-

tado normal, a potencialização de nossas forças e o alívio de nossos sofrimentos.

Mas nem todo estado mórbido é curável. Nem todos os enfrentamentos com o medicamento culminam na manifestação de sua eficácia. Nem sempre são empregados os tratamentos adequados. O medicamento não é *suficiente* para o prolongamento da vida. Outros aspectos precisam ser considerados. A questão posta pela *filosofia do medicamento* é nossa necessidade de o pensarmos sob outras “lentes”, já que, em sua relação com a vida dos homens, o medicamento manifesta uma natureza diversa, múltipla, descontinua, instável.

Neste sentido, Ayres aponta o voltar-se à *presença do outro* como uma tecnologia social potencialmente reconciliadora entre as práticas de assistência e a vida. Entretanto, ele mesmo reconhece que essa conduta “depende de transformações radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos”²⁴. Esse *voltar-se para outro*, para Ayres, nada mais é do que o abrir-se à possibilidade de um diálogo entre as tecnociências médicas e a construção livre e solidária de vidas que almejam a felicidade.

Na relação prescritor-usuário, a interação não deve ser obcecada pelo medicamento (ferramenta de intervenção), mas que ela se estabeleça no Cuidar, que convoca tipos de saberes distintos da universalidade da técnica e da ciência. Saberes que não criam objetos, mas constituem sujeitos, cujas escolhas, segundo Ayres, são resultado de “um juízo prático, um tipo de sabedoria diferente daquela produzida pelas ciências”²⁴.

Aspectos morais

Por sua capacidade de modificar a vida, o medicamento é explorado de múltiplas maneiras. O medicamento não é autônomo. Ele encontra-se assujeitado a diversos interesses e propósitos. A farmacovigilância tem demonstrado que muitos dos efeitos negativos associados ao seu uso são derivados de um código moral criado pelo próprio homem que o isenta da responsabilidade pelos danos causados e que admite para si mesmo a responsabilidade por estes, concebidos como resultados de sua incapacidade técnica em fabricar tecnologias isentas de efeitos nocivos. Todavia, uma apologia unilateral tende a favorecer o comércio inescrupuloso de produtos sabidamente perigosos. Tal tolerância vislumbra-se no mercado recheado de produtos medicamentosos sem eficácia e segurança insuficiente ou inexistente.

Em 2004, o antiinflamatório rofecoxib foi retirado do mercado internacional devido a seus fatais efeitos cardiovasculares²⁵. Embora tenha sido um caso bastante publicizado, não se trata de caso isolado. Entre 1990 e 2009, foram retirados do Canadá 22 fármacos, devido a problemas identificados pela farmacovigilância ou por estudos farmacoepidemiológicos²⁶. Mas, a retirada de medicamentos não se dá somente por razões relacionadas à sua segurança. A indústria farmacêutica justifica a retirada de “velhos medicamentos” para a inserção de novas moléculas. O setor psiquiátrico é exemplo²⁷.

Um olhar retrospectivo, não apressado, nos sinalizará que, desde a segunda metade do século XX, estamos presenciando o surgimento de uma cultura de intolerância a aspectos considerados anormais, na qual o medicamento é tido como o mais poderoso recurso de reparo e de modificação de estruturas somáticas e psíquicas. Medicamentos são fabricados visando à correção dessas anormalidades e à extinção de anormais. Assistimos a uma espécie de dialética material, um debate ou oposição biológica entre o medicamento e o corpo do doente, cujo encontro é sempre desencadeador de uma transformação: a medicação não é apenas a introdução de uma ou mais substâncias no organismo humano, ela é a promoção de uma revolução interior. Como afirma François Dagognet, “esta é, com efeito, a força do remédio: ele não transforma a natureza exterior, mas o próprio homem, ele o mantém na vida, o protege, o alivia ou o metamorfoseia”²⁸.

