



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

EDUARDO DOS SANTOS LOPES

A influência do capitalismo frente ao uso indiscriminado de medicamentos: Uma análise social e política sobre a indústria farmacêutica na contemporaneidade

Rio de Janeiro

2022

EDUARDO DOS SANTOS LOPES

A influência do capitalismo frente ao uso indiscriminado de medicamentos: Uma análise social e política sobre a indústria farmacêutica na contemporaneidade

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Gerência em Saúde.

Orientador: Marcello de Moura Coutinho.

Coorientador: Flávio Henrique Marcolino da Paixão.

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho ao Sistema Único de Saúde (SUS), à Fiocruz e a todos os seus usuários. Dedico também à toda a população LGBTQIAP+, as quais foram alvos da medicalização social do século passado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) pela imensa honra em me proporcionar nesses quatro anos de formação uma educação pública e de qualidade. Agradeço também à Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) pelo apoio financeiro e Institucional no decorrer dessa formação técnica acadêmica. Para a discussão desse tema, foi de suma importância, o amparo dessas instâncias para o desenvolvimento pleno do trabalho elaborado.

Agradeço ao meu orientador Marcello Coutinho e coorientador Flávio Paixão, pois em meio a um calendário atípico demonstraram-se excelentes profissionais. O apoio, indicações de textos, elucidações e correções foram de grande valia para que eu concluísse com excelência a discussão desta monografia. Mais uma vez agradeço a disponibilidade desde o início do primeiro parágrafo ao último ponto final, pelas aprendizagens, pela bondade e amor, me proporcionando uma grande parceria nesse processo.

Agradeço e felicito os membros das minhas Bancas de Qualificação e Defesa, Danielle Cerri e Daniel Souza, por todo o conhecimento e indicações de livros e artigos, contribuindo para que a monografia pudesse ter maior lucidez.

Agradeço aos meus pais por todo o apoio emocional e econômico, por não me deixar desistir e por me fazer enxergar que só a educação transforma e que sem ela eu não estaria aqui. Sou grato à minha irmã Gabriela e às minhas melhores amigas Samantha e Yasmim por segurarem as minhas mãos durante essa trajetória, pelos abraços, pelo aconchego, por acreditarem em mim e em meus sonhos, por todo o amor, conselhos e afeto, sem elas eu não conseguiria alcançar o fim desse ciclo.

Agradeço a todos os meus amigos da EPSJV, sem exceções, todos fizeram grande diferença. Entre o desespero da elaboração e apresentação, do pré-projeto à defesa, das noites sem dormir, da ansiedade coletiva, do medo, fizemo-nos apoio uns dos outros, e que sem graça seria sem vocês aqui. Irei lembrar-me do amor, por confiarem e verem potencial em mim, eu amo vocês e os levo para sempre em meu coração.

Por fim, agradeço a mim, por ter confiado, por não ter desistido, por ter lidado com o caos e mesmo assim seguir. Por aguentar as pressões e o medo, por ter me feito chegar até aqui. O Eduardo do Ensino Fundamental estaria plenamente feliz em vê-lo dessa forma e com essas conquistas inimagináveis, em saber que conseguiu e que vai muito mais longe academicamente.

“No Brasil a medicina vai bem, mas o doente vai mal. Qual o segredo profundo desta ciência original? É banal: certamente não é o paciente que acumula capital” (CACASO, 1974).

RESUMO

Pretendeu-se por meio do presente estudo problematizar a influência do capitalismo frente ao uso indiscriminado de medicamentos, ou seja, da medicalização, a partir de uma análise social e política da indústria farmacêutica. Para tanto, foi importante compreender os fatores que levaram à criação da referida indústria, bem como ao seu desenvolvimento até à contemporaneidade. Pretendeu-se, ainda, analisar o fenômeno da automedicação e suas consequências para a saúde coletiva, além do interesse mercadológico no desenvolvimento de pesquisas que possam levar à produção de novos medicamentos, principalmente, no campo da saúde mental. Nesse sentido, analisou-se o papel do chamado *marketing* estratégico do setor farmacêutico utilizado na “grande mídia”. Observou-se que a humanidade vem enfrentando uma série de dificuldades cotidianas relativas à vida, inclusive de ordem emocional e afetiva, em contrapartida, a indústria farmacêutica promove frequentemente diagnósticos mercadológicos para verificar a viabilidade financeira de produção de novos fármacos com destaque para os relacionados à saúde mental. Cabe destacar que, não há grande interesse daquela indústria em promover métodos alternativos que não sejam prejudiciais no longo prazo ao ser humano. Contudo, é importante destacar também, o empenho da indústria farmacêutica na produção de imunobiológicos para combater epidemias e pandemias, tais como as diversas vacinas.

Palavras-chave: Indústria Farmacêutica. *Marketing* Estratégico. Medicalização. Capitalismo. Saúde Pública.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIOCUBAFARMA	Grupo das Indústrias Biotecnológicas e Farmacêuticas de Cuba
Bio-Manguinhos	Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos de Manguinhos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CEI	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CF	Clínica da Família
CIGB	Centro de Engenharia Genética e de Biotecnologia
CIM	Centro de Informação de Medicamentos
CID	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	Doença do Coronavírus de 2019
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTNMGS	Curso Técnico de Nível Médio de Gerência em Saúde
DSM	Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DDT	Dicloro-Difenil-Tricloroetano
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EC 95	Emenda Constitucional nº 95
EMS	Laboratório Farmacêutico Emiliano Sanchez
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FarManguinhos	Instituto de Tecnologia em Fármacos de Manguinhos
FioCruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IFA	Ingrediente Farmacêutico Ativo
IMSHEATH	Empresa de Saúde e Estatística Médica Intercontinental
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IMS	Instituto de Medicina Social
LGBTQIAP+	Lésbica, Gay, Bissexual, Transgênero, Travesti, Transexuais, Queer, Intersexual, Assexual, Pansexual e demais expressões de gênero e sexualidade

MOPS	Movimento Popular pela Saúde
MIPs	Medicamentos de Venda Livre
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
P&D	Pesquisa & Desenvolvimento
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RJ	Estado do Rio de Janeiro
SARS-CoV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SESC São Paulo	Serviço Social do Comércio do Estado de São Paulo
SIDA / AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
US\$	Dólar estadunidense

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Vendas de Medicamentos Genéricos no Brasil (2000 a 2007).....	30
Tabela 2 – Vinte Maiores Empresas em Vendas no Mundo (US\$).....	40
Tabela 3 – Mercado Mundial Farmacêutico (2010).....	41
Tabela 4 – Medicamentos com Maior Demanda Populacional.....	50
Tabela 5 – Automedicação: Medicamentos Mais Comuns.....	52

LISTA DE IMAGENS

Figura 1 – A Máquina de Brockedon.....	23
Cartaz 1 – Casa Granado.....	46
Cartaz 2 – Xarope Bromil.....	47
Charge – Bayer compra Monsanto.....	70

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
METODOLOGIA.....	18
CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA ATÉ À CONTEMPORANEIDADE.....	20
1.1 - Origem do Monopólio Industrial Farmacêutico.....	20
1.2 - Estados Unidos da América (EUA) como Potência Farmacológica.....	25
1.3 - Bioequivalência como Agente de Democratização.....	28
1.4 - Breve Histórico Fármaco-Brasileiro.....	30
1.5 - Indústria Farmacêutica Contemporânea.....	37
CAPÍTULO 2 – <i>MARKETING</i> ESTRATÉGICO, MÍDIA, CONSUMO DE FÁRMACOS E AUTOMEDICAÇÃO.....	44
2.1 - <i>Marketing</i> Estratégico e Comercialização de Fármacos.....	44
2.2 - Automedicação como Problema de Saúde Pública.....	48
2.3 - O Papel do Farmacêutico no Enfrentamento à Prática da Automedicação.....	56
CAPÍTULO 3 – O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE PÚBLICA E MENTAL.....	58
3.1 - Medicalização da Vida: Apontamentos Teóricos.....	58
3.2 - Medicalização Psicossocial.....	66
3.3 - SUS e Práticas Alternativas.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	84

INTRODUÇÃO

A partir de 1877 com a criação dos comprimidos e a facilidade de seu uso, a humanidade vem consumindo fármacos de forma crescente e inadequada. Desse modo, o presente estudo monográfico surgiu com o intuito de problematizar a influência do capitalismo frente ao uso indiscriminado de medicamentos, ou seja, da medicalização, a partir de uma análise social e política da indústria farmacêutica.

Observa-se que a humanidade vem enfrentando uma série de dificuldades cotidianas relativas à sua vida, inclusive de ordem emocional e afetiva. Em contrapartida, a indústria farmacêutica, também chamada de *Big Farma*¹, promove frequentemente diagnósticos mercadológicos para verificar a viabilidade financeira de produção de novos fármacos.

Para essa discussão, se entende importante fazer um resgate histórico desde a Segunda Revolução Industrial, em 1850, quando houve grande estabilidade econômica, política e social, levando os grandes monopolistas a vivenciarem um maior desenvolvimento tecnológico e industrial em seus territórios.

Com o crescimento social e econômico das grandes potências capitalistas, emergiu a necessidade de superar a baixa expectativa de vida. Dessa forma, se entendeu que o aumento de expectativa de vida poderia resultar em maior acúmulo de capital (VALDUGA, 2009). Não obstante, as péssimas condições de saneamento básico, a insalubridade dos ambientes de trabalho e o padrão de vida à época, tiveram como consequência uma maior propagação de novas patologias, dizimando muitos trabalhadores (VALDUGA, op. cit.).

Em suma, no pós-Segunda Guerra Mundial, houve um grande avanço científico, o que beneficiou também a saúde pública, mesmo havendo uma perspectiva hegemônica voltada para os interesses do capital, sendo possível fazer surgir uma revolução na ciência farmacêutica. Isso porque, com a formulação de novos fármacos, tais como vacinas, antibióticos e soros, a humanidade passou a ter, de fato, uma expectativa de vida maior.

Vale destacar que, esses novos fármacos começaram a ser utilizados no combate a diversas patologias que ameaçavam a espécie humana. Esse contexto acabou dando origem a

¹ Termo utilizado para se referir à indústria farmacêutica mundial. Conforme o pesquisador Steven Novella, passou a significar uma forma demonizada da indústria farmacêutica.

grandes corporações farmacêuticas presentes também na contemporaneidade (VALDUGA, 2009).

Em seu desenvolvimento nos séculos XX e XXI, os laboratórios farmacêuticos passaram a ser uma das indústrias que mais investiram e investem em pesquisas e tecnologias para a formulação de novas vacinas e medicamentos com crescente eficácia na cura de doenças que atingem os seres humanos.

Ademais, com as novas tecnologias midiáticas, começou haver um rápido desenvolvimento da publicidade, fazendo com que as propagandas, inclusive de medicamentos pudessem ter um maior alcance de público e consumidores de fármacos. Nesse sentido, conforme o Ministério da Saúde (2018) citado por Vergílio e Lima (2020): “[...] Vale salientar que, a indústria farmacêutica investe mais em *marketing* do que em pesquisa e desenvolvimento.” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018 apud VERGÍLIO e LIMA, 2020, p. 1-15).

Entende-se, portanto, que a problemática em questão se tornou relevante, pois, uma empresa com a suposta finalidade de aliviar o mal-estar patológico dos seres humanos, pode influenciar quem tem acesso a sua publicidade, a utilizar os seus produtos de maneira inadequada, sem prescrição médica e, muitas vezes, sem necessidade.

Tal situação reflete uma poderosa ideologia que incentiva a busca por uma solução medicamentosa até mesmo para a “fuga da realidade”, fomentando a prática recorrente da automedicação (VERGÍLIO e LIMA, op. cit.).

Com efeito, é importante pontuar que o conceito ampliado de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), engloba um estado completo de bem-estar físico e mental, além das condições sociais implicadas, não sendo somente a ausência de doenças (PIRES-ALVES, 2010).

Entende-se que, a discussão acerca da medicalização e do conceito ampliado de saúde, pode contribuir em um maior estímulo aos médicos para não prescreverem medicamentos alopáticos, fazendo com que venham mais frequentemente a indicar tratamentos e medicamentos alternativos, inclusive, mais acessíveis.

A população mundial está adoecendo progressivamente também por problemas psicológicos provocados pelo desgaste cotidiano, mas como tratá-la? Todas as queixas são doenças, ou “causas inerentes à civilização humana?” (FREITAS e AMARANTE, 2015).

Além disso, o preço de cada medicamento e o seu uso inadequado leva também a um alto custo, sendo que não raramente pode criar dependência. Inclusive, por significar muitas vezes, uma “fuga da realidade” como afirmado anteriormente, provocando a chamada “medicalização da existência”, o que contribui, por sua vez, para um maior faturamento da indústria farmacêutica.

A descoberta de novas doenças psíquicas junto a um maior número de diagnosticados, também trouxe novos medicamentos para o mercado e uma maior comercialização, gerando maior lucro para a referida indústria.

Vale destacar que, não se pretende com essa pesquisa invalidar as dores e os sintomas que cada pessoa possa sentir por estar doente, mas sim, estimular um questionamento acerca da prática médica quanto à possibilidade de adoção de processos terapêuticos alternativos. Sendo assim, qualquer queixa de tristeza momentânea deve ser tratada, por exemplo, da mesma forma que um quadro depressivo (FREITAS e AMARANTE, op. cit.).

O desenvolvimento tecnológico e científico fez com que os laboratórios farmacêuticos alcançassem um alto nível de qualidade e melhor desempenho de seus produtos e tratamentos. Entretanto, uma crítica que pode ser feita é o pouco interesse em buscar, de fato, uma cura para solucionar ou evitar que as “doenças da pobreza” ou doenças negligenciadas² em que afeta geralmente a população mais pobre, tais como as doenças infecciosas e parasitárias, onde determinadas patologias não possuem o devido investimento. Se instalem no organismo humano, o que faz essa questão se tornar um problema de saúde pública, logo, deve ser resolvida também pelo Estado.

Quanto ao termo “negligenciada”, Rosário e outros colaboradores (2017) esclarecem que:

[...] foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo fato de que, por um lado, essas doenças não despertam o interesse das grandes empresas farmacêuticas multinacionais e, por outro, estudos sobre o assunto contam com pouco financiamento por agências de fomento. Sendo assim, a OMS enfatiza a relevância de implantar ações para combate, tratamento e prevenção de tais patologias, considerando que o problema não pode mais continuar sendo negligenciado (ROSÁRIO et al., 2017, p. 119).

² A questão das doenças negligenciadas será retomada no Subcapítulo 3.1 - Medicalização da Vida: apontamentos teóricos.

A partir do postulado de Figueiredo e outros colaboradores (2020) é possível compreender que contemplar as doenças negligenciadas, significaria para a indústria farmacêutica diminuir bastante a sua lucratividade. Por outro lado, a cura ou um processo terapêutico eficaz em relação às doenças negligenciadas poderiam aliviar o mal-estar patológico da humanidade, além de propiciar menor gasto com medicamento.

Um exemplo a respeito é o do diabetes citado também por Figueredo e outros colaboradores (op. cit., p. 8-9): “[...] prevenir para o risco do diabetes é eliminar a potencial venda de drogas para um futuro diabético. Isto é, vende-se o bem-estar, mas antes é necessário gerar uma patologia. Forma-se o paradoxo.”.

Com efeito, a citação faz referência direta ao uso dessa estratégia do sistema capitalista para vender e lucrar mais. Assim, é de suma importância refletir acerca das razões que levam a indústria farmacêutica a não elaborar pesquisas relacionadas às “doenças da pobreza”.

É importante destacar o papel estratégico da categoria médica em conjunto com a indústria farmacêutica, no que diz respeito ao tema tratado. O papel desses profissionais, enquanto intermediários entre um saber consagrado e os doentes têm origem histórica na Grécia Antiga³, quando a profissão passou a ser reconhecida como “a dona do saber”, a que decide “quem vai morrer ou vai viver”, além de ter a vida de seu paciente sob a sua responsabilidade.

Por conta disso, acabou se tornando ao longo do tempo uma das categorias mais elitizadas e prestigiadas, até porque, é também uma das que contam com maior possibilidade de obtenção de alta remuneração.

Não obstante, a construção da figura médica como um “herói” vem permitindo que os doentes confiem em seus diagnósticos, logo, em suas prescrições, os levando a serem utilizados também pelo capitalismo, enquanto uma forma de comercialização de fármacos, fomentando a situação supracitada (FIGUEREDO et al., op. cit.).

É possível afirmar que, a instituição de novas doenças psíquicas, acaba gerando por outro lado, o interesse da indústria farmacêutica em promover um maior lucro na criação de novas medicações com o suposto intuito de aliviar o mal-estar mental humano, o que pode levar, em certo sentido, a uma “fuga da realidade”, produzindo dependência do medicamento consumido (VERGÍLIO e LIMA, 2020).

³ Vale lembrar que, o grego Hipócrates (460 a.C-377 a.C.), considerado o “pai da medicina”, apesar de ter a desenvolvido muito posteriormente no Egito, tem o seu juramento lido nas formaturas de medicina no Brasil.

Não obstante, os quatro anos e meio dedicados ao Ensino Médio Integrado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), me permitiram ter acesso a uma educação crítica no campo da saúde pública, proporcionando acesso a diversos conhecimentos e direitos que, infelizmente, não estão disponíveis à sociedade como um todo.