A farmacologia – obviamente que não sozinha (o mercado soube muito bem tirar proveito disso) – transformou a terapêutica: um dever prescrever nasceu dela. Por sinal, a atual temeridade em torno dos medicamentos vislumbrada pela compulsão em se notificar e em monitorar reações adversas que caracterizam a farmacovigilância expressa o reconhecimento de forças que o ato prescritivo ou a automedicação podem desencadear. Segundo Dagognet, com o medicamento temos o seguinte sofisma: é preciso conhecê-lo para podermos utilizá-lo, entretanto, só o conhecemos graças a seu emprego. Nesse sentido, o medicamento é o que ele se tornará, e ele se tornará o quê? Não poderemos, jamais, definir *a priori*. Sua epifania é imprevisível. Ele escapa, em parte, de previsões experimentais, clínicas e epidemiológicas.

A natureza das relações estabelecidas entre profissionais de saúde, pacientes, consumidores, laboratórios farmacêuticos e medicamentos precisa ser “desvendada”. O medicamento é uma

tecnologia que reclama problematizações sistêmicas, descoladas de pretensões meramente regulatórias, instauradoras de normas e regras de emprego, subordinadas ao mercado, sufocadas por uma cultura de consumo. O sonho de uma vida humana menos doente e mais longínqua tem se tornado uma ditadura que visa o consumo de medicamentos como condição inquestionável para se obter uma *vida boa*. Esta cumplicidade nos foi imposta pelos interesses daqueles que lucraram com este consumo.

O medicamento encarna valores e interesses provenientes da sua vinculação com o capitalismo, manifestos numa cultura de empresários que enxerga o mundo em termos de eficiência, recursos e monitoramento. Os valores dos que querem obter lucro estão inscritos nos desenhos de “novas” moléculas, na fusão de indústrias farmacêuticas, na criação de redes de drogarias e na criação de novos cursos de graduação de “futuros prescritores”. A Novartis, maior empresa farmacêutica em recorde de vendas do planeta, anunciou em outubro de 2014, que seu lucro superou as estimativas dos analistas econômicos. Tal crescimento é atribuído a prescrição de novas moléculas, cuja venda é superior ao comércio de genéricos realizado por suas concorrentes²⁹. O medicamento é a manifestação de uma *racionalidade econômica*.

Integrando esse cenário, temos a sociedade industrial que não cessa de enaltecer e valorar as intervenções metamorfoseadoras do corpo, sobretudo aquelas que prometem aumento da sua performance, de sua longevidade, de seu engajamento na *sociedade de consumo*. Medicamentos são entronizados e destronizados a partir da hierarquia imposta pela adesão de prescritores e consumidores. Indiscutivelmente um dos desafios para os profissionais de saúde, sobretudo para os médicos, é o estabelecimento de condutas resistentes às ideologias de prescrição desnecessária de tecnologias sanitárias.

Com a crescente responsabilização do indivíduo pelo seu estado de saúde, pelo cuidar de si mesmo e manter-se saudável sob ameaças de penalidades, a sociedade assumiu para si, como um dever, duas tarefas hercúleas: primeira, a de distanciar-se de todas práticas que propiciem o adoecimento, e a segunda, o contínuo corrigir-se³⁰⁻³³. Ora, o distanciar-se das práticas de adoecimento é a adoção da moral estabelecida pelas políticas de promoção da saúde que instauram práticas preventivas adotando o conceito do risco como elemento intimidador das condutas que propiciem o surgimento das doenças e agravos.

Trata-se de uma área de complexa abordagem, sobretudo quando confrontamos alguns índices que sinalizam que componentes como vontade e conhecimento interagem diversamente nas malhas constitutivas de condutas desobedientes. Um bom exemplo é a questão da automedicação.

Algumas investigações têm sugerido que a automedicação está associada fortemente ao nível de escolaridade dos indivíduos. Ao contrário do que se acreditava, indivíduos com maior nível de escolaridade têm maior probabilidade de se automedicarem^{34,35}. Achados como estes embaralham alguns protocolos de condutas médicas, dando-nos a entender, indiretamente, que uma maior habilidade em gerenciar conhecimento confere maior coragem de se correr o risco de exposição a medicamentos. Desfechos com sucesso fortalecem convicções, sobretudo dos que se automedicam, embora, sobretudo na sociedade ocidental, a doença, sob certa perspectiva, seja concebida como consequência ou castigo pela persistência em hábitos transgressivos. Nesse sentido, a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito surge como possibilidade de reparo pelo dano experimentado. Assim, sua posterior repetição nada mais é do que a manutenção da fiel obediência do doente ao médico prescritor. Porém este é somente um dos aspectos da automedicação, existem outros que merecem ser revistos.