As discussões em sala de aula e nos demais espaços escolares levaram a uma análise crítica sobre os processos históricos do capitalismo, despertando o interesse em estudar a influência dos grandes monopólios farmacêuticos.

Fazer o Curso Técnico de Nível Médio de Gerência em Saúde (CTNMGS), nessa instituição está sendo fundamental para a escolha da temática desse estudo, pois, vem possibilitando enxergar a saúde como um todo, do acesso aos medicamentos, ao seu uso indiscriminado, os quais são assuntos debatidos ao longo da nossa formação politécnica.

Sendo assim, pensar em uma saúde pública qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS) é lutar cotidianamente, por uma concepção que vai além de medicamentos e das questões psicossociais, as quais não necessariamente têm a ver com patologias.

Vale destacar que, pude vivenciar o quanto este assunto é desagradável quando fui o paciente. Em uma consulta, numa clínica privada da minha cidade, Duque de Caxias (RJ), a médica que o atendeu passou um medicamento de valor extremamente alto para as minhas condições econômicas, sendo que apenas soube do mesmo quando fui à farmácia.

Com efeito, não pude comprá-lo, voltando em mais uma consulta, na qual a médica prescreveu um medicamento com a mesma funcionalidade e qualidade, por um preço muito menor, proporcionando o resultado esperado. Não posso afirmar se esta profissional tem alguma parceria com laboratórios farmacêuticos, mas provavelmente pode estar sendo influenciada de alguma forma por eles.

Ademais, o debate da automedicação e das doenças psicossociais é de grande interesse, pois, é algo recorrente na população brasileira, principalmente, nos ciclos de amizade e familiares. Então, entender essa questão e seus agravos na saúde da população em longo prazo, bem como quais são os interesses da indústria farmacêutica por meio do *marketing* estratégico, foi um dos principais motivos para a escolha do referido tema.

Entende-se que seja importante a discussão dessa temática, pois se a humanidade continuar a consumir medicamentos de forma exacerbada adoecerá ainda mais, mesmo que a finalidade, em tese, seja buscar alívio e cura de suas patologias.

Objetivou-se de forma geral, problematizar a influência do capitalismo frente ao uso indiscriminado de medicamentos, ou seja, da medicalização, a partir de uma análise social e política da indústria farmacêutica.

Para atender às especificidades do tema abordado, esse estudo buscou: 1) Compreender os fatores que levaram à criação da indústria farmacêutica, bem como ao seu desenvolvimento até à contemporaneidade; 2) Analisar o *marketing* estratégico nos diversos veículos de mídia, frente ao elevado consumo de fármacos e à automedicação; e, 3) Analisar a prática da medicalização e as suas consequências para a saúde pública e mental.

A presente monografia está estruturada da seguinte forma: **Introdução; Metodologia; Capítulo 1, Capítulo 2 e Capítulo 3** e seus respectivos **Subcapítulos; Considerações Finais; e, Referências.**

Na **Introdução** é apresentada a temática e relevância do estudo, os seus objetivos e, a sua estruturação. E, na **Metodologia** são indicados o seu escopo, os passos metodológicos e as opções epistemológicas adotadas.

Já no **Capítulo 1 – Desenvolvimento da Indústria Farmacêutica até à Contemporaneidade**, se buscou compreender os fatores que levaram à criação da indústria farmacêutica, bem como o seu desenvolvimento até à contemporaneidade, tendo sido desdobrado pelos seguintes **Subcapítulos: 1.1 - Origem do Monopólio Industrial Farmacêutico; 1.2 - Estados Unidos da América (EUA) como Potência Farmacológica; 1.3 - Bioequivalência como Agente de Democratização; 1.4 - Breve Histórico Farmaco-Brasileiro; e, 1.5 - Indústria Farmacêutica Contemporânea.**

E, no **Capítulo 2 – Marketing Estratégico, Mídia, Consumo de Fármacos e Automedicação** se pretendeu analisar como o *marketing* estratégico está intimamente relacionado à comercialização de fármacos, tendo em vista a automedicação como um problema de saúde pública em um contexto de desigualdade social, assim como o papel do farmacêutico no enfrentamento à sua prática. Nesse sentido, esse Capítulo foi desdobrado em **Subcapítulos** dessa maneira: **2.1 - Marketing Estratégico e Comercialização de Fármacos; 2.2 – Automedicação como Problema de Saúde Pública; e, 2.4 - O Papel do Farmacêutico no Enfrentamento à Prática da Automedicação.**

O **Capítulo 3 – O Fenômeno da Medicalização da Vida: Consequências para a Saúde Pública e Mental** apresenta uma discussão teórica, política e psicossocial acerca da medicalização da vida, procurando aprofundá-la em questões centrais nos seus **Subcapítulos:**

3.1 – Medicalização da Vida: Apontamentos Teóricos; 3.2 - Medicalização Psicossocial; e, 3.3 - SUS e Práticas Alternativas.

Nas **Considerações Finais** a questão norteadora é retomada, visando finalizar o estudo monográfico, mas com o entendimento de que mais um passo foi dado na contribuição à crítica científica, política e social à influência do capitalismo e da indústria farmacêutica frente ao uso indiscriminado de medicamentos.

Por fim, a questão norteadora adotada, partiu de uma análise preliminar sobre o avanço da indústria farmacêutica no desenvolvimento de novas doenças e novos medicamentos, transformando a solução patológica em um mero produto a ser comercializado como qualquer mercadoria. Ademais, traz um debate acerca do *marketing* estratégico promovido pela indústria farmacêutica, nos diferentes veículos de mídia, no sentido de estimular a automedicação.

METODOLOGIA

A presente monografia conta com uma abordagem qualitativa, tendo sido realizado o levantamento bibliográfico, mediante a busca de dados nas bases Lilacs, Scielo e Google Acadêmico, a partir dos descritores: indústria farmacêutica; *marketing* estratégico; medicalização; capitalismo; e, saúde pública.

O levantamento bibliográfico se deu por meio de reportagens, livros, artigos e reportagens de jornais em versões virtuais, como no caso da Folha de São Paulo. Pretendeu-se problematizar a influência da indústria farmacêutica, poder do médico, o papel da mídia no estímulo à prática da automedicação.

O período histórico analisado tem início a partir da Segunda Revolução Industrial (1850), mas a sua centralidade está na contemporaneidade, por conta de haver um maior número de estudos sobre a influência do capitalismo frente ao uso indiscriminado de medicamentos no momento presente.

Diante do exposto, a pesquisa buscou responder à seguinte questão norteadora: ***“Como a indústria farmacêutica em um contexto de capitalismo desenfreado estimula o uso indiscriminado de medicamentos e interfere na saúde mental e física da população?”***

CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA ATÉ À CONTEMPORANEIDADE

Esse Capítulo discutirá os principais aspectos do desenvolvimento da indústria farmacêutica, a qual se transformou em um grande “império econômico” na contemporaneidade, no Brasil e no mundo.

1.1 - Origem do Monopólio Industrial Farmacêutico

No século X, temos os primeiros relatos de uma medicina medicamentosa desenvolvida em parceria com os boticários. Segundo o Dicio - Dicionário Online (2022), este termo serve para exemplificar os profissionais que trabalhavam na botica, ambiente responsável por preparar misturas advindas da própria natureza e dos saberes dos povos originários, e comercializar, segundo a orientação médica.

Vale destacar que, desde as antigas sociedades, a humanidade vem sofrendo com diversas patologias infecciosas que dizimaram milhares de pessoas. Como por exemplo, a famosa Peste Negra, causada pela bactéria *Yersinia pestis*, a qual assombrou a Europa de uma forma mais grave entre 1347 e 1351, levando a óbito cerca de 200 milhões de pessoas, somando os óbitos causados pela varíola, tuberculose, malária e das influências do tipo A, B e C.

Vale salientar que, outrora não havia formação para os profissionais que exerciam atividades ligadas à medicina, ou seja, a ciência praticada era limitada e com pouca perspectiva de aperfeiçoamento (RADAELLI, 2007).

Sendo assim, a falta de uma ciência aplicada e resolutiva às patologias não afetava somente os mais vulneráveis, mas também a burguesia, promovendo uma baixa expectativa de vida, já que a população alcançava no máximo quarenta anos de idade. Além disso, a alta taxa de natalidade e mortalidade urbana, bem como a reduzida prática de hábitos saudáveis, agravou esse contexto e se fez urgente, a criação de um método eficaz para minimizar os danos causados pela convivência humana (VALDUGA, 2009).

A Segunda Revolução Industrial (1850), por sua vez, foi benéfica para os empresários do ramo farmacêutico, fazendo com que a própria Europa e os Estados Unidos da América (EUA) passassem por uma maior estabilidade econômica e social (VALDUGA, op. cit.).

Sendo assim, os séculos XIX e XX foram marcados por momentos decisivos para este complexo industrial, por conta do avanço das tecnologias e inovações. Os saberes ancestrais de inúmeros povos tradicionais ao redor do globo terrestre, baseados na cura por meio da utilização de plantas passaram a ser sumariamente desconsiderados, em nome de uma medicina alopática e biologicista, apesar de muitos medicamentos terem os seus princípios ativos retirados da flora, pois passaram a ter a sua eficiência cientificamente questionada.

Não obstante, o mundo enfrentava diversas epidemias e pandemias, além das tensões militares em ascensão. Com o crescimento urbano este fato intensificou-se, e fez-se urgente a criação de uma ciência específica para lidar com as patologias humanas. A problemática relação homem-natureza no capitalismo, aliada às demais questões na referida relação, explicitaram as acirradas disputas de poder, assim como a luta político-social entre projetos societários antagônicos, o que provocou efeitos drásticos em muitos países.

As mesmas empresas farmacológicas que já estavam em alto crescimento com a ascensão destas Guerras, investiram somas vultosas, tanto em armas químicas, quanto em medicamentos para os soldados presentes nos territórios em conflito (RADAELLI, 2007).

É importante ressaltar que o incentivo para pesquisas não partiu dos grandes laboratórios, e sim, das universidades e seus hospitais, as mesmas que, se configuraram como um importante meio da chamada “Pesquisa & Desenvolvimento”, mais conhecida pela sigla P&D. As empresas privadas não possuíam um olhar otimista ou não era até então interessante, investir neste negócio. Somente quando os antibióticos e a própria sulfonamidas obteve sucesso, houve a comercialização, pois os laboratórios passaram a serem fortes aliados do setor público de pesquisa (RADAELLI, op. cit.).

Cabe destacar que Alemanha e Suíça por serem as maiores potências nas pesquisas químicas, passaram a ser importantes *players* no desenvolvimento do mercado farmacêutico. A Alemanha, antes mesmo da Primeira Guerra Mundial, por possuir um maior domínio da química sintética, alavancou o seu comércio e produção, promovendo a comercialização de inseticida para diversos países, além de vender mais de 80% de seus produtos farmacêuticos para todo o mundo.

A antiga botica cedeu lugar para uma das maiores indústrias já vistas. Em 1874, foi desenvolvido por um estudante e lançado na Alemanha, o dicloro-difenil-tricloroetano (DDT), o qual caiu no esquecimento por muitos anos, tendo sido utilizado intensamente na Segunda Guerra Mundial para proteger soldados contra insetos. Vale ressaltar que, a partir daí, se tornou

um conhecido pesticida, servindo para combater patologias transmitidas por insetos, mas também para auxiliar fazendeiros a combater pestes em suas lavouras.

Ademais, o agrotóxico foi responsável pela contenção da evolução da febre amarela, malária e febre tifoide, as quais assolavam a humanidade à época. Sendo assim, foi possível evidenciar o quanto esse setor poderia ser lucrativo, o que intensificou internacionalmente a concorrência (SANTOS, 2020).

Com efeito, a ciência buscava soluções mais complexas e meios para minimizar os danos causados cotidianamente por organismos vivos à humanidade. Nesse contexto, o suíço Paul Muller descobriu o DDT, tendo ganhado por esta razão, o prêmio Nobel de Medicina, no ano de 1948. O DDT foi responsável pela morte de piolhos e pela cura do tifo em soldados na Segunda Guerra Mundial. Os medicamentos tomaram forma não só de uma substância para causas graves, mas também para o favorecimento de bem-estar (SANTOS, op. cit.).

Por sua vez, os Estados Unidos da América (EUA) e o Reino Unido mantiveram durante séculos, pesquisas “via extração e purificação de produtos naturais, derivados de origem humana e plantas”. Porém, enquanto as duas potências europeias supracitadas se destacavam, os EUA insistiam em uma lenta evolução medicamentosa, por parte de suas universidades, com poucos investimentos em P&D (RADAELLI, 2007).

Cumprir informar que, a crescente e rápida ascensão de complexos industriais ligados à produção de fármacos no mundo, mostrou-se lucrativa, fazendo com que os países estabelecessem uma concorrência internacional para reforçarem “as marcas de suas novas drogas”.

E os países que não se mostraram interessados inicialmente, observaram que mesmo sem deter as respectivas patentes ainda era lucrativo, pois os seus laboratórios poderiam servir para comprar e revender os princípios ativos, assim como no caso do Brasil que durante décadas atribuiu maior poder de cura de patologias a saberes tradicionais e à homeopatia, conforme Santos (2020), citando Martini (2011):

[...] Não havia ainda um consumo sustentável para os produtos farmacêuticos na década de 1950 e a despeito de toda crença nos produtos da “modernidade”, a homeopatia constituía-se em opção e provavelmente, entre os mais velhos, os saberes de cura do homem do campo ainda predominava. [...] Conclui-se que o mercado para muitos destes produtos industrializados ainda estava por se fazer e comportaria investimentos nacionais e estrangeiros, para formar e fortalecer hábitos, o que certamente ocorreu, visto

que nas décadas seguintes estes produtos passaram a fazer parte do cotidiano de milhares de brasileiros (MARTINI, 2011 apud SANTOS, 2020, p. 171).

Em 1877, na corrida pelo protagonismo, os cientistas John Wyeth & Brother nos EUA, registraram a sua primeira patente do então, revolucionário *compressed tablets*, atualmente conhecido como comprimido. Essa invenção se deu por meio de uma máquina de grafite (**Figura 1**), elaborada pelo artista plástico William Brockedon, em 1843, na Inglaterra. Esse processo é responsável pelo maior marco da indústria, por conta da acessibilidade e facilidade na distribuição das fórmulas químicas, o que aumentou não apenas a quantidade de medicamentos, mas também, a comercialização mundial de pílulas (VALDUGA, 2009).

FIGURA 1 - A MÁQUINA DE BROCKEDON



Fonte: Valduga (2009).

Destaca-se que empresas alemãs como a Bayer, Basf, Hoechst e Ciba, intensificaram as suas vendas nesse período, com produtos sintéticos oriundos do carvão, promovendo desde desinfetantes e explosivos a medicamentos e agrotóxicos.

Esse exemplo serve para evidenciar que tais empresas, desde a origem da farmacologia empresarial nunca se preocuparam com a saúde pública, mas sim, com a alta lucratividade gerada pela comercialização mundial, independentemente das patologias humanas advindas do contato e/ou consumo de seus produtos. Parte disso é fruto do conhecimento da química orgânica, o que possibilitou desenvolvimento e inovação para o sistema capitalista, bem como um pouco mais de entendimento dos impactos na natureza e saúde humana e, maior possibilidade de inserção profissional para químicos e cientistas farmacêuticos (RADAELLI,

2007). Isso porque, os pesquisadores não tinham à época, total conhecimento do que estavam produzindo, pois faltava plena clareza de seus experimentos, gerando um longo processo de ensaio e erro.

Cabe destacar que, essa ciência da química e biológica era baseada no método *serendipity*, responsável pela descoberta do antibiótico penicilina e do aspartame. Este último foi criado por acaso, em 1965, pelo químico James Schlatter, vinculado à G. D. Searle e Company, funcionando como um adoçante artificial em substituição ao açúcar.

Há também, o caso do sildenafil, mais conhecido como Viagra, o qual é indicado para homens com disfunção erétil. E, como afirmado por Radaelli (2007):

Melhor sentido a ser dado ao termo *serendipity* é dado pela expressão: “atirar no que vê e acertar no que não vê”. Todavia, *serendipity* não é o mesmo que *screening* aleatório. O *serendipity* é vital para a ciência. Na pesquisa farmacêutica, apesar dos avanços tecnológicos, o método ainda é importante e tem possibilitado grande descobertas acidentais, como é o caso do sildenafil (Viagra), um dos medicamentos mais famosos da década de 1990, que fora originalmente projetado para o tratamento da angina. Assim, *serendipity* indica um período menos “científico” das atividades de P&D, cujo acas e incerteza são mais exacerbados (RADAELLI, 2007, p. 61).

Embora esse método de pesquisa tenha sido de suma importância para a evolução da indústria farmacêutica e de seus medicamentos, na contemporaneidade com o crescimento da química orgânica e sintética, além do conhecimento da bioinformática e da área científica molecular, acabou se tornando obsoleto.

Com o aumento populacional a nível mundial e das patologias, necessitava-se de um complexo industrial forte o suficiente para garantir a produção de fármacos em larga escala. Com efeito, grande parte do *marketing* estratégico se voltou para a comercialização e distribuição de fármacos para países compradores. Para tanto, foi descartada totalmente a utilização do método *serendipity*, por conta da demora significativa na obtenção dos resultados científicos definitivos (SANTOS, 2020).

1.2 - Estados Unidos da América (EUA) como Potência Farmacológica

A partir de 1930, os EUA, mesmo com poucos conhecimentos e investimento em P&D e uma postura retrógrada, passou a ter maior domínio sobre as técnicas científicas de produção da farmacologia. Todo esse cenário já vislumbrava o que os laboratórios experimentariam após a Segunda Guerra Mundial (RADAELLI, 2007).

Em 1942, com a relação dos EUA com os grandes laboratórios e as Universidades que não mais utilizavam o método de pesquisa *serendipity*, o referido país passou a ser liderança na criação e comercialização de medicamentos, ultrapassando a Alemanha com as vendas de antibióticos, detendo de acordo com Radaelli (op. cit., p. 64), “a maior fatia de mercado dos 25 anos seguintes”, antes mesmo da Segunda Guerra Mundial, na qual ambas as potências estavam envolvidas.

Com efeito, os EUA ao término da Segunda Guerra Mundial foi o país que mais se destacou, passando a Alemanha que foi derrotada neste conflito, o que prejudicou, inclusive, as suas empresas farmoquímicas. Conforme Rodrigues (2019, [s/p]), citando Cytrynowicz (2007, p. 123), “Entre 1945 e 1975, 64% das novas drogas introduzidas no mercado mundial foram elaboradas em laboratórios norte-americanos”. Sendo assim, o investimento nos grandes laboratórios os levou ao cenário de internacionalização com os seus inúmeros produtos que iam de vitaminas e antibióticos a medicamentos psiquiátricos.

A Guerra supracitada representou um marco para a indústria farmacêutica, não só pelo crescimento de medicamentos cirúrgicos e analgésicos no campo de batalha, mas para todas os países que viviam essa tensão global. Sofria-se com insônia, síndrome de pânico, ansiedade, hipertensão, problemas neurológicos e psicológicos, entre outras diversas doenças que foram agravadas no período posterior à tensão militar. Com isso, grande parte dos investimentos dos setores público e privado foi deslocada para solucionar ou aliviar as mazelas causadas pelo referido conflito, o que promoveu um grande crescimento da indústria farmacêutica.

Vale destacar que, Cardoso (2013) em sua dissertação de mestrado sobre a relação entre saúde, enquanto um negócio lucrativo e a questão social, mediada pelo Estado, recorreu ao consagrado historiador Eric Hobsbawm, conforme o trecho destacado abaixo:

[...] indica que nesse período a indústria química intensificou a criação e comercialização de produtos como a descoberta da cortisona (1949), a estreptomicina (1950), o primeiro psicotrópico neuroléptico, a clorpromazina (1952). Todas essas e outras descobertas abriram caminho para desenvolvimento de drogas com efeito no sistema nervoso. Não se pode deixar de destacar as vacinas para pólio (1955), o anticoncepcional (1960), como também os anti-hipertensivos – clorotiazida e propranolol (1964). Hobsbawm destaca que “[...] as principais inovações que começaram a transformar o mundo assim que a [segunda] guerra acabou talvez tenham sido as do setor químico e farmacêutico” (HOBSBAWM, 1995 apud CARDOSO, 2013, p. 142).

Esse período conhecido como *Welfare State* alavancou o mercado consumidor destes fármacos, fazendo transparecer que para alcançar um completo bem-estar era necessário viver sob o uso de medicamentos, o que gerou o início do fenômeno da medicalização da vida. Somente nos EUA “400 novas drogas eram colocadas no mercado a cada ano” e suas “exportações de drogas aumentaram vinte vezes desde a Segunda Guerra Mundial” (SANTOS, 2020).

Nesse contexto, Santos (op. cit.) relembra a chamada “revolução farmacológica” de Aldous Huxley⁴, também citada no artigo de Silva (1959), de acordo com o trecho a seguir:

Tais descobertas serão mais importantes, mais genuinamente revolucionárias, do que as descobertas recentes no campo da física nuclear [...]. Os farmacologistas, no entanto, nos proporcionarão coisas que a maioria dos seres humanos nunca teve antes. Se quisermos alegria, paz e amor, eles nos darão amor, paz e alegria. Se quisermos beleza, eles transfigurarão o mundo exterior abrindo-nos as portas de visões portentosas [...]. Será necessária uma revisão e reconsideração de todas as nossas ideias correntes sobre a natureza do espírito, na contextura da revolução farmacológica (HUXLEY, 1957 apud SILVA, 1959, p. 185-186).

Houve uma espécie de “reeducação publicitária” para induzir a busca recorrente por novos fármacos que foram comercializados com a promessa de garantir uma existência humana mais plena, o que solucionaria desde problemas estéticos a patologias graves como o câncer.

Não obstante, essa “revolução” não trouxe somente malefícios para a saúde humana. Para exemplificar, há na contemporaneidade diversas pesquisas e medicamentos seguros e eficazes para prevenir e tratar doenças como a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tumores raros, hipertensão, diabetes e outras doenças que afetam o organismo humano.

Contudo, os interesses do capitalismo fizeram com que a ferramenta farmacológica fosse transformada em mais um produto entre milhares no mercado farmacêutico.

A chamada “iatrogenia medicamentosa” é um processo em que o medicamento em vez de produzir alívio ou cura, passa a oferecer riscos à saúde humana e ambiental. Nesse sentido, Barros (1983), afirma que:

[...] Em termos puramente mercadológicos, nos setores de produção e comercialização de medicamentos, interessa a ocorrência de um máximo de doenças acompanhadas de um máximo de tratamentos, ou seja, de “medicalização” (esta inclui a “prescrição medicamentosa”, indo, no entanto,

⁴ Autor do clássico livro “Admirável mundo novo”, publicado originalmente no ano de 1957.

mais longe para abranger a colocação sob a alçada da medicina de “situações” ou “problemas” que têm origem na estrutura de classes da sociedade) (BARROS, 1983, p. 378).

Não obstante, com o término da Segunda Guerra Mundial, os EUA interessados em garantir ganhos na competição mercadológica, privatizaram os seus laboratórios farmacêuticos estatais. Assim, as vendas de antibióticos com grande demanda geraram uma enorme margem de lucro para os empresários do setor estadunidenses, o que fez as suas unidades produtivas crescerem conseqüentemente.

Um exemplo disso foi o das inúmeras empresas que desempenharam um papel relevante no âmbito do setor químico-farmacológico, tais como a Bristol-Myers que produzia pincéis e escovas de dente, tendo passado a fabricar, como afirma Rodrigues (2019), “drogas injetáveis e antibióticos”, após a compra do Cheplin Biological Research Laboratories.

Por sua vez, a revolução sexual também é um aspecto relevante a ser pontuado, pois as mulheres e homens com vida sexualmente ativa contraíam frequentemente infecções sexualmente transmissíveis (IST), tais como a sífilis, herpes e, o próprio Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), os quais promovem riscos à vida de milhões de pessoas. Contudo, a própria indústria farmacêutica revolucionou “problemas de longa data” com as suas novas cápsulas e antibióticos (RADAELLI, 2007).

Com efeito, as mulheres por possuírem o risco de uma gravidez indesejada e problemas de saúde em decorrência de seu ciclo menstrual, lutaram na década de 1960 por maior liberdade sexual, sendo “presenteadas” pela indústria farmacêutica com as pílulas anticoncepcionais.

Vale destacar que, em uma ciência com maior predomínio masculino, a produção dos referidos fármacos foi mais demorada que o esperado, mas garantiu um passo gigantesco tanto na vida reprodutiva feminina, quanto na inovação da indústria farmacêutica.

1.3 - Bioequivalência como Agente de Democratização

Os chamados medicamentos genéricos tiveram origem nos EUA, em 1960, tendo sido criados para democratizar o acesso e diminuir o alto custo dos tratamentos medicamentosos. A bioequivalência é assegurada pela OMS, a qual destaca os medicamentos genéricos como remédios com a mesma função, princípio ativo e dosagem dos fármacos-originais, sem nenhuma alteração (SANTOS e FERREIRA, 2012).

Os laboratórios farmacêuticos emergentes, responsáveis pelos medicamentos genéricos, conseguiram estabelecer um marco na distribuição e acessibilidade a inúmeros medicamentos, por parte da classe trabalhadora, os quais eram até então, inacessíveis.

Conhecidos como “réplicas”, os genéricos são medicamentos com a mesma fórmula química original dos fármacos-referências, contudo, podem ser utilizados apenas após dez anos ou mais da data de aquisição da patente, por parte dos laboratórios farmacêuticos que produziam os medicamentos originais.

Isso ocorre, em razão dos referidos laboratórios terem ganhado, por meio judicial, o direito de prévia comercialização, alegando que além dos vultosos recursos financeiros, investem em ciência e tecnologia para produzir inovações farmacológicas (VALDUGA, 2009).

Por conta da extrema assimetria, grande parte dos medicamentos originais possui um alto valor de compra, o que gera uma elitização. De acordo com Valduga (2009):

No mundo, o mercado de genéricos cresce aproximadamente 17% ao ano e movimenta cerca de US\$ 55 bilhões (dos quais US\$ 22 bilhões se concentram nos Estados Unidos, onde esses medicamentos respondem por 60% das prescrições médicas, custam de 30% a 80% menos do que os medicamentos de referência e acarretam uma economia anual de cerca de US\$ 10 bilhões aos consumidores norte-americanos) [...]. No Brasil (país onde, em 2003, até 70% da população não tinha acesso a medicamentos [...]) as vendas de genéricos experimentaram em 2008 o impressionante crescimento de 31,4% em termos financeiros e de quase 10% no volume de quantidades comercializadas. Durante o mesmo período, observou-se uma taxa de crescimento de 20% para o volume financeiro transacionado por todo o mercado farmacêutico brasileiro, frente aos dados de 2007 [...] e essa tendência é mundial, visto que até 2012, o vencimento de novas patentes atingirá medicamentos de marca que em média rendem anualmente cerca de US\$ 60 bilhões para as indústrias detentoras de seus direitos de comercialização (VALDUGA, op. cit., p. 44).

O Brasil, antes com uma indústria totalmente dependente das empresas farmacêuticas internacionais, as mesmas que dominam o mercado há anos, passou de pequenos laboratórios a contar com grandes indústrias produtoras da bioequivalência, conseguindo se tornar um concorrente dos conglomerados transnacionais. Não obstante, no ano 2000, a chegada dos genéricos aos laboratórios brasileiros resultou em crescimento, democratização, disponibilização e distribuição de medicamentos a segmentos mais vulneráveis da classe trabalhadora.

Os debates acerca dos fármacos bioequivalentes foram iniciados na década de 1970, tendo sido assegurados por meio do Decreto nº 793/1993, do Ministério da Saúde (MS), o qual ficou deveria garantir “uma maior assistência farmacêutica”.

Em 1999, o Brasil assegurou à sua população medicamentos eficazes e de baixo custo pela Lei nº 9.787, conhecida como a “Lei dos Genéricos”, consolidando e incentivando a indústria farmacêutica nacional (SILVA e CALIARI, 2016).

Com efeito, fármacos como a “ampicilina, ranitidin, defalexina, cloridato de motoclopramida, oxilina sódica, cloridrato de lincominicina, claritromicina, salbutamol, furosemida e cetoconazol” foram os dez primeiros a chegarem ao mercado brasileiro proporcionando uma maior lucratividade da indústria farmacêutica. Isso ocorreu, pois, esses medicamentos são “cerca de 35% mais baratos que os fármacos-referência”, levando ao consumidor um produto 50% abaixo do preço dos originais, provocando uma maior comercialização (SANTOS e FERREIRA, 2012). E, como explicitado por Santos e Ferreira (op. cit.):

Segundo Rosenberg (2009), em unidades comercializadas, os genéricos registraram em 2007 a venda de 233 milhões de unidades em comparação aos 194 milhões em 2006, conforme dados do IMS Health. A participação de unidades comercializadas no mercado avançou de 20,1% em 2007 em relação a 2006. Em 2005, o setor vendeu 151,4 milhões de unidades de medicamentos genéricos no país contra 122,9 milhões no ano anterior. Em relação ao período 2005 a 2006 houve um aumento de 23,19 % de unidades vendidas (SANTOS e FERREIRA, 2012, p. 112).

Nesse sentido, a **Tabela 1 – Vendas de Medicamentos Genéricos no Brasil (2000 a 2007)**, elaborada por Santos e Ferreira (op. cit.), com base nos dados disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁵ (ANVISA), demonstra o percentual de vendas desses medicamentos no Brasil, nos anos de 2000 a 2007.

⁵ A ANVISA é uma agência regulatória, criada em 26 de janeiro de 1999, sendo assegurada pela Lei Federal nº 9.782 e regulamentada pelo Decreto nº 3.029, os quais garantem aos cidadãos brasileiros a qualidade, segurança e a distribuição de produtos e serviços elaborados pela indústria farmacêutica e de empresas que trabalham com a saúde de sua população.

TABELA 1 – VENDAS DE MEDICAMENTOS. GENÉRICOS NO BRASIL (2000 A 2007)

Ano	Vendas (em milhões de Reais)	Vendas (Aumento %)
2000	87,39	-
2001	432,99	395,5
2002	767,75	77,3
2003	856,75	11,6
2004	1.133,73	32,3
2005	1.244,23	9,7
2006	1.533,58	23,3
2007	1.781,03	16,1

Fonte: Santos e Ferreira (2012), a partir de dados fornecidos pela ANVISA.

1.4 - Breve Histórico Fármaco-Brasileiro

No período da Proclamação da República (1899), o Brasil possuía trinta e cinco laboratórios de pesquisa científica. Posteriormente, entre as décadas de 1920 a 1930, segundo Rodrigues (2019, [s/p]), os pequenos laboratórios nacionais tinham “uma considerável produção e desenvolvimento técnico-científico para os parâmetros da época”, sendo que a produção estrangeira e a brasileira estavam em equilíbrio no território nacional.

De acordo com Silva e Caliari (2016), o início e um marco a respeito ocorreram em 1930, quando grande parte dos centros de P&D estava empenhados em solucionar problemas de saúde pública.

Vale destacar que, o estado de São Paulo assumiu em 1930, o protagonismo, conforme Rodrigues (2019):

No estado de São Paulo no ano de 1930, existiam 110 indústrias de produtos químicos e farmacêuticos, cinco anos depois, esse número sobe para 489 (PALMÉRIO, 1942, p. 340), um aumento de 344,54%. No restante do Brasil, em 1935, existiam 1488 fábricas de medicamentos registradas. Sete anos depois, este número chega a 2000, um aumento de 34,4%, incluindo também, farmácias que obtiveram licença para fabricar e lançar produtos no mercado. O grande contraste entre a porcentagem de crescimento de São Paulo em relação ao restante do Brasil se dá pelo fato da indústria farmacêutica, desde o seu início, ser fortemente regionalizada (RODRIGUES, (2019, [s/p])).

As duas Grandes Guerras Mundiais foram de suma importância para o desenvolvimento nacional a respeito. Porém, em 1940 e 1950, o Estado passou a implementar, de fato, políticas públicas que regularizaram e incentivaram a entrada de laboratórios farmacêuticos internacionais no território brasileiro. Isso explica as razões do país seguir, com uma maior

dependência nesse setor até à contemporaneidade. Esse processo é chamado de “internacionalização da indústria”, no qual os representantes das multinacionais e as suas filiais produzem o princípio ativo no próprio país onde estão localizadas (SILVA e CALIARI, 2016).

O Brasil perdeu em certa medida a sua autonomia com a entrada das multinacionais farmacêuticas, o que fez, por exemplo, as vendas de antibióticos e penicilina dispararem. Vale salientar que, o Plano de Metas do Governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), não contava com a pesquisa e o desenvolvimento como prioridades, deixando esta área de atuação para o investimento estrangeiro, o que foi agravado pela taxa de câmbio praticada na época e a liberdade de atuação do capital internacional (RODRIGUES, 2019).

Com efeito, a falta de incentivo governamental em pesquisa e desenvolvimento tecnológico acarretou um retrocesso nacional, pois as empresas internacionais passaram a dominar o mercado com “medicamentos complexos e sofisticados”, provocando o aumento das importações. Esse atraso no desenvolvimento farmacêutico brasileiro em comparação aos países europeus, fez com que o Estado passasse a investir e promover não apenas nas suas indústrias nacionais, mas também os seus cientistas para entrarem nessa corrida científica. Um exemplo disso, foi a criação dos polos tecnológicos voltados para a área biológica, tais como: “Instituto Bacteriológico (1892); Instituto Vacinogênico (1892); Instituto Butantan (1899); Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos (1900); e Instituto Biológico (1927)” (SILVA, 2002).

Importante ressaltar que, até o ano de 1930, parte significativa da produção brasileira dependia do princípio ativo e de insumos oriundos de outros países. Além disso, a ciência era limitada a substâncias de origem vegetal e animal. As décadas de 1940 e 1950 foram fundamentais para que um maior desenvolvimento ocorresse, com a entrada das multinacionais no setor, promovendo vasto desenvolvimento econômico e industrial. Grande parte das indústrias nacionais foi comprada por empresas estrangeiras ou foram à falência (SILVA, 2002).

Esse papel secundário assumido pelo Brasil na produção da ciência farmacêutica leva o país a um eterno papel coadjuvante, caracterizado somente pela importação do ingrediente farmacêutico ativo (IFA), na finalização desses medicamentos. Esse fato agrava a eterna dependência externa de P&D transnacional.

Essa deficiência das nacionais com o baixo investimento público e com todos os agravantes dessa dependência de tecnologias de empresas internacionais fez com que as

seiscentas empresas brasileiras que resistiam, fossem perdendo a sua capacidade concorrencial e acabassem cedendo à conjuntura do setor farmacêutico à época, tornando o Brasil um mero reprodutor de fármacos similares e genéricos.