Estudos têm demonstrado que a maioria da população brasileira não tem fácil acesso a médicos, sobretudo se estes forem especialistas³⁶⁻³⁸. No Brasil, a busca de medicamentos essenciais e de cuidados dá-se tanto em drogarias como em Unidades Básicas de Saúde^{39,40}. Uma vez ingressos na drogaria, os pacientes ou seus familiares são assediados por balconistas ou auxiliares de farmácia, cujo escopo principal é a venda para obtenção de lucro. O lucro daquele que oferece é, em geral, o alcance das metas de vendas estabelecidas pela administração do recinto. Ora, as metas são variáveis. Vão desde o aumento de percentual de venda em relação ao período anterior, bem como a comercialização de itens que garantam a participação do empregado no lucro mensal da empresa. Não é por acaso que algumas especialidades farmacêuticas sejam as primeiras a serem apresentadas aos clientes quando estes solicitam alguma indicação farmacoterapêutica. Por trás destas indicações estão os interesses nas gratificações concedidas pelos laboratórios farmacêuticos⁴¹.

Outro aspecto enormemente conhecido é a relação secular existente entre laboratórios farmacêuticos e prescritores. É bem notória o qua-

cheia de interesses lucrativos é esta relação. Não diferentemente dos balconistas, prescritores são diariamente assediados por representantes de laboratórios farmacêuticos para que prescrevam seus produtos. A diferença é que os médicos recebem propostas mais volumosas, cujas consequências são o deslocamento de seus territórios residenciais para paraísos tropicais ou temperados. Tal engajamento do prescritor com a indústria farmacêutica acaba por resultar no estabelecimento de uma moral que se tornou objeto de profundas críticas por diversos setores da sociedade⁴²⁻⁴⁴.

No presente momento, no cenário internacional, campanhas são coordenadas por alguns segmentos a favor da redução da medicalização da sociedade⁴⁵. Estudos iniciais dessas organizações sinalizam que existem procedimentos médicos desnecessários, tais como consultas, prescrições de exames de diagnósticos e de medicamentos⁴⁴⁻⁴⁶. Quando aspectos da vida humana, a princípio não considerados problemas médicos, são tomados pela medicina como situações de desordens, configura-se uma medicalização da vida^{17,46}. Disponibilizar medicamentos não é, necessariamente, a promoção de uma vida humana saudável. De certa maneira, existem práticas denominadas “humanizadoras” que nada mais são do que modos de se cristalizar o poder e de paralisar o que resta do homem.

Aspectos epistemológicos

A prescrição de medicamentos é a principal intervenção do médico em seu confronto diário com a doença. Médicos são, não com pouca frequência, considerados detentores de saberes clínicos e terapêuticos inquestionáveis. Esse “reconhecimento” de duas habilidades fundamentais conjugadas é indissociável no imaginário popular. Laboratórios Farmacêuticos apropriam-se desse “reconhecimento” e esforçam-se em tornar o médico o principal agente publicitário de seus produtos^{47,48}.

Todos os medicamentos disponibilizados no mercado são *verdadeiramente* eficazes e seguros? É possível uma classificação, uma hierarquização, entre os medicamentos quanto a sua segurança e eficácia? Se sim, quais seriam os mais numerosos: os mais seguros e eficazes ou os menos eficazes e perigosos? E por que temos no mercado medicamentos perigosos e sem eficácia? Por que são prescritos e consumidos? Pois bem, questões como estas podem nos auxiliar na problematização da relação entre prescrição e consumo.

Uma das *evidências* de que dispomos é a de que grupos de pacientes, no exercício da cidadania biológica, começam a participar nas decisões da indústria farmacêutica em sintetizar novos fármacos^{6,11}. Parece que, ao longo do tempo, nos tornamos, todos nós, *responsáveis* pela manutenção do medicamento na sociedade. O medicamento *nos fascina* pelos impactos social, econômico e político de seu emprego. Diversas desigualdades são minimizadas por sua presença. O medicamento não é, portanto, uma tecnologia neutra. Nunca foi e jamais será. Nem ele e nem as verdades elaboradas em sua defesa.

Como dito anteriormente, a prescrição é a maneira mais frequente de o médico intervir em seu confronto com a doença. Uma relação médico-paciente, onde o médico é considerado o mais esclarecido, detentor de saber inquestionável, onde raramente este estimula o paciente a fazer indagações relacionadas aos fundamentos de suas práticas. Diante do projeto de longevidade e da grande meta de manter-se vivo^{11,30,31}, traçados pelo sistema econômico neoliberal, os “mais esclarecidos” caem numa ambiguidade, já que, diante do movimento de vigilância e controle do risco, a prescrição medicamentosa é capaz de produzi-lo e incentivar o seu consumo em larga escala. Em geral, na prescrição medicamentosa, o prescritor adota um elenco de medicamentos já fixado. A questão é: é possível não escolher tais medicamentos? É possível nos negarmos a não usá-los? Quem os estabelece?

Não aderir a uma intervenção prescritiva medicamentosa é indiscutivelmente correr riscos. Profissionais de saúde e/ou pacientes podem se expor a diversos constrangimentos ao não aderirem às práticas terapêuticas medicamentosas. Os pacientes desconhecem em sua maioria (para não sermos tão pessimistas) os critérios adotados pelos seus prescritores na escolha dos medicamentos que lhes prescrevem. Tão pouco têm conhecimento se existem tais critérios, se existem avaliações de risco-benefício, custo-benefício e de eficácias comparativas. Somando-se a isto, a pouca autonomia do prescritor em eleger um elenco de medicamentos previamente analisado é uma condição agravante da promoção da saúde do paciente. Seria possível um negar-se à prescrição? Que critérios mínimos necessita o prescritor para o estabelecimento de um regime terapêutico que potencialize a vida e não a condicione a exposição ao “desnecessário”? Que condições lhes são oferecidas para que apresente ao paciente outras possibilidades de manejar a doença que não seja o medicamento? Ambos, prescritores e

usuários, encontram-se num cenário repleto de ambiguidades.

Recentemente, no Brasil, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publicou a Resolução 586, de 29 de agosto de 2013, que objetiva regular a prescrição farmacêutica no território brasileiro. Segundo esta Resolução, no “Art. 3º ... define-se a prescrição farmacêutica como ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde”, além do que, “Art. 5º - O farmacêutico poderá realizar a prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais - alopáticos ou dinamizados -, plantas medicinais, drogas vegetais e outras categorias ou relações de medicamentos que venham a ser aprovadas pelo órgão sanitário federal para prescrição do farmacêutico”. Pois bem, o que temos então? Sob a perspectiva de Stefano Rodotà⁴⁹, o que temos é o estabelecimento e a consolidação de uma vontade que, através de instrumentos jurídicos, quer intervir, corrigir, normalizar. Uma vontade que para se manifestar precisa ser antes de tudo legal, fundamentada em uma forma jurídica, de modo que não seja facilmente contestada. Mas não é simplesmente uma vontade de corrigir o estado anormal, é igualmente a vontade de legitimar um ato que se desdobra em consumos, em demandas por formação, por *expertises*. Em nome da cura, do medicamento, fixam-se existências, estabelecem-se condutas.

A Resolução 586, de 29 de Agosto de 2013, é, sob uma ótica biopolítica, a manifestação de uma vontade de comércio, de consumo⁵⁰. Não basta que somente alguns medicamentos sejam comercializados sob prescrição de um profissional de saúde, o médico. O medicamento deve ser prescrito. Mas não somente eles. Formulações, plantas medicinais, drogas vegetais, preparações magistrais a serem fabricadas serão prescritas por farmacêuticos. O tratamento medicamentoso, necessariamente, deve passar pela prescrição.

A atividade da prescrição pressupõe o exame, a anamnese, o submeter-se ao olhar da diagnose. Pressupõe o exercício do relato de si ao outro, o da escuta, o da análise dos discursos. Ações que requerem tempo, demora, diálogo, onde aquele que fala se constitui como doente, como paciente e aquele que escuta é constituído como prescri-

tor, como cuidador. As expectativas são complementares. Por um lado, temos aquele que espera uma intervenção que promova o restabelecimento da saúde, por outro lado, o profissional que espera que seus conselhos sejam seguidos e que sua intervenção, farmacológica ou não, seja efetiva. Não sabemos ainda quais os impactos da Resolução 586/2013, do CFF, sobre a vida dos brasileiros. Em todo o caso, porém, o que assistimos é a materialização de uma rede tecida por saberes interligados a interesses biopolíticos e neoliberais, ou seja, de controle e de consumo.