Nesse sentido, Silva (2014) afirma que:

Com a abertura comercial e a estabilização econômica ao final da década de 1990, a indústria farmacêutica experimentou mudanças específicas em seu ambiente regulatório, com destaque para a publicação da Lei de Propriedade Industrial (nº 9.279 de 14/05/1996) e da Política Nacional de Medicamentos (1998), que propuseram a inserção do medicamento genérico, a atualização permanente da Farmacopeia Brasileira e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), além da ampliação do parque industrial farmacêutico brasileiro. Além disso, as exigências dos testes de bioequivalência e biodisponibilidade, bem como as certificações de qualidade na produção induziram as empresas farmacêuticas nacionais a procurar modernizar seus parques produtivos e a investir em qualidade (SILVA, 2002)

Por sua vez, a falta de um controle de preço e de tarifas alfandegárias alavancou a lucratividade dos empresários que vendiam os fármacos prontos, sendo também em 1990 que foi estabelecida uma medida de controle de preços para remédios de uso prolongado ou contínuo (SILVA e CALIARI, op. cit.).

Os posicionamentos quanto à presença das multinacionais do setor farmacêutico no Brasil não eram unânimes, podendo ser considerada um malefício ou algo benéfico, em razão do não investimento estatal em pesquisa e desenvolvimento tecnológico, tornando necessário, por outro lado, um incentivo dos laboratórios estrangeiros para haver algum crescimento no referido setor.

No ano de 1999, a Lei Federal dos medicamentos genéricos “revolucionou” a indústria nacional brasileira. A partir desse marco histórico, as empresas locais passaram a desempenhar um importante papel no setor farmacêutico.

Cabe destacar que, os laboratórios farmacêuticos públicos como Bio-Manguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz), sediado no Rio de Janeiro e, Instituto Butantan, do Governo do Estado de São Paulo, assumiram protagonismo na fabricação de genéricos, porém, por conta do pouco investimento do Governo Federal, a produção dessas instituições abastece exclusivamente o Sistema Único de Saúde.

A comercialização dessas “réplicas” é bastante custosa ao mercado, pois antes de serem comercializadas devem passar por uma série de testes clínicos em seres humanos e até em animais para serem aprovadas pela ANVISA. É importante ressaltar o papel e a regulamentação desse órgão regulador, por meio do MS e do SUS, “assimilando seus princípios e diretrizes”, tais como a equidade, universalidade e integralidade, os quais se tornam responsáveis por toda a atuação destes oligopólios no território brasileiro (SILVA e CALIARI, 2016).

Esse processo é fundamental, pois, a atuação dessas indústrias sob o viés do lucro não é a mais adequada. Todas as empresas farmacológicas privadas também visam ao lucro e ao estímulo de uma maior produção e comercialização, logo, a grande quantidade de fármacos que produzem deve ser analisada, bem como a máxima transparência ao consumidor deve ser garantida, deixando-o ciente do produto que está consumindo. Como exemplo a respeito, há a bula que todo medicamento possui, conforme Barros (1983):

As bulas servem, junto a vários outros veículos promocionais como mecanismo para incrementar as vendas, especialmente ao favorecer ou facilitar a automedicação. Ao minimizar efeitos colaterais ou contraindicações e ao ampliar a gama de indicações ou efeitos terapêuticos, de preferência usando linguagem mais técnica no primeiro caso e bem mais acessível ao leigo, no segundo, a bula se transforma com frequência em burla (BARROS, 1983, p. 382).

Na contemporaneidade, o setor farmacêutico brasileiro compõe internacionalmente grandes empresas. Em 2018, segundo o *ranking* de faturamento, o Brasil desempenhou um importante papel frente a respeito, ou seja, cinquenta e cinco de suas empresas obtiveram um lucro superior a R\$ 300 milhões, tendo como destaque a FioCruz, a qual ocupa a oitava posição no referido setor (VIEIRA e SANTOS, 2020).

O setor industrial farmacêutico no Brasil é majoritariamente constituído por empresas multinacionais. O atraso do século passado levou o Brasil a ter baixa capacidade de inovação em P&D, com pouca ênfase nos produtos biotecnológicos.

Entende-se que o *marketing* estratégico e a propaganda são os maiores aliados das farmacêuticas em território nacional, apesar de serem responsáveis por um alto desembolso financeiro, dão retorno garantido, pois provocaram um elevado número de vendas de medicamentos, com destaque para o Cataflan, Tilenol, Dorflex, Lexotan e Luftal (SANTOS e FERREIRA, 2012).

Esse incentivo partiu de medidas governamentais, como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (PROFARMA), elaborado em 2004 como

um fomento às empresas domésticas, proporcionando maior inovação, tecnologia, pesquisa, desenvolvimento e consolidação. Para Silva e Caliarri (2016):

Entre o ano de sua criação, de 2000 ao ano de 2007, 49 projetos foram financiados pelo PROFARMA, totalizando um montante de R\$2 bilhões em investimento sendo que 49% foram empregados na promoção da capacidade produtiva da indústria, 12% nos projetos de P&D e 39% na reestruturação financeira de empresas locais (SILVA e CALIARI, 2016, p. 74).

Isso propiciou maior entrada e consumo de produtos no Brasil, tendo demandado a criação de órgãos reguladores. Na contemporaneidade, o país ocupa um lugar de destaque na indústria farmacêutica internacional, tendo chegado à décima posição dos maiores mercados do setor, apesar de grande parte dos laboratórios não serem de origem brasileira. Vale destacar que, isso acarreta um retrocesso na pesquisa e desenvolvimento dos laboratórios nacionais, resultando em uma baixa taxa de inovação, comparada a dos países de economia forte.

No entanto, esse fato não impediu que os laboratórios nacionais privados, tais como a Medley, EMS, Sigma Pharma, Aché, Eurofarma e Germed ocupassem as maiores posições globais (SANTOS e FERREIRA, 2012).

Nesse contexto, é importante mencionar o chamado Complexo Industrial da Saúde (CEIS), no qual o pesquisador da FioCruz, Carlos Gadelha tem grande protagonismo na questão do CEIS. De acordo com Gadelha (2020):

O conceito do Ceis (Complexo Econômico-Industrial da Saúde) foi desenvolvido no início dos anos 2000 para captar a relação indissociável entre saúde e desenvolvimento, segundo uma perspectiva endógena que considera a saúde e o sistema de produção e de inovação relacionado como parte indissociável de um padrão de desenvolvimento e não apenas como um fator acessório, funcional e exógeno, delimitado estritamente ao campo das políticas sociais e mesmo compensatórias frente à dinâmica do capital. A visão restrita da relação saúde-desenvolvimento aparece na concepção adotada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) há cerca de duas décadas, em forte interação com o Banco Mundial e o FMI (Fundo Monetário Internacional). Essa visão foi consolidada e intensamente difundida no relatório clássico de 2001 sobre a relação entre economia e saúde (“Macroeconomics and health: investing in health for economic development”) (GADELHA, 2020, [s/p.]).

Com efeito, em entrevista à Leite (2022) do site de notícias Outra Saúde, Gadelha relatou que conseguiu aprovar junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), um projeto vinculado ao CEIS, o qual acredita que pode retirar o Brasil da regressão produtiva, gerar conhecimentos e garantir emprego para a população, ou seja, a ideia é apostar no SUS e na

saúde como um todo enquanto estratégia para a superação da crise econômica. Para tanto, Leite (2022) afirma que:

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde pode ser o novo vetor do desenvolvimento nacional, argumenta Gadelha. É um desenvolvimento que sirva para transformar a vida da população e não meramente para impulsionar a economia, como defendia o economista Celso Furtado, diversas vezes citado pelo pesquisador. Segundo Gadelha, é assustador que o Brasil esteja sofrendo com a falta de medicamentos básicos, como amoxicilina, dipirona e penicilina. Mas não surpreendente, dado o avançado processo de desindustrialização em que o país se encontra. Gadelha apresentou, então, de que maneira o Complexo Industrial da Saúde poderia livrar o país dessa posição de fazenda do mundo. A chave está justamente no Sistema Único de Saúde. Ele explica que a base estrutural e econômica do SUS é um complexo que pode mobilizar a indústria, os serviços e os sistemas de informação e comunicação. Essa é a área-chave para que o país entre, enfim, na 4ª Revolução Industrial, defende o pesquisador, que exibiu o diagrama abaixo. Não se trata de simplesmente produzir alguns itens, mas de criar uma cadeia que abasteça a Saúde. Ela fabricará desde produtos de menor complexidade, como ventiladores, aos Ingredientes Farmacêuticos Ativos (IFAs), essenciais para produção de vacinas e medicamentos e a equipamentos hospitalares e para exame de imagem muito sofisticados. As encomendas estarão garantidas, pelo próprio SUS e as demandas de seus 200 milhões de usuários e rede de assistência espalhada por todo o território. Ao invés de importar tudo isso (sujeitando-se a crises como a atual), o Brasil, produzirá internamente, gerando ocupações industriais qualificadas e desenvolvendo tecnologia. A produção de ciência e conhecimento poderia alçar o Brasil a outro patamar. Gadelha concluiu sua apresentação defendendo veementemente que o Conselho Nacional de Saúde coloque o projeto do Complexo Industrial da Saúde como grande prioridade nas futuras propostas de política nacional de saúde. Sua proposta foi aprovada por unanimidade. Resta agora criar as condições políticas para implementá-la. (LEITE, 2022, [s/p]).

Ainda no âmbito do CEIS, Sabbatini e Fonseca (2021) postulam que:

O Estado teve papel decisivo na modernização do Brasil, liderando o esforço de industrialização e construindo, ainda que de forma incompleta, o mais avançado *welfare state* da periferia do capitalismo. A articulação planejada entre a provisão de serviços públicos e a oferta de bens e serviços, seja através de empresas estatais, seja através de empresas privadas de capital nacional e de capital estrangeiro, foi decisiva para o desenvolvimento econômico brasileiro, malgrado suas incompletudes, em especial aquelas relacionadas à redução das desigualdades socioeconômicas. No entanto, anos de privatizações, desregulamentações e de austeridade fiscal implicaram no crescente subfinanciamento e na fragilização nas condições para o acesso universal no âmbito dos serviços públicos. Ou seja, apesar do papel de destaque assumido globalmente pelo CEIS, como um dos sistemas produtivos com maiores oportunidades em termos de investimentos e

inovação, e em decorrência da ampliação do acesso e da demanda interna por saúde, a vulnerabilidade estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se nas últimas décadas. O crescente papel desempenhado pelas tecnologias associadas à “Revolução 4.0”, como a inteligência artificial e o big data, em sistemas de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, explicitaria não só as mudanças às quais o CEIS vêm sendo submetido, mas também os desafios colocados ao SUS, sobretudo o que se refere ao acesso aos bens e serviços, aos seus custos, e também no que tange à crescente dependência de produtos, serviços e tecnologias importadas. Essas medidas de política econômica também resultaram na perda de capacidade de estimular o setor empresarial. Este estímulo foi reduzido tanto na esfera do até então fundamental financiamento público ao investimento (não só em capacidade produtiva, mas também em atividades inovativas) quanto no que tange à coordenação e integração entre as políticas públicas (inclusive poder de compra) e a atividade empresarial. E mais, essas transformações que resultaram em fragilidades estruturais da economia brasileira foram majoradas por processos concomitantes vivenciados pelo capitalismo contemporâneo nas últimas décadas (SABATTINI e FONSECA, 2022, p.118-119).

A partir da reflexão sobre o CEIS, vale a pena problematizar a indústria farmacêutica contemporânea.

1.5 - Indústria Farmacêutica Contemporânea

O desenvolvimento da indústria farmacêutica e o patamar alcançado pelos monopólios e oligopólios do setor não é fruto somente do *marketing* estratégico, mas também do árduo trabalho dos representantes de laboratórios, conhecidos como propagandistas. A partir de cada medicamento novo, esses profissionais levam os produtos às clínicas, hospitais e farmácias, divulgando as novas drogas (BARROS, 1983).

Isso ocorre em razão da venda “boca-a-boca” ser de mais fácil convencimento, fazendo com que os representantes sejam utilizados em larga escala. Entre 1974 e 1975, para cada dez médicos existia um propagandista nos EUA. Esse número é ainda mais alarmante nas Américas Latina e Central, onde são 640 profissionais para 2.000 médicos; assim, na Guatemala, 9.000 para 32.000 médicos; no México, 14.000 para 45.000 médicos; e, no Brasil cerca de 60% do faturamento é atribuído a estes representantes (BARROS, op. cit.).

Os EUA são referência neste quesito por impedirem que os medicamentos cheguem ao mercado sem total clareza de suas contraindicações. Não obstante, os anticoncepcionais, antibióticos e antiartríticos são divulgados e comercializados na América Latina sem ter todos os efeitos colaterais evidenciados, como por exemplo, o fortalecimento de micro-organismos

pelo uso indiscriminado de antibióticos, produção de úlcera gastroduodenal, discrasia sanguínea, dor, febre e até inflamação, ou seja, estes medicamentos podem provocar o surgimento de outras patologias em quem os consome (BARROS, op. cit.).

De acordo com Barros (1983), um estudo elaborado na década de 1970 na Finlândia registrou dados importantes entre a relação dos médicos com os propagandistas, conforme o trecho destacado abaixo:

[...] 64% dos médicos consideraram a informação dada pelos propagandistas como sendo “útil” e apenas 14% acharam “inútil”. Fassold e Gowdey, em uma pesquisa sobre as reações dos médicos aos métodos usuais de promoção de drogas, registram que 56% dos clínicos gerais e 37% dos especialistas consideraram o propagandista como a fonte mais informativa e aceitável (BARROS, 1983, p. 380-381).

Diante do exposto, é possível afirmar que grande parte dos medicamentos que são prescritos e indicados em uma consulta médica é de influência dos propagandistas. Seguindo o postulado de Barros (op. cit.), as ofertas e barganhas em relação aos médicos, acabam sendo revertidas em uma estratégia de *marketing* do setor farmacêutico que visa atingir os usuários dos serviços de saúde.

Com efeito, o posicionamento sociopolítico dos médicos é de extrema relevância para a compreensão do seu lugar ocupado na sociedade e na expansão da indústria farmacológica. Segundo Figueredo e outros colaboradores (2020), desde o início de medicina, quem realiza os processos de tratamento terapêutico, obtém *status* e contribui na consolidação de uma profissão técnico-científica.

Na Grécia Antiga, o filósofo Aristóteles, “símbolo da medicina ocidental”, desempenhava um destacado papel. Vale destacar, que há 2.500 anos, a categoria médica trata não somente da prática da cura, mas também da chamada “farmaceuticalização”, lidando, portanto, com todo um contexto social que implica diretamente na saúde de seus pacientes.

Nesse sentido, o poder extremamente elitizado e a responsabilidade sobre a saúde dos pacientes vêm visibilizando a profissão, levando ao domínio do processo de tratamento-cura, sendo caracterizados como os “senhores do saber”. Para Figueredo e outros colaboradores (2020), a hierarquização médico-paciente é o resultado da dependência e do conhecimento extremamente especializado.

A referida hierarquização é reificada culturalmente, sendo que na sociedade brasileira, grande parte dos jovens almeja a profissão médica, também por representar um lugar de prestígio social por conta, principalmente, da atrativa remuneração.

O médico é encarado socialmente como o profissional da cura dos males, sendo visto como símbolo da inteligência, disponibilidade e sensibilidade, o que gera efeitos diretos na relação médico-indústria farmacêutica (FIGUEREDO et al., 2020).

Cabe destacar que, para muitos profissionais da medicina, o momento da prescrição tornou-se o principal da consulta, substituindo até a boa anamnese. Isso ocorre, pois, com a enorme quantidade de medicamentos no mercado prometendo solução para quase todos os problemas ou amenizando-os, se passou a acreditar veemente que somente a receita era necessária no encontro médico-paciente.

Por essa razão, culturalmente, a prática da automedicação e a medicalização têm aumentado drasticamente, passando a ocorrer em função dos médicos não conseguirem atender totalmente à demanda crescente por atendimentos e a não vislumbrar, em sua maioria, outros processos terapêuticos. Tal situação vem fazendo, em grande medida, com que os pacientes passem a se autodiagnosticar e a encarar problemas sociais como se fossem patológicos, mas em sua maioria, os médicos também aderiram à prescrição de medicamentos alopáticos como procedimento padrão (BARROS, 1983).

Essa questão está diretamente ligada à indústria farmacêutica, porque grande parte dos propagandistas leva aos consultórios o que há de “melhor” e “mais novo” entre os medicamentos disponíveis no mercado, indicando, geralmente, produtos fármacos-referência de alto valor monetário, mesmo quando existe o genérico correspondente para a comercialização.

Sendo assim, os médicos que passam a aderir à “nova invenção” são vistos como “atualizados cientificamente”. Além disso, quanto maior for a demanda por conta das patologias e a quantidade de medicamentos para curá-las, menor será o tempo de consulta e maior será a remuneração (BARROS, op. cit.).

Há mais de dez mil empresas farmacêuticas no mundo, sendo que os Estados Unidos iniciou a sua indústria farmacêutica após os países europeus, mas possui na contemporaneidade a maior fatia de produção e consumo de medicamentos.