Inegavelmente, o aspecto da eficiência tão caro ao mercado neoliberal se estende ao exercício dos profissionais prescritores. A coerção exercida pelo mercado é claramente verificada quando se constata que pacientes que saem de consultas médicas sem prescrição de medicamentos manifestam insatisfação com o atendimento^{51,52}. Tal insatisfação está relacionada à concepção de que um bom atendimento médico está vinculado à prescrição (intervenção) medicamentosa. Essa expectativa do paciente, induzida pelo mercado, acaba por reforçar a necessidade do médico em prescrever. E isto minimiza a autonomia de ambos.

Medicamento: algo que precisamos conhecer

A transformação das informações relacionadas a medicamentos, conjugada com a produção e a disseminação dessas informações, é um fenômeno característico da sociedade contemporânea. Um fenômeno que alguns estudiosos denominam de farmacêuticalização^{18,53}. A questão, entretanto, é que essas transformações estão estreitamente relacionadas ao aumento do consumo de medicamentos. Na contracorrente de algumas perspectivas, onde o acesso a informações sobre medicamentos pelo usuário possibilita a redução da exposição dos mesmos aos medicamentos, o que se verifica é o crescente aumento do consumo^{34,54}.

A informação independente sobre medicamentos é uma prática fundamental para o uso adequado dos medicamentos⁴⁷, todavia a questão aqui é indagarmos: desde quando informar sobre medicamentos tornou-se uma prática importante? Para quê informar?

A expectativa dos defensores da promoção do uso racional dos medicamentos é que o médico ensine ao paciente a descobrir o comportamento moral adequado para não mais adoecer ou para livrar-se da doença, e quando necessário utilizar os medicamentos adequadamente. O repasse de

informações em saúde aparece aqui como o meio pelo qual o homem ocidental poderá guiar-se, governar-se, salvar-se, livrar-se do infortúnio da doença. Se a saúde é o *bem* que a medicina deve propiciar aos homens, esse *bem* só será acessível se este homem for educado. O médico, ou outro prescritor, terá que explicar ao paciente o que for suficiente para que ele se cure e para não adoecer. Todavia, sendo o doente desprovido do mesmo saber que o do médico, esse deverá lhe explicar certas coisas⁵⁵. O médico é, assim, um *explicador*⁵⁶.

Uma das tarefas últimas dessa atividade do *explicar* não seria somente a obtenção da vitória do saber médico-científico sobre a doença, mas legitimar a visão oligárquica de uma sociedade em que o governo sobre os corpos nada mais é do que a afirmação da autoridade dos “melhores da turma”. O exercício da autoridade pela explicação e a submissão dos sujeitos teriam como objetivo, na relação médico-paciente, consolidar a concepção de que uma sociedade saudável é o símbolo material da união entre progresso e palavras de ordem. “Infelizmente, é essa pequena palavra, exatamente essa palavra de ordem dos esclarecidos – *compreender* – a causadora de todo o mal. É ela que interrompe o movimento da razão, destrói sua confiança em si, expulsa-a de sua via própria, ao quebrar em dois o mundo de inteligência, ao instaurar a ruptura entre o animal que tateia e o pequeno cavaleiro instruído, entre o senso-comum e a ciência”⁵⁶.

Na relação entre saber e fazer, vamos encontrar um problema de integração, já que, sendo a transmissão de um saber independente da situação da ação, o que teremos é uma atividade de repasse de saber segregada do contexto da ação e aplicada a cada vez num encontro entre o *especialista* e o doente. Uma das implicações para os profissionais de saúde é que saber tornou-se algo obrigatório, um *dever estar informado* através da “ciência”, mas não somente: não só o doente, mas toda e qualquer pessoa será revestida de um saber direcionado à produção, já que deverá ser-capaz-de-fazer aquilo que lhe foi ordenado.

Esta relação entre “saber teórico” e ação prática, entre palavra de ordem e obediência, expande-se cada vez mais sob as condições do moderno “funcionamento da ciência”. Nas palavras de Gadamer, “a institucionalização da ciência como empresa pertence ao amplo contexto da vida econômica e social na era industrial. Não apenas a ciência é uma empresa, mas todos os processos de trabalho da vida moderna são organizados de maneira empresarial”⁵⁷. Sob esta ótica, a relação entre profissionais de saúde e população em

geral é caracterizada, também, por uma relação entre produtor e consumidor. Os profissionais de saúde se veem precisamente através da técnica que lhes é singular, condicionados à submissão das leis dos respectivos temas dessa técnica, e aí renunciam à “liberdade”, tornando-se reféns do *dever-fazer* corretamente o uso da técnica. Somando-se ao que mencionei há pouco, assistimos simultaneamente nesse cenário à produção artificial de necessidades por conta da moderna usina de publicidade médica.

Temos, assim, uma relação interna entre dois termos aparentemente excludentes: liberdade e sujeição. Um estado que caracterizaria uma servidão voluntária num mundo onde os profissionais de saúde se veem instigados a produzir, a criar, a realizar algo para além do mero cuidado imediato com o corpo doente e a contribuir para coletividade social (comunidade científica ou não).

A produção da verdade, tão cultivada e premiada, tem impulsionado os profissionais de saúde a essa “voluntária” servidão pelas necessidades destes de se manterem em seus espaços de trabalho, em suas “posições” dentro desse jogo de forças. Essa servidão voluntária caracteriza uma determinada moralidade, uma espécie de negação, acompanhada de uma venerável obediência inocente.

Os aspectos que delineei sinalizam a centralidade da dimensão do “fazer viver” biopolítico no tempo atual. Os novos fármacos moleculares fortalecem a concepção biopolítica da vida humana, oriundos dos mapeamentos genéticos conduzidos por uma série de empresas farmacêuticas, às vezes associadas aos Estados, às vezes autônomas. Novas associações e grupos de pacientes cada vez mais definem sua cidadania em termos de seus direitos à saúde e à vida, e esses novos cidadãos biológicos estão exigindo que suas particularidades genômicas tenham peso nos delineamentos nas pesquisas inovadoras de tecnologias terapêuticas^{6,11}. É neste cenário biopolítico molecular que precisamos situar os medicamentos e, por conseguinte, uma *filosofia do medicamento*.

Considerações finais

Criticar os fundamentos dos valores atribuídos aos medicamentos pela sociedade em geral seria um dos atos de resistência aos processos normalizantes biopolíticos contemporâneos. Uma crítica à sociedade que consome medicamentos

seria, em outras palavras, o estabelecimento de um moral que poderíamos denominar de desfarmacologizante.

Creio ser importante discutirmos isso dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), onde ainda predomina a concepção de que o propósito primeiro dos serviços de saúde seja o diagnóstico da doença e a cura pela intervenção. Precisamos descobrir juntos como podemos fazer funcionar uma ética da desmedicalização, a montagem de arma de guerra às práticas abusivas de farmacologização do corpo, tais como: uso desnecessário de polivitamínicos, de antidepressivos, de inibidores do apetite, estimulantes da fome, restabelecimento da alegria, inibidores do cansaço, promovedores do sono, melhoradores da memória etc.

A retirada do homem de um mundo farmacologizado e sua introdução em um mundo no qual são pensadas outras possibilidades de enfrentamento de sua vulnerabilidade não é, de modo algum, o desprezo aos tratamentos farmacoterapêuticos. O que pretendo chamar atenção é para o reconhecimento de que os usuários de medicamentos e doentes não são aqueles que tudo ignoram e de que os profissionais de saúde não são os que detêm todo o saber sobre a doença e seus tratamentos. É importante demarcar que há uma Política de persuasão de que é preciso se medicalizar, de que a vida *boa*, a vida *saudável*, passa necessariamente pela adoção de uma cultura de consumo de tecnologias, como os medicamentos. Por isso, é necessário lhe fazer resistência. Antes de qualquer definição ou estabelecimento de modos de vida, é possível a indagação: que possibilidades temos de vida? É possível e necessário fazermos uma farmácia crítica, que indaga culturas plasmadas pela industrialização numa sociedade de consumo. Nesse sentido, voltaríamos-nos não para o que é definido como saudável, mas para as condições de uma existência menos adoecida ainda não pensadas, não estabelecidas por essas culturas.