Nesse sentido, para Santos e Ferreira (2012):

No mercado mundial as cinco maiores empresas farmacêuticas são: a Pfizer com vendas de US\$ 56,427 bilhões, em seguida a Novartis com vendas de US\$ 51,632 bilhões, em terceiro lugar do ranking em vendas foi a Merck & Co com vendas de pouco mais de US\$ 40 bilhões, em quarto lugar a Sanofi alcançou US\$ 39,478 bilhões em vendas e a quinta a AstraZeneca com US\$ 36,974 bilhões em vendas no ano de 2011. As primeiras cinco empresas representaram 26% da parcela do mercado mundial no ano de 2011 (SANTOS e FERREIRA, 2012, p. 102).

A seguir, são apresentadas as **Tabelas 2 e 3**, extraídas do artigo de Santos e Ferreira (op. cit.), as quais evidenciam dados relevantes acerca da indústria farmacêutica no Brasil e no mundo.

A **Tabela 2**, abaixo, é baseada na fonte de dados do IMSHEATH (2008) e identifica as vinte maiores empresas em vendas no mundo e os seus respectivos valores em dólares estadunidenses, entre os anos 2006 e 2011.

TABELA 2 – VINTE MAIORES EMPRESAS EM VENDAS NO MUNDO (US\$)

	Rk 2011 (US\$)	2011 Vendas (US\$)	2010 Vendas (US\$)	2009 Vendas (US\$)	2008 Vendas (US\$)	2007 Vendas (US\$)	2006 Vendas (US\$)
Mercado Global	0	855,455	794,797	753,814	727,260	669,740	608,052
PFIZER	1	56,427	56,801	58,628	60,558	62,234	61,665
NOVARTIS	2	51,632	46,911	41,937	39,544	36,949	33,575
MERCK & CO	3	40,119	37,521	37,980	38,487	38,368	35,066
SANOFI	4	39,478	38,534	38,164	38,963	36,372	33,403
ASTRAZENECA	5	36,974	35,921	34,710	32,658	30,041	27,350
ROCHE	6	34,869	32,993	32,592	30,115	27,037	22,971
GLAXOSMITHKLINE	7	34,491	34,034	35,356	36,920	37,473	35,981
JOHNSON & JOHNSON	8	27,664	27,676	27,419	30,212	29,470	27,962
ABBOTT	9	25,871	24,274	23,263	22,663	20,316	18,630
TEVA	10	23,872	24,480	21,791	20,805	18,187	16,349
LILLY	11	23,716	22,098	20,336	19,037	17,125	15,112
TAKEDA	12	17,767	16,751	18,109	18,110	16,904	15,499
BRISTOL-MYERS SQB.	13	16,446	14,987	14,118	13,539	11,974	11,286
BAYER	14	16,390	15,719	15,648	15,728	13,943	12,164
AMGEN	15	16,323	15,609	15,127	15,381	15,958	15,977
BOEHRINGER INGEL	16	16,186	14,595	15,209	14,025	12,459	11,250
NOVO NORDISK	17	11,213	9,726	8,602	7,937	6,732	5,755
DAIICHI SANKYO	18	10,416	9,747	8,710	8,070	7,107	6,698
OTSUKA	19	9,980	8,739	7,883	6,462	5,299	4,647
MYLAN	20	8,983	8,019	6,891	6,116	5,959	5,058

Fonte: IMSHEATH (2008).

E a **Tabela 3**, também está baseada na fonte de dados do IMSHEATH (2008) e informa que em 2010, o Brasil foi o oitavo maior mercado mundial farmacêutico, atingindo US\$ 22,1

bilhões, tendo passado no referido ano, o Reino Unido, mas ficou atrás dos EUA, os quais atingiram à época 312,2 bilhões de dólares, seguidos pelo Japão e Alemanha.

TABELA 3 – MERCADO MUNDIAL FARMACÊUTICO (2010)

Rk	País	2010
1	Estados Unidos	321,2
2	Japão	96,3
3	Alemanha	45,3
4	França	43,7
5	China	40,1
6	Itália	29,2
7	Espanha	25,5
8	Brasil	22,1
9	Reino Unido	21,6
10	Canadá	21,6
11	Rússia	13,1
12	Índia	12,3
13	Coréia do Sul	11,4
14	Austrália	11,3
15	México	10,8
16	Peru	10,6
17	Grécia	7,8
18	Polônia	7,8
19	Holanda	6,9
20	Bélgica	6,8

Fonte: IMSHEATH, (2008).

Vale ressaltar que, o empenho e o desenvolvimento do setor farmacêutico, também é fruto do incansável trabalho de pesquisadores e demais profissionais do setor que lutaram e lutam por uma indústria técnico-científica cada vez mais resolutiva e eficaz.

Não obstante, a contribuição cubana para o mundo foi a exportação de produtos técnico-científicos, explicitando a contradição do capitalismo, quando mesmo com poucos recursos é possível desenvolver uma indústria bem estruturada. Exemplo disso, é a nova hegemonia estabelecida por Cuba, ao desenvolver ciência e saúde com compromisso público e livre de interesses mercadológicos e econômicos, tendo se tornado a maior referência mundial a respeito e, conseguindo alcançar uma vasta comercialização para mais de cinquenta países, levando os seus produtos, vacinas, antibióticos e ciência para outras países.

As suas diversas produções públicas em saúde, desenvolvimento e pesquisa, tais como, o Centro de Imunoensaio, o Centro de Imunologia Molecular, Centro de Investigações Biológicas e o próprio Centro de Engenharia Genética e de Biotecnologia (CIGB), levaram Cuba a ser um exemplo de saúde pública a nível internacional. inclusive, por ter sido o primeiro país a erradicar a poliomielite com a sua própria vacina (VILLANUEVA, 2021).

Nesse contexto, é importante destacar que a BioCubaFarma⁶, biofarmacêutica cubana, foi implementada por meio de empresas estatais em sua maioria, conseguindo alcançar uma vasta comercialização para mais de cinquenta países de seus produtos farmacêuticos, vacinas e antibióticos

A BioCubaFarma, biofarmacêutica cubana, apesar dos cortes e da desaceleração de suas exportações desde 2015, demonstrou-se como uma potência frente à pandemia da COVID-19, tratando os seus doentes com produtos eficientes de origem nacional e eficácia em seus processos terapêuticos.

Vale ressaltar que, diversos fármacos foram utilizados para reduzir o risco de hospitalização ou óbito antes da criação de sua própria vacina. Portanto, é de extrema relevância destacar o papel desempenhado pela BioCubaFarma em suas pesquisas e projetos, pois consegue imunizar a sua população de forma maciça (VILLANUEVA, 2021).

Não obstante, Cuba acaba sofrendo represálias do setor farmacêutico global e passando por dificuldades financeiras frequentemente.

Vale lembrar que, os EUA vêm impondo à Cuba um embargo econômico, financeiro e comercial, desde 1962, o qual se tornou lei no início da década de 1990. O referido embargo ocorreu, principalmente, em razão de Cuba ter se tornado um país socialista em 1959 e por conta da chamada Crise dos Mísseis, a qual terminou com a expulsão daquele país da Organização dos Estados Americanos (OEA).

A falta de recursos financeiros, a dependência do Estado e a falta de autonomia não afetaram o êxito dos investimentos nos referidos centros científicos de biotecnologia supracitados. O grande número de exportações de fármacos e a venda de patentes resultou em uma maior lucratividade, entretanto, é bem provável que grande parcela dos gastos estatais ainda não tenha sido recuperados.

Apesar da debilidade dos recursos oferecidos pelo sistema capitalista, os cientistas cubanos provocaram um importante impacto social e na saúde pública. Cabe destacar que, vêm contribuindo na criação de diversos imunizantes nacionais para o combate de doenças, tais como hepatite B; dengue; e, meningite B/C. Além disso, desenvolveram produtos terapêuticos

⁶ BioCubaFarma é uma indústria biotecnológica de caráter nacional e empresarial, a qual oferece um significativo valor para a alta tecnologia científica cubana e transnacional.

para o tratamento da HIV-AIDS, *kits* diagnósticos para gravidez e fármacos para evitar a rejeição em casos de transplante de órgãos.

Nesse sentido, é importante mencionar que houve a venda, quebra e licença de patentes dos fármacos-originais, a fim de tratar graves patologias emergentes em diversos territórios. A falácia de que a acessibilidade a esses medicamentos causará efeitos danosos à indústria farmacêutica não se mantém frente à sua altíssima lucratividade, inclusive, no âmbito da internacionalização da pesquisa científica para a descoberta de novos fármacos.

Para exemplificar essa afirmação, as vacinas do SARS-CoV-2 (Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave), sofreram pressão de diversas instâncias para serem comercializadas por meio de licenças de patentes emergentes, pois caso isso não ocorresse, a assimetria de produção de acesso desses imunizantes provocaria o desfavorecimento à saúde pública de países de economia mais dependente, como no caso africano.

Esse quadro se configura também na configuração do enfrentamento do HIV e AIDS, quando o Brasil após os seus altos custos com a IST, quebrou a patente desses medicamentos antirretrovirais para dar acesso um tratamento eficaz aos seus pacientes que vivem com vírus (POLÔNIO, 2006).

Apesar das questões que serão discutidas posteriormente nos demais Capítulos do estudo, é possível afirmar em que pese, as críticas necessárias, as empresas farmacológicas são responsáveis, em certa medida, pela melhoria da saúde da humanidade.

CAPÍTULO 2 – *MARKETING* ESTRATÉGICO, MÍDIA, CONSUMO DE FÁRMACOS E AUTOMEDICAÇÃO

O *marketing* e as propagandas de medicamentos deixaram de ser somente a visita dos propagandistas ao consultório médico. As indústrias farmacêuticas da contemporaneidade apostaram nos grandes veículos de mídia para “revolucionar” as vendas de seus produtos. Com efeito, esse capítulo analisará os principais desafios para a saúde pública, frente à automedicação e a excessiva publicidade utilizada no mercado farmacêutico.

2.1 - *Marketing* Estratégico e Comercialização de Fármacos

Desde a Primeira Revolução Industrial, as indústrias utilizam técnicas propagandistas para obterem maior comercialização de seus produtos e maior divulgação de sua marca (CORRÊA e OLIVEIRA, 2008). Todavia, ao longo do tempo as estratégias publicitárias vêm se adaptando a cada período histórico, mas os interesses capitalistas e, em particular, do mercado farmacêutico continuaram os mesmos.

Com efeito, a utilização de profissionais para a visita aos consultórios médicos, conforme afirmado no Capítulo anterior, se manteve presente no setor farmacêutico, pois a maioria dos grandes monopólios que trabalham com medicamentos controlados com tarja preta ou vermelha, necessitam de prescrição médica com retenção de receita (SILVA, 2004).

Vale destacar que, medicamentos como anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, e, anticonvulsivos são extremamente necessários na contemporaneidade, devendo ser comercializados apenas com a prescrição médica, fazendo com que o investimento publicitário tenha como principais atores, o médico e o propagandista comercial (CORRÊA e OLIVEIRA, op. cit.).

A nomenclatura *marketing* foi utilizada pela primeira vez em 1902 nos EUA. O vocábulo escolhido tem como base o radical *Market*, significado de “mercado” na língua inglesa, e o sufixo *ing* que definiria “movimento permanente”, portanto, em tradução livre significaria “mercado em movimento” (CARSONI e JUNIOR, 2018). No Brasil, os principais relatos de publicidades envolvendo fármacos se deram a partir dos anos 1980, quando houve um crescimento contínuo do setor farmacêutico.

A publicidade utilizada por esse setor evidencia o cenário contemporâneo dos *slogans* que constantemente estão na grande mídia e nos espaços públicos. O *marketing* é uma

ferramenta essencial para a P&D de qualquer empresa, o problema se encontra quando uma indústria fundamentalmente baseada em pesquisas investe mais em práticas de comercialização quando são comparados os gastos em ciência, desenvolvimento, descoberta e produção de novos fármacos ou cura de uma determinada patologia.

Para exemplificar, os laboratórios estadunidenses em 2004 gastaram cerca de US\$ 57,5 bilhões de dólares em marketing e publicidades, nesse mesmo ano esses laboratórios gastaram somente US\$ 31,5 bilhões em pesquisa e desenvolvimento, fomentando a contradição implicada (MACEDO et al., 2011).

E, segundo Borba e Morais (2018):

Juntas, as marcas de remédios gastam mais em anúncios do que montadoras de carros ou operadoras de telefonia no Brasil. Em 2015, início da crise econômica, o setor farmacêutico subiu quatro posições e chegou ao sexto lugar no ranking de maiores investidores em propaganda. Foram R\$ 8,1 bilhões aplicados em publicidade pelos laboratórios no ano passado, segundo a Kantar Ibope Media. Responsável por quase metade desse valor, a mexicana Genomma Lab se tornou a maior anunciante do País. O carro-chefe são os anúncios de medicamentos vendidos sem receita, os únicos liberados pela Anvisa para divulgação ao grande público (BORBA e MORAIS, 2018).

A controvérsia encontrada não está na prática do *marketing*, e sim, em seu uso antiético e largamente disseminado, o qual provoca e oculta sérios problemas patológicos, quando há a prática da automedicação, influenciada, muitas vezes, também pelos *slogans* publicitários de medicamento veiculados na mídia burguesa, em vez invés de se recorrer a uma consulta médica para buscar tratamento adequado com a devida prescrição e dosagem de medicamentos.

Esse preocupante cenário da chamada “cultura da automedicação”, se soma às dificuldades encontradas no SUS, pelo seu histórico subfinanciamento, bem como do recente desfinanciamento, por conta da Emenda Constitucional 95 (EC 95), também chamada de “Emenda do Teto dos Gastos” ou “Emenda da Morte”.

Milton Santos⁷ chamou esse processo de “despotismo do consumo”, ou seja, quando as empresas capitalistas criam o possível consumidor antes mesmo de criar o produto. Assim,

⁷ Milton Santos foi geógrafo, professor emérito da Universidade de São Paulo, ganhador do Prêmio Internacional de Geografia Vautrin Lud, em 1994, e autor de mais de trinta livros e quatrocentos artigos científicos, publicados em diversos idiomas.

manipulação da opinião, o remédio teria 1% de medicina e 99% de publicidade, o que confirma o interesse econômico do setor farmacêutico supracitado.

A ideologia embutida na publicidade desse setor é promotora de um consumismo exacerbado de medicamentos, transformando as pessoas que os consomem, muitas vezes, em consumidores acríticos e fármaco-dependentes.

Desde o início do Brasil República, período no qual começou a se ter uma maior preocupação com as questões sanitárias, grande parte dos medicamentos era anunciada por meio de *slogans* com promessas impossíveis de atenderem a demanda da população.

Há relatos de diversos cartazes publicados em jornais, como os do português José Antônio Coxito Granado⁸, anunciando suas receitas e fórmulas medicamentosas de uma forma promissora e “milagrosa”, como: o “Polvilho Antisséptico, o fortificante Água Inglesa, o calmante Água de Melissa, e o antiácido Leite de Magnésia”, esses que eram utilizados como vitaminas, antidepressivos, insônia, vigor, coceiras e até para tratar desânimo, como o cartaz exemplificado abaixo a qual vigora uma plena felicidade, destacando a boa juventude como algo possível de medicalização.

Nesse sentido, o Cartaz 1 da figura 2 – Casa Granado abaixo, explicita estratégias de *marketing*, da Casa Granado, no que diz respeito à pharmaceuticalização da vida, no início do século XX, garantindo “remediar” até a situação dos “desiludidos”, estimulando, desse modo, o consumo desnecessário de medicamentos.

CARTAZ 1 – CASA GRANADO



Fonte: Bueno e Taitelbaum (2008).

⁸ Em 1870, José Antônio Coxito Granado fundou a mais tradicional botica do Brasil. A Granado ficou conhecida por sua manipulação de plantas, flores brasileiras e ervas para a elaboração de fármacos.

É importante ressaltar que para Silva (2004): “A dor como vilã e o medicamento como salvador, sempre fizeram parte da história da propaganda de medicamentos, em todos os tempos”. Logo, frases como: “Tomou Doril⁹, a dor sumiu” são bens comuns e conhecidas nacionalmente.

A população de 1910 tinha acesso a *slogans* publicitários do xarope Bromil, os quais prometiam curar em vinte e quatro horas a tosse dos enfermos, um estilo de propaganda bem marcado da sociedade à época. O “poder simbólico”, como diria o sociólogo Pierre Bourdieu, associado aos medicamentos industrializados, bem como a promessa irrealista de uma cura imediata instiga ainda mais o seu consumo indiscriminado há muito tempo no Brasil (SILVA, 2004).

Com efeito, o xarope Bromil que em sua propaganda anunciava atuar no combate à tosse e a tuberculose, utilizava poetas e escritores famosos como o próprio Carlos Drummond de Andrade e Graciliano Ramos como os seus principais “garotos-propaganda”, afinal: “Nada seria tão eficiente quanto chamar aqueles que usavam a garganta e o peito em prol das palavras para louvar as qualidades do Bromil” (BUENO e TAITELBAUM, 2008, p.16).

Portanto, a partir da análise da história da publicidade de medicamentos no Brasil, desde o seu início, já com a utilização de personalidades importantes, frases eloquentes e efeitos milagrosos é possível afirmar que há consequências marcantes no cenário contemporâneo fármaco-dependente brasileiro. Dentre tantos anúncios da referida época, vale a pena destacar, o Cartaz 2 – Xarope Bromil da figura 3, abaixo, o qual evidencia questões patológicas e sociais daquela sociedade, tal como no *slogan*: “Não propague sua tosse, cure-a com Bromil”.

CARTAZ 2 – XAROPE BROMIL



Fonte: BUENO e TAITELBAUM (2008).

⁹ Nome fantasia do composto químico – “ácido acetilsalicílico + cafeína”, o qual é um analgésico para combater dor e febre.

Percebe-se o seu texto apelativo, cabendo destacar não somente a linguagem verbal adotada que pode ser considerada eficaz para o efeito pretendido, mas também o seu teor “terrorista”, com o intuito de propagar desespero e pânico na população vítima de epidemias e pandemias, mesmo sem haver até então, nenhum medicamento ou tratamento profilático cientificamente comprovado.

2.2 - Automedicação como Problema de Saúde Pública

No momento presente, as consequências relativas à automedicação e medicalização da vida estão diretamente interligadas com o tratamento precoce, não os comprovados como eficazes no século XX. Medicamentos esses que, promovem a sensação de bem-estar físico, estético e mental e a suposta prevenção de doenças, por conta da utilização de fármacos.

Para exemplificar, o Biotônico Fontoura, muito utilizado na Era Vargas, possuía 9,5% de teor alcoólico (BUENO e TAITELBAUM, 2008, p. 34). Com efeito, conseguiu atingir o maior número de vendas à época. Os *slogans* publicitários com jogadores de futebol, famílias e mulheres felizes, aparentemente saudáveis, eram uma das maiores estratégias para convencer a população da necessidade de seu consumo.

Por sua vez, os medicamentos de venda livre chamados de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs), “bonificados”, também conhecidos como “empurroterapia”, são alvos de maior preocupação, pois não necessitam de receitas ou orientação médica. São os mais comercializados e divulgados em *slogans* publicitários e, não raro, têm sua comercialização estimulada por meio de preços promocionais (“promoções”) como se fossem uma mercadoria qualquer (BALBINO e DIAS, 2010)

Com efeito, o Ministério da Saúde, junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assegura à população brasileira, por meio de uma legislação específica, a análise crítica de todo material publicitário a respeito, conforme afirmado por Carsoni e Junior (2018):

A propaganda e a publicidade de medicamentos estão regulamentadas pela Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC) nº. 96/2008. A monitoração e a fiscalização da publicidade de medicamentos no Brasil é competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determinada pela Lei nº. 9782/99, que veio a reforçar o já estabelecido na Constituição Federal de 1988. No entanto, antes, a Lei nº. 6.360/76, já tratava da prática da publicidade de medicamentos e estabelecia a previsão de um regulamento ao tema, que levou a publicação da RDC nº. 102/2000 (ANVISA 2004 apud CARSONI e JUNIOR, 2018, p. 61).

A maioria dos telespectadores da televisão brasileira ou leitores de jornais impressos já assistiram ou leram a famosa frase: “Isto é um medicamento. Seu uso pode trazer riscos e efeitos colaterais. Leia atentamente a bula e, em caso de dúvida, consulte o médico ou a orientação de um farmacêutico” (BALBINO e DIAS, 2010, p. 993).

No Brasil, a população é fármaco-dependente e culturalmente habituada a consumir medicamentos alopáticos. Não obstante, em termos de “advertência” contra à prática da automedicação, há somente um alerta de cinco segundos, após os anúncios publicitários desses medicamentos, o que não tem se mostrado suficiente para combater a referida prática, pois parte significativa da população brasileira continua sendo influenciada pelas propagandas a consumir por conta própria, medicamentos alopáticos para tratar a gripe / resfriados, dores de cabeça, tosse, dores musculares, entre outros.

É importante explicitar que nenhum medicamento é livre de efeitos adversos ou isento de provocar alguma reação indesejada, já que, “nenhuma substância farmacológica ativa é inofensiva ao organismo” (CHIAROTI et al., 2010, p. 2).

Outra preocupação recorrente é o quanto esses medicamentos de venda livre, os MIPs – , podem invisibilizar patologias mais graves que necessitem de acompanhamento médico para não agravar o quadro patológico, conforme afirmado por Macedo et al. (2011):

Observando que estas medicações de venda livre possuem muitos riscos, entretanto, é necessário ter consciência de que este recurso pode mascarar uma doença grave, serem utilizados de forma errônea por leigos em assuntos clínicos e farmacológicos, além de poder interagir com outros medicamentos em uso contínuo (MACEDO et al., 2011, p. 117).

Os MIPs, incluindo os bonificados, movimentam cerca de R\$27 bilhões na América Latina, onde somente o Brasil movimenta R\$14 bilhões, sendo 70% do mercado brasileiro adepto à utilização e à compra de fármacos (MACEDO et al., op. cit.).

Vale destacar que, até a cor das embalagens dos medicamentos são chamativas, visando chamar a atenção dos consumidores, além de ocuparem lugares de maior destaque na farmácia, para assim, facilitar o seu acesso e visualização (CORRÊA e OLIVEIRA, 2008).

Desse contexto, fazem parte, principalmente, antigripais, suplementos vitamínicos, analgésicos, relaxantes musculares, os quais são os mais comercializados. Conforme Macedo et al. (2011), a procura constante por Dorflex, Salonas, Novalgina, Torsilax e Neosaldina, por

exemplo, seriam evidências da prática da automedicação, o que está relacionado à busca frequente por tratamento imediato ou alívio temporário, promovendo, assim, medicamentos que possuem venda livre, conforme explicitado na **Tabela 4 – Medicamentos com Maior Demanda Populacional**, elaborada por Arrais et al. (1997), abaixo seguir.

TABELA 4 – MEDICAMENTOS COM MAIOR DEMANDA POPULACIONAL

Subgrupos*	Frequência (%)	Freq. acumulada (%)
Analgésicos	17,3	17,3
Descongestionante nasal	7,1	24,4
Antiinflamatório / antireumáticos	5,6	30,0
Antimicrobianos / quimioterápicos	5,6	35,6
Vitaminas	5,5	41,1
Antiespasmódicos / anticolinérgicos	5,2	46,3
Antiácidos / antiulceroso / antiflatulência	4,7	51,0
Hormônios sexuais	4,1	55,1
Anti-histamínicos de uso sistêmicos	4,0	59,1
Preparados p/ tosse e resfriado	3,8	62,9
Relaxantes musculares	2,9	65,8
Antidiarréicos / antiinfeciosos	2,8	68,6
Antiasmáticos	2,1	70,7

Fonte: Arrais et al. (1997).

A automedicação não está atrelada apenas ao consumo dos MIPs, para MACEDO et al., 2011 qualquer medicamento sem receita médica, com o compartilhamento social ou familiar, sem nenhum acompanhamento médico ou farmacêutico, prolongando ou utilizando receitas antigas poderá ser encaixado na prática da automedicação.

Essa prática é muito presente desde as civilizações antigas, mesmo que dependente das características de cada região e período histórico, sendo diretamente relacionada ao estilo de vida, classe econômica, fatores socioambientais, acesso à água tratada e saneamento básico no domicílio.

Segundo Macedo et al. (op. cit., p. 123), a: “automedicação no Brasil por MIPs é um problema grave de saúde pública”.

Desse modo, Carsoni e Junior (2018) afirmam a partir de Fernandes e Matos (2017) que:

No Brasil, inúmeras razões levam a prática da automedicação, dentre as quais cabe citar: a legislação brasileira que define o medicamento de venda livre; o medicamento visto como uma mera mercadoria; as práticas mercantilistas das indústrias farmacêuticas; o sistema de saúde precário onde o acesso à população se torna restrito ao médico; o excesso de publicidades; a fácil aquisição; a venda indiscriminada para atingir metas comerciais; o grande número de estabelecimentos farmacêuticos; o consumo desenfreado do paciente na busca da solução para seu problema; a falta de esclarecimento nas propagandas e publicidades sobre efeitos danosos que os medicamentos podem carrear, a falta de comunicação médico/paciente e muitos outros (FERNANDES e MATOS 2017 apud CARSONI e JUNIOR, 2018. p. 57).

Entende-se que, para a “cultura da automedicação” não ser mais um problema, o consumo de medicamentos deve ser racional e acompanhado por um médico ético e qualificado.

Cabe destacar que, o estudo realizado por Arrais et al., 1997 evidencia a ocorrência majoritária de mulheres entre dezesseis e quarenta e cinco anos, na prática contínua da automedicação, em comparação aos homens com faixas etárias determinadas, como as de 0-15 e, 56-65 anos, sendo os medicamentos, geralmente, recomendados por pessoas leigas, tendo como base, “receitas” antigas.

Nesse sentido, os dados de 2020, do Centro de Informação de Medicamentos (CIM), vinculado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB) revelam que:

[...] Os medicamentos mais comuns na praticada automedicação no Brasil, de acordo com ICTQ (Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação), no ano de 2018, estão: analgésicos (48%), antiinflamatórios (31%), relaxantes musculares (26%), antitérmicos (19%), descongestionantes nasais (15%), expectorantes (13%), antiácidos (10%) e antibióticos (10%) (CIM-UFPB, 2020).

A **Tabela 5 – Automedicação: Medicamentos Mais Comuns**, a seguir, também elaborada por meio dos dados fornecidos pelos pesquisadores do CIM-UFPB, apresenta os medicamentos mais comuns, no que diz respeito à automedicação, classificação e respectivas reações adversas identificadas no Brasil.

TABELA 5 – AUTOMEDICAÇÃO: MEDICAMENTOS MAIS COMUNS

MEDICAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO	REAÇÕES ADVERSAS
Dipirona e Paracetamol	Analgésicos e antitérmicos	Náuseas, vômitos, dores, abdominais etc.
Ácido acetilsalicílico, Ibuprofeno, Nimesulida e Diclofenaco.	Anti-inflamatórios	Problemas gastrointestinais, renais e cardiovasculares.
Ciclobenzaprina, Carisoprodol e Orfernadrina.	Relaxantes musculares	Alterações neurológicas como: confusão mental, secura da boca, alterações visuais e anormalidades do batimento cardíaco.
Acetilcisteína, Cloridrato de Ambroxol Iodeto de Potássio.	Expectorantes	Cefaleia, náuseas, vômito, diarreia, estomatites, refluxo, exantema, sonolência e erupções cutâneas.

Fonte: CIM-UFPB (2018).

Outro dado importante a ser destacado é a prevalência do uso de analgésicos e de antibióticos recomendados por pessoas leigas. Segundo a pesquisa supracitada, por exemplo, 46% do uso de antibióticos é utilizado sem nenhum controle, o que é muito preocupante, pois podem provocar um quadro mais grave de resistência no organismo, selecionando as chamadas “superbactérias”. Não obstante, quanto aos anti-hipertensivos, 96% de seus consumidores utilizam “receitas” antigas para a compra dos mesmos (ARRAIS et al., 1997).

O quadro se agrava, quando se analisa a intoxicação provocada por esses produtos, sendo um dos motivos de maior preocupação quando há um uso irracional e sem o acompanhamento médico devido. O Brasil está entre os dez maiores mercados consumidores de medicamentos alopáticos, sendo responsável por 28,45% das ocorrências de intoxicações com produtos farmacêuticos, produzindo mais casos do que intoxicações por agrotóxicos (ARRAIS et al., op. cit.).

Contudo, a mudança hábitos é um processo cultural, devendo ser uma iniciativa do Estado, no sentido de demonstrar que a prática da automedicação não é adequada e que, o consumo de medicamentos alopáticos deverá ocorrer apenas de forma consciente e racional, por meio de orientação profissional e controle adequados.

Vale ressaltar também que, a desigualdade social, própria do sistema capitalista, pode ser constatada mundialmente, servindo, muitas vezes, de campo fértil para o estímulo à prática da automedicação. Sendo importante mencionar que há um aumento progressivo do uso irregular de fármacos, principalmente, em países periféricos como o Brasil, o que não ocorre com tanta frequência em países de economia forte, pois as suas leis mais rígidas.

Vale destacar que, pelas leis serem mais flexíveis em países periféricos, a indústria farmacêutica consegue “empurrar” os seus fármacos como maior facilidade. Isso acontece, pois, como já afirmado anteriormente, as mazelas sociais demandam intensamente da saúde pública (ARRAIS et al., 1997).

Tal contexto é agravado no Brasil, em razão de parte significativa da sociedade depender dos serviços públicos de saúde. Todavia, as queixas são frequentes, destacadamente em relação ao descompromisso do Estado com a saúde pública, à falta de comprometimento de profissionais de saúde, ausência de anamnese nas consultas médicas, escuta frequentemente desatenta às necessidades de saúde da população, consultas médicas aligeiradas e longa espera pelo seu agendamento de exames clínicos, de tratamentos especializados e de cirurgias, fazendo com que os usuários dos serviços de saúde se percebam negligenciados geralmente.

Desse modo, prestar atenção aos relatos dos sintomas, bem como selecionar o medicamento mais adequado é o nível mais elementar de uma consulta médica, entretanto, para Silva (2009, p. 3): “Dez minutos de uma consulta e diversas prescrições médicas, podem acelerar o processo de automedicação”.

Não obstante, por conta da ofensiva neoliberal em termos globais, grande parte da classe trabalhadora se encontra desde a década de 1990, em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica, logo, necessita da garantia de acesso e utilização de serviços públicos de qualidade, particularmente, de saúde.

Essa situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica foi agravada pela pandemia da COVID-19, a qual mais adequadamente, deve ser considerada uma “sindemia”, um conceito criado por Merrill Singer¹⁰, para estudar a epidemia da AIDS, na década de 1980.

¹⁰ Antropólogo médico e professor emérito de Antropologia, na Universidade de Connecticut e, em Medicina Comunitária, no Centro de Saúde da Universidade de Connecticut. Mais conhecido por sua pesquisa sobre abuso de substâncias, HIV/AIDS, sindemias, disparidades de saúde e saúde de minorias.

Cumprido destacar que, esse conceito resgatado por Richard Morton¹¹ para se referir à pandemia da COVID-19 foi reconhecido internacionalmente por diversos pesquisadores da saúde e instituições de saúde a nível mundial, inclusive, pela FioCruz e a OMS. Conforme Guimarães e Pinheiro (2021):

Utilizado pela primeira vez pelo antropólogo e médico norte-americano Merrill Singer, na década de 1990, o termo *sindemia* consiste na combinação de fatores biológicos e sociais, cuja compreensão é essencial para prognósticos e para formulação de políticas de saúde. A palavra *sindemia* é a combinação de outras duas palavras: “sinergia”, que significa cooperação e “pandemia”, que pode ser definida como uma enfermidade que se espalha por diversos países. Partindo do pressuposto que o coronavírus não se limita a uma simples comorbidade, o combate ao SARS-CoV-2 requer uma atenção especial, conforme assinala Horton (2020), tanto às doenças crônicas quanto às desigualdades socioeconômicas e reforça o argumento, assinalando que “as *sindemias* são caracterizadas por interações biológicas e sociais entre condições e estados, interações que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa a prejudicar ou piorar seus resultados de saúde” (GUIMARÃES e PINHEIRO, 2021, p. 41).

E, corroborando o postulado de Guimarães e Pinheiro (op. cit.), Júnior e Santos (2021) afirmam que a:

COVID-19 não é uma pandemia, é uma *sindemia*. A afirmação feita por Richard Horton chamou a atenção da comunidade internacional para o manejo restrito utilizado por governos, acadêmicos e sociedade no enfrentamento da pandemia. O autor destaca que a doença resultante da infecção pelo SARS-CoV-2 não pode ser compreendida nos mesmos moldes das emergências de saúde pública que acometeram anteriormente a população mundial. A abordagem da ciência que guiou os governos a partir da modelagem de epidemias de doenças infecciosas e as intervenções focadas no corte das linhas de transmissão para controlar a propagação do patógeno mostram-se restritos e inadequados para a COVID-19. Neste sentido, Horton sinaliza que o modelo conceitual de *sindemia* constitui-se em mais adequado para explicar a disseminação e as repercussões da epidemia do novo coronavírus (JÚNIOR e SANTOS, 2021, p. 2).

Continuando com o postulado de Júnior e Santos (op. cit.), os autores defendem que as *sindemias* se caracterizam pela interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica,

¹¹ Professor honorário da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, da University Collège London e da Universidade de Oslo, também, editor chefe de uma das mais importantes revistas científicas do mundo, qual seja, The Lancet.

tendo efeitos ampliados nas condições da saúde humana. Nesse sentido, conforme os referidos autores:

[...] os contextos social, econômico e ambiental, que determinam as condições de vida das populações, potencializam a interação entre as doenças coexistentes e a carga excessiva das consequências resultantes. Assim, as doenças se agrupam desproporcionalmente afetadas pela pobreza, exclusão social, estigmatização, violência estrutural, problemas ambientais, dentre outros. Um aspecto notável da teoria são as previsões sobre como as interações entre as epidemias amplificam a carga de doenças e sobre como as autoridades de saúde pública podem intervir efetivamente para mitigar esses efeitos. Frente a um quadro sindêmico, deve-se não apenas prevenir ou controlar cada doença isoladamente, mas sobretudo as forças que unem e determinam essas doenças (JÚNIOR e SANTOS, 2021, p. 2).

Vale ressaltar que, no Brasil há regiões que sofrem de forma mais intensa com a precarização dos serviços de saúde e de seus processos de trabalho, o que impede e/ou prejudica a garantia de acesso aos usuários.