A questão da *filosofia do medicamento* talvez seja posta tardiamente, quando já nos tornamos indiferentes a certos temores. No entanto, a hora de falar francamente torna-se inadiável. Esta postura exige um certo olhar para as questões que rotineiramente atravessam as ações daqueles que lidam com medicamentos. O medicamento não é um elemento isolado constitutivo da vida humana; embora tenha se tornado um componente central no governo da vida contemporânea, o seu emprego adequado requer o exercício do pensamento.

Referências

- Jarczyk G. L'expérience de la mort. In: Luis A. De Boni, organizador. *Finitude e transcendência: Festschrift em Homenagem a Ernildo J. Stein*. Petrópolis: Vozes; Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1995. p. 197-210.
- Susin LC. "Pensar" a morte. In: Luis A. De Boni, organizador. *Finitude e transcendência: Festschrift em Homenagem a Ernildo J. Stein*. Petrópolis, Porto Alegre: Vozes, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1995. p. 404-420.
- Foucault M. *A hermenêutica do sujeito: curso no Collège de France (1981-1982)*. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
- Foucault M. *Microfísica do poder*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1998.
- Foucault M. *A vontade de saber – História da Sexualidade I*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2005.
- Rose N. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI*. São Paulo: Paulus; 2013.
- Foucault M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- Foucault M. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- Foucault M. *Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- Jungues JR. A medicalização da vida faz mal à saúde. *Rev Inst Humanistas Unisinos* [periódico eletrônico]. Publicado online em 26/05/2013 [acessado 2014 nov 11]; Edição 420, Ano XIII [Cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/520460-a-medicalizacao-da-vida-faz-mal-a-saude>.
- Keck F, Rabinow P. Invenção e representação do corpo genético. In: Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello, organizadores. *História do Corpo: As mutações do olhar: O século XX*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 83-106.
- Vargas-Pelaéz CM, Rover MRM, Leite SN, Buenaventura FR, Farias MR. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines - A scoping study. *Soc Sci Med* 2014; (121):48-55.
- Luo J, Oliveira MA, Ramos MBC, Maia A, Osorio-De-Castro CGS. Antiretroviral drug expenditure, pricing and judicial demand: an analysis of federal procurement data in Brazil from 2004-2011. *BMC Public Health* [periodico na internet]. Publicado online em 16 de Abril de 2014 [acessado 2014 nov 11]; 14 (367):[cerca de 7 páginas]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/367>.
- Pandolfo M, Delduque MC, Amaral RG. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Rev salud pública* 2012; 14(2):340-349.
- Dallari SG. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. *Physis* 2010; 20(1):57-75.
- Foucault M. *Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? Dits et Écrits, Vol II*. Paris: Quarto Gallimard; 2001.
- Maturo A. Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society. *Mens Sana Monogr* 2012; 10(1):122-133.
- Abraham J. Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology* 2010; 44(4):603-622.
- Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturas produtivas do setor Saúde. *Interface (Botucatu)* 2000; 4(6):109-116.
- Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface (Botucatu)* 2000; 4(6):117-120.
- Foucault M. *Le sujet et le pouvoir. Dits et Écrits, Vol II*. Paris: Quarto Gallimard; 2001.
- Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma). Grandes números 2014: Janeiro a Dezembro de 2013. [acessado 24 Nov 2014]. Disponível em: <http://www.abrafarma.com.br/numeros.htm>
- Metzl JM, Herzig RM. Medicalisation in the 21st century: Introduction. *The Lancet* 2007; 369(9562):697-698.
- Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2004; 8(14):73-92.
- Bresalier RS, Sandler RS, Quan H, Bolognese JA, Oxenius B, Horgan K, Lines C, Riddell R, Morton D, Lanasa A, Konstam MA, Baron JA; Adenomatous Polyp Prevention on Vioxx (APPROVe) Trial Investigators. Cardiovascular events associated with rofecoxib in a colorectal adenoma chemoprevention trial. *N Engl J Med* 2005; 352(11):1092-1102.
- Lexchin J. New drugs and safety: what happened to new active substances approved in Canada between 1995 and 2010? *Arch Intern Med* 2012; 172(21):1680-1681.
- Klein DF, Glick ID. Industry withdrawal from psychiatric medication development. *Rev. Bras Psiquiatr* 2014; 36(3):259-261.
- Dagognet F. *A razão e os remédios*. Rio de Janeiro: Forense; 2012.
- Bennett S. Novartis Third-Quarter Profit Climbs on New Products. Publicado em 28 de Outubro de 2014 [acessado 24 nov 2014]. Disponível em: <http://www.bloomberg.com/news/2014-10-28/novartis-third-quarter-profit-climbs-on-new-products.html>
- Sfez L. *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Unimarco ed., Edições Loyola; 1996.
- Vaz P. Corpo e Risco. *Forum Media, Viseu* 1999; 1(1):101-111.
- Jenkins DF. *Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- Adams J. *Risco*. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2009.
- Jain S, Malvi R, Purviya JK. Concept of Self Medication: A Review. *International Journal of Pharmaceutical & Biological Archives* 2011; 2(3):831-836.
- Hallin DC, Brandt M, Briggs CH. Biomedicalization and the public sphere: Newspaper coverage of health and medicine, 1960s-2000s. *Soc Sci Med* 2013; (96):121-128.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- Mussi FC, Passos LCS, Menezes AA, Caramelli B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2007; 53(3):234-239.

38. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (Supl. 1):100-110.
39. Farina SS, Romano-Lieber NS. Atenção Farmacêutica em Farmácias e Drogarias: existe um processo de mudança? *Saúde Soc.* 2009; 18(1):7-18.
40. Ferreira-Filho JCR, Correia GT, Mastroianni PC. Acesso a medicamentos essenciais em farmácias e drogarias do município de Araraquara. *Rev Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada* 2010; 31(2):177-182.
41. Leitão LCA, Simões MOS, França ISX. A saúde pública e a indústria farmacêutica: implicações bioéticas na produção do cuidado. *Rev Brasileira de Ciências da Saúde* 2012; 16(3):295-302.
42. Filho JM. A dimensão bioética dos conflitos de interesses na relação entre médico e indústria farmacêutica. *Rev Bras Clin Med* 2010; 8(2):148-153.
43. Ribeiro LG, Juruena MF. Médicos, Indústria Farmacêutica e Propaganda: que relação é essa? *Saúde & Transformação Social* 2013; 4(1):3-10.
44. Bradley D, Bradley KE. The Value of Diagnostic Medical Imaging. *NCMJ* 2014; 75(2):121-125.
45. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med* 2010; 70(12):1943-1947.
46. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
47. Herxheimer A, Lexchin J, Mansfield P. *Drug promotion: what we know, what we have yet to learn.* Amsterdam: HAI-Europe; 2005. WHO/EDM/PAR/2004.3.
48. Peres G, Job RPP. Médicos e indústria farmacêutica: percepções éticas de estudantes de medicina. *Rev Brasileira de Educação Médica* 2010; 34(4):515-524.
49. Rodotà S. *La vita e le regole – tra diritto e non diritto.* Milano: Feltrinelli Editore; 2006.
50. Baudrillard J. *A Sociedade de Consumo.* Lisboa: Edições 70; 2007.
51. Rodrigues RCRP. *Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português [tese].* Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2009.
52. Bandeira M, Silva MA. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J Bras Psiquiatr* 2012; 61(3):124-132.
53. Camargo Jr. KR. Medicalization, pharmaceuticalization, and health imperialism. *Cad Saude Publica* 2013; 29(5):844-846.
54. Donohue J. A History of Drug Advertising: The Evolving Roles of Consumers and Consumer Protection. *The Milbank Quarterly* 2006; 84(4):659-699.
55. Bittencourt ALP, Quintana AM, Velho MTAC, Goldim JR, Wottrich LAF, Cherer EQ. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? *Psicologia em Estudo* 2013; 18(1):93-101.
56. Rancière J. *O mestre ignorante: cinco lições sobre a emancipação intelectual.* 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
57. Gadamer HG. *O caráter oculto da saúde.* Petrópolis: Vozes; 2006.

Artigo apresentado em 15/09/2014

Aprovado em 27/02/2015

Versão final apresentada em 01/03/2015