Sendo assim, em determinadas regiões a assistência à saúde chega a ser de cerca de dez a doze meses para ser prestada, o que explicita a necessidade de melhoria urgente para garantir a eficácia social, inclusive, no que diz respeito à escuta das queixas dos usuários que buscam os diversos serviços de saúde em todo o território nacional.

Não obstante, para Macedo et al. (2011):

Essas pessoas que dificilmente têm acesso ao atendimento de suas necessidades básicas de saúde e, mesmo, de vida, são estimuladas pelas técnicas de venda e acabam por consumir desenfreada e abusivamente os medicamentos (MACEDO et al., 2011, p. 125).

Portanto, cabe questionar se o Estado e os profissionais de saúde acerca de sua responsabilidade frente à precarização do setor público de saúde no Brasil. Por outro lado, o tempo de uma consulta médica, geralmente, está atrelado à grande demanda por atendimentos, o que acaba fazendo com que muitos usuários busquem diretamente uma farmácia para aliviar os seus sintomas.

Nesse sentido, a carência de informação adequada e a falta de acesso que são garantidos pela Constituição Federal de 1988 concorrem para a prática da automedicação no Brasil (CORRÊA e OLIVEIRA, 2008).

2.3 - O Papel do Farmacêutico no Enfrentamento à Prática da Automedicação

A disputa para a maior produção mundial de medicamentos faz com que o Brasil ocupe os primeiros lugares junto aos EUA, Alemanha, Japão e França, pois esses países possuem os maiores patamares de comercialização e margens de lucro, no tocante ao mercado farmacêutico. Esse fato é comprovado quando o Brasil em 1996, ocupou a maior posição na América Latina, representando cerca de 40% de lucros nesta atividade, sendo o país que mais cresceu em 1992 e 1996, no território Latino.

Corrêa e Oliveira (2008, p. 4), citando dados da ANVISA afirmam que: “Segundo a Agência Nacional de Vigilância ANVISA (2004), o mercado farmacêutico movimentou cerca de R\$ 7 bilhões/ano no Brasil e empregou cinquenta mil trabalhadores.”

Sendo assim, esse monopólio em crescimento no Brasil está refletido diretamente nas cinquenta e oito mil farmácias registradas. No ano de 2003, foram mais de 1,498 bilhão de reais de unidades medicamentosas vendidas no território brasileiro, evidenciando o rápido crescimento das farmácias que atendem à população e comprovando a importância desse setor para o país e seu desenvolvimento mercadológico.

Para Macedo et al. (2011), é fundamental a presença de farmacêuticos qualificados nas farmácias para o enfrentamento da prática da automedicação. Com efeito, o papel desses profissionais ao instruir a população usuária é de suma importância. A administração, benefícios e malefícios de todo medicamento devem ser esclarecidos, pois contribuem na conscientização acerca do seu uso correto. Concordando com Macedo e outros colaboradores, Joaquim (2011) afirma que:

Entende-se por atenção farmacêutica como sendo uma orientação do farmacêutico, em que o profissional de saúde investiga as queixas do paciente (sintomas e sinais), indicando um medicamento de venda livre e esclarece também toda as informações necessárias sobre os fármacos, como por exemplo a posologia, dose e o modo de administração (JOAQUIM, 2011, p. 38).

Nesse sentido, o processo saúde-doença é entendido também como de responsabilidade da assistência farmacêutica. Fazem parte desse contexto, o aconselhamento, a atenção ao estado patológico, o tempo de duração do uso do terapêutico medicamentoso, bem como a demanda requerida pelo usuário de saúde.

Isso porque, o papel desempenhado pelos que atuam na assistência farmacêutica é de extrema relevância para o esclarecimento sobre questões que envolvem a saúde individual, a

adesão ao medicamento e combate à prática da automedicação, o que pode impactar significativamente na sua gradativa redução.

CAPÍTULO 3 – O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE PÚBLICA E MENTAL

Nesse Capítulo serão abordados os principais motivos que fomentam a medicalização da vida, partindo de uma perspectiva social sobre o tema até à contemporaneidade. Ademais, se buscou compreender a influência dos grupos hegemônicos, no que diz respeito à utilização de medicamentos para ditar o seu padrão ao conjunto da sociedade, corroborando o uso indevido e indiscriminado de medicamentos.

3.1 - Medicalização da Vida: Apontamentos Teóricos

Nesse contexto, o desenvolvimento da indústria farmacêutica pode ser considerado fundamental para o avanço científico, devendo gerar uma melhoria significativa na saúde e bem-estar social. Contudo, o poder hegemônico utiliza meios “científicos” para invalidar a existência e a singularidade de alternativas terapêuticas.

Essa reflexão leva à crítica das diversas estratégias que empresas e laboratórios farmacêuticos vêm utilizando para enquadrar a perspectiva moral, as regras sociais e as formas diversas dos grupos humanos vivenciarem a sua existência no mundo. Partindo dessa perspectiva, surgiu o conceito de “medicalização da vida”, tratado por diversos autores que problematizam a autonomia médica e do Estado, no sentido em que podem provocar processos de desumanização.

Entretanto, o referido conceito não é consensual, havendo divergências quanto ao seu entendimento. Tendo como referência as ideias centrais de Karl Marx¹² e de movimentos sociais da época, o sociólogo estadunidense Peter Conrad¹³, em uma de suas obras afirma que, a melhor definição para o fenômeno da medicalização da vida é a seguinte: “[...] um comportamento como problema médico e licenciar a profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tal comportamento” (CONRAD, 1945 apud ZORZANELLI et al., 2014, p. 1860).

¹² Karl Marx foi um grande revolucionário socialista do século XVIII. Alemão, se tornou um grande filósofo, economista, jornalista e historiador, tendo lutado contra as mazelas do capital em sua referida época, sendo a obra mais conhecida - “O Capital”, escrita em parceria com Friedrich Engels.

¹³ Peter Conrad é autor dos livros – “Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior”; e, coautor junto com Joseph W. Schneider de: “Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness”, entre outros.

Já em sua obra mais recente que guarda semelhança com a anterior, Conrad (1945) postula que a: “[...] medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (CONRAD 1945 apud ZORZANELLI et al., 2014, p. 1860). É possível observar que tal contexto aponta para questões de saúde psíquica, mas Conrad (op. cit.) em suas pesquisas foi para além da medicina, tendo se debruçado também nos aspectos socioculturais afins.

Conrad (op. cit.) provocou esse entendimento enfatizando que, problemas antes não pertencentes ao campo científico passaram a ser tratados como problemas psíquicos para condenar algum tipo de comportamento considerado “imoral”, pois significaria um tipo de desvio do padrão socialmente aceito, ou alguma subjetividade não condizente à época ou determinada cultura. Partindo desse pressuposto, a prática da medicalização não é imutável, podendo ser reduzida ou até mesmo erradicada, a depender de seu contexto sócio-histórico, cultural, religioso e intencionalidade do Estado (ZORZANELLI et al., op. cit.).

Zorzanelli e outros colaboradores (op. cit.) justificam o contexto descrito, por meio do termo “saudicização”, o qual representaria um conceito ligado à chamada “tirania da saúde” que por sua vez, para Silva e Canavêz (2018, p. 7): “abrange um conjunto de componentes ocultos pela ideia do conceito positivo da saúde”, o que é apontando nas críticas como “saudável”, “estável” e gerador de uma sensação de “bem estar”.

Para exemplificar a sua defesa, os autores supracitados utilizam o termo em desuso “homossexual(ismo)”, no qual, o sufixo destacado serviu historicamente para indicar uma condição patológica da população denominada LGBTQIAP+, mais recentemente.

Esse exemplo é utilizado para apontar o processo de desmedicalização, enquanto um movimento novo hegemônico que resiste ao avanço da “saudicização”. Apesar da pressão das Organizações das Nações Unidas (ONU), em diversos países, a homossexualidade ainda é vista como “doença” ou “crime”, entretanto, movimentos ligados à causa LGBTQIAP+ estão conseguindo desconstruir essa narrativa, lutando por políticas de equidade de gênero e orientação sexual, ao demonstrar que é possível resistir às forças conservadoras que relutam em aceitar a mudança da Classificação Internacional de Doenças (CID), desconsiderando até mesmo, que o termo “homossexualismo” foi retirada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), no ano de 1973 (SILVA e CANAVÊZ, op. cit.).

Zorzanelli et al. (2014) ainda postulam que:

Haveria dois sentidos nessa ideia da ação médica ampliada para além da cura: o primeiro seria o das ações autoritárias. A imposição – estejam as pessoas doentes ou não – de ações, tais como as políticas sistemáticas de rastreamento de doenças na população, ou a compulsoriedade do exame psiquiátrico em acusados de delitos. O segundo sentido seria o da ausência, acirrada ao longo do século XX, de experiências não médicas do corpo. Se ao longo do século XIX ainda existiam campos “não médicos”, isto é, práticas corporais, higiênicas, dietéticas, sexuais não mediadas pela ciência médica, o decorrer do século XX torna esse espaço cada vez mais estreito, apontando para a formação de “estados médicos abertos”, nos quais a dimensão da medicalização já não encontra limite e incorpora não somente a salubridade, mas também a saúde e o bem estar, encarregando-se de uma função normatizante, pela qual se definem os limites do normal e anormal (ZORZANELLI et al., 2014, p. 1861).

Os conceitos de “normal” e o “anormal” ainda são disputados na sociedade contemporânea, sendo resultado do percurso sócio-histórico de aversão aos ditos “transgressores”, como o exemplo da “cura gay”, ainda defendida, inclusive, por pastores evangélicos neopentecostais e “psicólogos”.

Por sua vez, a psiquiatria tem um importante papel na instituição desses conceitos e no desenvolvimento do que se considera de “desvio” ou não. Para Conrad (1945) “desviar” na prática médica significa um padrão negativo para julgar e desqualificar participantes de alguma comunidade social, o que resulta na condenação moral desses indivíduos.

Dessa forma, grupos com certa “superioridade autoritária” poderiam ditar “normas em torno de formas como outros grupos deveriam se comportar”, rotulando quais pessoas são as mais medicalizáveis.

De acordo com Conrad (1945), parte da crítica à prática da medicalização advém da descontextualização de problemas sociais e coletivos que são postos em campo médico-científico, como a falta de rentabilidade no serviço, o envelhecimento e o crescimento populacional, provocando, para Silva e Canavêz (2018, p. 7), a “normatividade do diagnóstico que tomam o lugar de controle sobre a vida”, ou seja, conspirando para um modelo ideal de saúde, comportamento e felicidade.

Essa discussão feita por Conrad (op. cit.) engloba também a desigualdade social, o que ele chama de “medicalização da pobreza”, visibilizando os custos da população com um ideal de saúde inexistente mediante à calamidade que o fator econômico proporciona a respeito.

Em contrapartida, medidas de prevenção e soluções adequadas para evitar o adoecimento e a precarização da vida, não são tomadas efetivamente pelo Estado. Como discutido no Capítulo 1, o aumento da margem de lucro advinda da “descoberta” de novas doenças, bem como da comercialização dos respectivos medicamentos é muito mais interessante ao setor farmacêutico, do que desenvolver pesquisas e fármacos para combater as doenças negligenciadas globais (FIGUEREDO et al., 2020).

Segundo Figueredo et al. (2020):

Retomando as estratégias propostas pelo mercado, justifica-se a preferência pela resolução já na presença de uma patologia, deixando de lado ações de prevenção e disseminação de informações, principalmente relacionadas a fatores de risco. Um cenário que exemplifica é o do diabetes: seria muito mais conveniente propor programas de redução de peso e controle de açúcares na alimentação que esperar um paciente com neuralgia diabética ou retinopatia em necessidade de internação. O Estado teria menos gastos com saúde e maior eficiência no sistema público, além de conferir à população melhores condições de vida. Entretanto, conforme os interesses da indústria, é melhor esperar que uma pessoa fique doente. Assim, ela precisa de remédios, equipamentos, leito por exemplo e assim há maior circulação de capital e lucro corporativo (FIGUEREDO et al., 2020, p. 8).

Nesse sentido, determinadas consequências do processo saúde-doença no sistema capitalista passaram a ser cada vez mais institucionalizadas como doenças a serem tratadas, como ocorreu com o alcoolismo, dependência de drogas ilícitas, “sexualidade desviante”, “anomalias”, depressão e transtorno de ansiedade.

De acordo com Carvalho et al. (2015), Illich¹⁴, em sua clássica obra - “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina”, publicada originalmente em 1975, aponta ao nomear tal fenômeno, de “heteronomia”, a qual teria sido imposta pela cultura médica moderna, visando atingir a subjetividade de cada indivíduo na sua relação com o mundo.

¹⁴ Ivan Illich, nasceu em 1926 e faleceu no ano de 2002, tendo escrito com profundidade acerca de uma gama de temas, tais como: educação; medicina; trabalho; ecologia; e, gênero. É autor de várias obras, sendo que algumas foram traduzidas em vinte e cinco línguas. Em seus numerosos escritos contestou muitas instituições e estruturas sociais existentes. No Brasil, entre os seus livros mais conhecidos estão “Sociedade sem escolas” e “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina”. De acordo com o SESC São Paulo (2022), a grande quantidade de publicações lhe rendeu o título de polímata (pessoa que estuda ou conhece muitas ciências).

Para tanto, Tesser (2006) coloca que na referida publicação, Illich (1975) procurou problematizar a medicalização em seus aspectos políticos, culturais, sociais e econômicos, enquanto uma crítica à medicina contemporânea.

Vale salientar que, Illich (op. cit.) somou à sua obra, às de Conrad, ao fundamentar os seus conceitos, reconhecendo bastante proximidade entre ambas, tendo enfatizado que o símbolo da medicina institucionalizada provocaria uma ameaça à saúde da população consumidora e usuária.

Para desenvolver o seu postulado, fundamentou a noção de expropriação em três tipos de iatrogênese¹⁵. A primeira denominou de “clínica”, a qual por meio do uso da tecnologia médica resultaria em danos causados ao indivíduo, por meio de diagnósticos.

Por conseguinte, a segunda seria a “social”, a qual buscaria levar a compreensão da passividade e perda de autonomia do indivíduo, frente ao processo de responsabilização de sua própria saúde, se tornando totalmente dependente da autoridade médica.

Por fim, a terceira seria a “iatrogênese cultural”, a qual evidencia a fragilidade da sociedade para lidar com problemas de saúde relacionados a dores, tanto emocionais, quanto fisiológicas. Illich (op. cit.), ao comparar essa relação entre o homem contemporâneo e a cultura de povos tradicionais, identificou que os referidos povos se tornavam protagonistas no enfrentamento de sua própria dor.

Com efeito, Illich (op. cit.) postula que:

[...] A saúde do indivíduo sofre pelo fato de a medicalização produzir uma sociedade mórbida. A iatrogenia social é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o da sua ação técnica direta. Na essência a iatrogênese social é uma penosa desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico que tende a se organizar sem ele e contra ele. Isso resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio (ILLICH, op. cit., p. 31).

O referido autor trabalha especificamente em torno dessa obsessão criada em torno da saúde, observada nos anos de 1980 a 1990, afirmando que: “Não se trata, portanto, de um monopólio ou imperialismo da medicina, mas de uma produção de urgência relativa ao

¹⁵ Conforme Tesser (2010), Illich (1975) utiliza o termo “iatrogênese”, no sentido derivado do uso comum do termo médico “iatrogênia”, ou seja, a produção de efeitos deletérios sobre a saúde devido à ação de medicamentos.

autocuidado” (ILLICH, 1975, p. 124), o que evidencia uma abrangência do termo tratado por Conrad (1945).

Illich tem como crítica central a falta de visibilidade às condições socioeconômicas que o meio e o modo de vida poderiam provocar no adoecimento e a criação de novas doenças no território vivido, e que não apenas as possíveis novas patologias estabelecidas pelo saber médico reduziriam a prevalência, por meio dos seus respectivos diagnósticos.

De acordo com Silva e Canavêz (2018, p. 4), Illich (op. cit.) entende que a redução da morbidade é também ocasionada pela ocorrência de medidas de higiene, hábitos alimentares adequados, saneamento básico e, não somente a potencialização do “poder farmacológico” de um determinado medicamento.

Illich (op. cit.) defendeu então, a prevenção por esses meios, mas critica veemente o pensamento propagado a partir da década de 1970, no qual o senso comum e o mundo científico corroboravam para que a população possuísse um cuidado prévio a sua saúde, utilizando fármacos para evitar possíveis causas de adoecimento, o que recebeu a nomenclatura de “medicalização da prevenção”.

Como apontado no Capítulo 2 sobre a estratégia de *marketing*, as indústrias farmacêuticas utilizavam a fragilidade das políticas públicas de saúde e a piora das condições de vida para se auto beneficiar. Por sua vez, Conrad e Barker (2011, p. 197) defendem de forma exemplar que: “Não só a doença, mas também a experiência de uma doença é construída socialmente”.

Nesse sentido, a ordem capitalista também é vista como relevante, quando influencia diretamente o controle da medicina como um mecanismo de “reparação” e “manutenção” da saúde humana, o que acaba sendo utilizado como um produto para fomentar o crescimento de monopólios, em detrimento das condições de vida de populações inteiras.

Por sua vez, Tesser (2006), entende que a obra de Illich, aponta para o sentido que a dor estabelece entre os indivíduos, bem como a forma de lidar com ela. Essa percepção teria sido evidenciada por Illich, ao demonstrar a veracidade do ser um “ser humano”, quando passa por uma experiência dolorosa, fazendo disso, a comprovação que se trata realmente de um ser humano com toda sua singularidade.

Assim, esse momento de fragilidade poderia significar um maior envolvimento do “doente” para com ele mesmo, ou seja, a partir da dor haveria o autoconhecimento, a

reponsabilidade e a autonomia para com a própria saúde. Contudo, a prevenção nesse caso, por conta da dor, ocasionaria a prática da medicalização.

Tesser (2006), continua afirmando que como Conrad (1945), Illich (1975) apostaria na forma intrínseca em como a cultura está entrelaçada na orientação do sentido que a sociedade atribui a dor e a sua experiência. Esse fato é exemplificado com o avanço da indústria farmacêutica, inibindo ou dando solução para qualquer mal-estar decorrente de causas inerentes à civilização humana, instrumento esse que não existia nos séculos passados, evidenciando uma outra forma de lidar com as pressões internas ou externas

Com isso, Illich (op. cit.) aponta que:

A dor e sua eliminação por conta institucional adquiriram lugar central na angústia do nosso tempo. O progresso da nossa civilização torna-se sinônimo de redução de sofrimento, mediante a tentativa de eliminação ou sedação de dores e sintomas e controle dos riscos e doenças crônicas. Assim, a dor, a doença e seus riscos começam a ser vistos primeiro como a condição dos homens a quem a corporação médica não concedeu o benefício de sua caixa de ferramentas (ILLICH, 1975, p. 64).

Os povos tradicionais sentiram, talvez, de forma mais intensa, o poder da medicalização, mas vêm resistindo e procurando manter viva a sua cultura e tradição, bem como os seus próprios saberes como a fitoterapia que resultou em larga medida, no que chamamos de homeopatia. Entende-se que, a leitura da presente monografia não é capaz eliminar o possível problema de saúde e/ou sofrimento psíquico de quem a lê, mas evidencia que é possível vencê-los até certo ponto, sem o consumo de medicamentos alopatas.

E, segundo Tesser (op. cit., p. 66): “As pessoas tornaram-se condicionadas a obter em vez de fazer, a comprar em vez de criar: em saúde, não querem mais curar-se, mas serem curadas.”. Sendo assim, as diversas tecnologias científicas presentes na contemporaneidade visam corresponder às diferentes necessidades humanas.

A fim de somar a essa discussão mais uma perspectiva teórica, assim como aprofundar o conceito de medicalização, será apresentada brevemente a perspectiva teórica do filósofo francês Michael Foucault¹⁶, a qual foi forjada com base no contexto europeu entre o fim do século XVIII e início do século XIX.

¹⁶ Paul Michael Foucault nasceu em 1926 na França. Importante autor do movimento contra hegemônico dentro da medicina e na sociedade, publicou uma série de obras, dentre elas: “Doença mental e Psicologia” (1954); “História da Loucura na Idade Clássica” (1961); “As Palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas”

Na primeira conferência do Instituto de Medicina Social (IMS), vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Foucault acrescentou pontos cruciais à compreensão sobre a medicalização. Além de enriquecer os discursos contra hegemônicos do exacerbado moralismo a respeito do que poderia ser considerado “normal” ou “anormal”, problematizou o poder médico a respeito (ZORZANELLI et al., 2014).

Com efeito, para Zorzanelli e outros colaboradores (2014):

A medicalização de que trata Foucault é um dispositivo central do exercício do que se chamaria de nascimento da biopolítica, exercendo-se por meio da pedagogização do sexo das crianças, da histerização das mulheres, da psiquiatrização das perversões – cada um conduzindo a uma medicalização minuciosa dos corpos e, especificamente, da sexualidade, em nome da responsabilidade na saúde da prole, da solidez da instituição familiar e da sociedade (ZORZANELLI et al., 2014, p. 1861).

O poder supracitado por Foucault pode ser visto de forma positivada, ao analisar os efeitos do sentido micro e macropolítico desse termo. Não obstante, ele mesmo, foi vítima da medicalização, pois recebeu o diagnóstico de “homossexualismo” por seu psiquiatra da época, tendo sido hospitalizado, após uma tentativa de suicídio, provavelmente em decorrência das implicações socioculturais de seu diagnóstico. Com efeito, enquanto professor na faculdade Collège de France, destinou as suas obras à discussão sobre sexualidade, loucura e às esferas de poder e do Estado. Em suas obras, deixa explícita a necessidade de haver uma compreensão para além da forma negativa do poder, por mais que seja excludente, repressor, opressor e censorador, pois se mantém e é aceito por grande parte da humanidade.

Mais especificamente, no campo da saúde, é possível afirmar que, na perspectiva foucaultiana, o poder ultrapassa os segmentos sociais, promovendo as suas instâncias oficiais ao reforçar o estímulo à medicalização da vida, por meio, inclusive, da prática médica (FERREIRINHA e RAITZ, 2010).

Para tanto, cabe retomar o pensamento de Zorzanelli et al. (2014) a respeito, quando afirma que nesse contexto há:

[...] as estratégias massivas de sanitização da população; 2) a transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças; 3) a ação do controle e imperialismo médico; 4) a participação de atores fora do campo da medicina (ZORZANELLI et al., 2014, p. 1859).

(1966); “Arqueologia do saber” (1969); “Vigiar e punir” (1975); “História da sexualidade: a vontade do saber” (1976); e, “Microfísica do poder” (1978).

Entende-se, portanto, que é unânime entre os autores citados, um pensamento crítico em relação à medicalização da vida e à “tiranida da saúde”, bem como ao poder do Estado, da mídia burguesa e da indústria farmacêutica, no tocante à indução de “práticas saudáveis” e de automedicação.

3.2 - Medicalização Psicossocial

A partir da contribuição de Zorzanelli e de outros colaboradores (2014), é possível discutir os principais efeitos da medicalização na saúde pública. Cabe destacar que, alguns dos diagnósticos clínicos mais frequentes na contemporaneidade são os seguintes: depressão; transtorno de ansiedade; síndrome do pânico; gastrite nervosa; hipertensão arterial sistêmica; diabetes; obesidade; dislexia; transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH); Síndrome de Asperger; câncer de mama e de próstata; impotência sexual masculina; Mal de Parkson; e, Mal de Alzheimer.

No que diz respeito aos males e sintomas que afetam sensivelmente a saúde mental das pessoas, tais como tristeza, angústia, medo, humor variável, esquecimento frequente, isolamento social, tensão frequente, insônia ou excesso de sono e falta de apetite, não se pode desconsiderar a diversidade humana, já que cada pessoa possui uma subjetividade única.

Em circunstâncias extremamente similares ao adoecimento mental, muitas vezes ocorrem diagnósticos que além de rotular, acabam enquadrando as pessoas em um ou mais transtornos, síndromes e, até mesmo, doenças mentais, o que acaba gerando uma infinidade de prescrições de psicofármacos (ZORZANELLI et al., op. cit.).

Além disso, com a ampliação da abrangência de atuação e assistência da saúde mental, mais pessoas conseguem acessar tratamentos psiquiátricos, o que consolidou a chamada “expertise psiquiátrica”, ou seja, o diagnóstico psiquiátrico de quaisquer males e sintomas como sendo próprio de doenças ou transtornos mentais (ZORZANELLI et al., op. cit.).

Em larga medida, a origem desse fenômeno médico-social tem a ver com o ideal de “bem estar” (“felicidade”), culturalmente determinado na sociedade ocidental desde os séculos passados, chegando à contemporaneidade como resultante das inúmeras “descobertas” de novas patologias psiquiátricas. Outrossim, esse contexto é responsável pela classificação de pessoas em rótulos “saudáveis” e “doentes”.

Cabe ressaltar que, o ideal construído socialmente de uma condição de saúde como a disseminada nas revistas ligadas à moda e estética, nos programas televisivos, nas séries e filmes, por exemplo, acabam gerando uma crescente busca por um padrão de aceitação social.

Por conta disso, não raro, acaba havendo desilusões, pois tal padrão é criado artificialmente, sem conexão direta com a realidade e a diversidade da vida humana. Aliado a isso, a patologização da vida é potencializada pela busca frequente por um diagnóstico clínico favorável (SILVA e CANAVÊZ, 2018).

Nesse sentido, segundo Silva e Canavêz (2018):

Esse quadro se refere às revisões do Código Internacional de Doenças (CID) elaborado por Laurenti (1991), estando nele listadas, desde sua primeira edição, o número de doenças catalogadas, o ano de uso e o número total de categorias. É possível observar que na sexta edição, em 1948, houve um crescimento alarmante no número de doenças catalogadas (de 164 passa a registrar 769, um aumento de 368,9%). O mesmo ocorre em 1989, quando há a atualização do código para a décima edição, utilizada até o presente momento (de 909 passa a registrar 1575, um aumento de 73,27%). É possível traçar um comparativo dentro de um curto espaço de tempo, desde 1948 até 1989 (40 anos), no qual há um aumento de 101% no número total de possíveis categorias diagnosticáveis. Um movimento similar também foi observado no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais). De acordo com Henriques (2015, p. 61), “o DSM-II, de 1968, listava 180 códigos classificatórios; com o DSM-III, de 1980, passou-se a 265, contingente aumentado para 374 com o advento do DSM-IV, em 1994, e para 450 no DSM-5, em 2013” (SILVA e CANAVÊZ, 2018, p.119).

Esses números representam o desenfreado consumo de novos diagnósticos e medicamentos para tratar problemas de saúde. Essa visibilidade pela busca do “autocuidado” instiga a mídia burguesa e as indústrias farmacêuticas a promoverem exponencialmente a sua compra, para assim atender à exigência padronizada socialmente. Inclusive, a mediação dos médicos em relação à medicalização da vida vem deixando de ser protagonista no fomento a essa nova era da farmacologia, levando o consumidor a assumir um papel cada vez mais ativo nesse processo, mesmo assim, a indústria farmacêutica está extremamente presente nesse cenário (SILVA e CANAVÊZ, 2018).

Como afirmado anteriormente, por conta do modelo ideal de “bem estar”, são estabelecidas comparações injustas e desiguais entre as pessoas. Não obstante, cumpre informar que, a presente pesquisa não condena quaisquer psicofármacos, pois entende que são fundamentais para a assistência psicossocial.

Silva e Canavêz (op. cit., p. 125) afirmam que: “ser diagnosticado e tratado por um transtorno mental será, portanto, um evento que ocorrerá à maioria dos indivíduos”. As autoras também foram certeiras em determinar que em razão da lógica capitalista farmacológica, a maioria das pessoas na contemporaneidade possuem algum tipo de transtorno e, por isso, podem em algum momento, perder a autonomia de sua própria vida. E, essas autoras continuam afirmando que a: “[...] produção de mundo onde a diferença, a singularidade e a criação sejam de fato acolhidas, para além do império diagnóstico”, postulando que tais questões devem ser consideradas, no sentido de estimular um processo de desmedicalização.

E, para além desse postulado, Silva e Canavêz (2018) acreditam que:

[...] é possível afirmar que a psicologia, quando lança mão de uma prática que busca exclusivamente responder às demandas de uma cultura marcada pela exigência do consumo, pela valorização de um ideal humano inatingível de perfeição, entre outras características, acaba por recair num reducionismo da sua própria profissão. Desconsidera-se a valorização da singularidade e corrobora-se para a manutenção de uma cultura que parece só poder ser descrita através dos artifícios científicos e psicofarmacológicos. Caminhando na contramão dessa tendência, espera-se que a articulação de uma visão histórica à realidade vivida atualmente na clínica psicológica possa contemplar uma prática pautada na ética do cuidado e não na esperança da solução mágica frequentemente mediatizada (SILVA e CANAVÊZ, 2018, p. 125).

Um outro ponto a ser destacado é que o fenômeno da medicalização acontece mais intensamente no Ocidente. Tal fenômeno é resultante do crescente e acelerado consumismo, o qual associado à lógica capitalista está ancorado na ilusão da “compra da felicidade”, por meio do uso de fármacos que costumam ser comercializados com valores altíssimos.

Segundo Figueredo e outros colaboradores (2020), a crítica ao biomedicalismo parte da maneira como a indústria farmacêutica interage com a população, tendo em vista a produção em larga escala ser inversamente proporcional ao desenvolvimento de pesquisas científicas para a descoberta de fármacos para curar as doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas, tais como a Doença de Chagas (triplanossomíase americana); leishmaniose, cisticercose filariose linfática; oncocercose (cegueira dos rios); esquistossomose; e, helmintíases transmitidas pelo solo.

Vale destacar que, a referida interação ocorre mediante o *marketing* estratégico, principalmente no estímulo à automedicação em propagandas e programas televisivos.

O desenvolvimento e a disponibilidade cada vez maiores dos produtos farmacêuticos no capitalismo são resultante também da “patologização dos costumes”. Por conseguinte, os tratamentos médicos, acabam promovendo-os, exemplificando como se dá o processo de medicalização psicossocial.

Aliado a isso, a intensificação do trabalho no capitalismo contemporâneo, muitas vezes precário, vem comprometendo enormemente a saúde da classe trabalhadora, levando-a a buscar mais frequentemente os serviços de saúde e, posteriormente, uma medicação. Não raro, a automedicação faz parte desse processo.

Algo semelhante ocorre com a alimentação humana, quando alimentos contaminados por agrotóxicos são comercializados, gerando doenças a médio e longo prazo em quem os consumiu, tal como apontam o “Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde”, organizado por Carneiro et al. (2015) e, os documentários – “O veneno está na mesa I” e, “O veneno está na mesa II”, ambos dirigidos por Silvio Tender. Vale ressaltar que, tanto o Dossiê, quanto os dois documentários fazem parte da “Campanha Permanente Contra os Agrotóxicos e Pela Vida”. De acordo com a página virtual, dessa Campanha faz parte:

[...] uma rede de organizações da sociedade que tem como objetivo denunciar os efeitos dos agrotóxicos e do agronegócio, e anunciar a agroecologia como caminho para um desenvolvimento justo e saudável da sociedade. Fazem parte desta rede movimentos sociais do campo e da cidade, organizações sindicais e estudantis, entidades científicas de ensino e pesquisa, conselhos profissionais, ONGs, grupos de consumo responsável, entre muitas outras. O lançamento oficial da Campanha ocorreu no dia 7 de abril de 2011, data escolhida por ser o Dia Mundial da Saúde. Desta forma, a relação entre agrotóxicos e os impactos negativos à saúde está marcada desde a origem da articulação. Nascemos em um contexto de avanço do capitalismo no campo, simbolizado pelo agronegócio e todos os problemas estruturantes decorrentes a ele (CAMPANHA PERMANENTE CONTRA OS AGROTÓXICOS E PELA VIDA, [s/d]).

Desse modo, o crescente consumo de alimentos contaminados por agrotóxicos, acaba gerando problemas graves de saúde, fazendo que também seja buscado mais tratamento médico, o que por sua vez, irá gerar maior demanda por medicamentos. Dialeticamente, é possível perceber que, por um lado, o sistema capitalista produz o problema sociossanitário e, do outro, apresenta a “cura”, por meio de fármacos.

Cabe problematizar, a negociação da compra entre a Bayer e a Monsanto¹⁷, tendo como base a charge de Jean Pico – “**Bayer compra Monsanto**”, a qual começou a circular pela internet a partir de setembro de 2016, retratando um diálogo verossímil, entre o presidente de uma empresa farmacêutica e, possivelmente, um de seus gerentes de venda. Apresenta-se um questionamento acerca da possibilidade de se vender veneno para manter a margem de lucro empresarial.

CHARGE – “BAYER COMPRA MONSANTO”



Fonte: **Jornaleção (2016).**

Depreende-se, portanto que, a medicalização psicossocial se tornou, um campo fértil de estudos, principalmente, no âmbito das análises relativas à influência do capitalismo frente ao uso indevido e indiscriminado de medicamentos, tendo como questões extremamente relevantes, o monopólio da indústria farmacêutica e a autoridade consagrada socialmente do saber médico.

De todo modo, se entende como válida, a busca por tratamento médico, mas se entende também que, os atendimentos e procedimentos assistenciais realizados, geralmente se dão de

¹⁷ Conforme reportagem da Agência Reuters, republicada no jornal Folha de São Paulo em 07 de julho de 2017 – “Bayer conclui compra da Monsanto e se torna líder mundial em sementes e pesticidas”, com a compra da Monsanto (empresa originalmente estadunidense produtora de herbicida) por US\$ 63 bilhões, aproximadamente R\$ 247 milhões, a Bayer (grupo agroquímico e farmacêutico alemão), se transformou em líder mundial de sementes, fertilizantes e pesticidas. Esta negociação permitiu à Bayer, a manutenção do controle do mercado de glifosato, substância presente em cerca de 46% dos agrotóxicos produzidos no Brasil.

forma robotizada, transformando um caso clínico em mera objetividade (FIGUEREDO et al., op. cit.).

3.3 - SUS e Práticas Alternativas

O SUS foi gestado por forças progressistas da sociedade brasileira que lutavam contra a ditadura empresarial-militar e a privatização da saúde, quais sejam: parcelas da burocracia estatal (principalmente da saúde e previdência social); profissionais, professores e estudantes da área da saúde; Comunidades Eclesiais de Base (CEBs); defensores da Teologia da Libertação; pastorais católicas; intelectuais de esquerda; movimento sindical; e, movimento comunitário (lideranças comunitárias e associações de moradores), com destaque para o Movimento Popular pela Saúde (MOPS) (GERSCHMAN, 2004).

Portanto, é reconhecidamente uma conquista do Movimento Sanitário do Brasil, o qual teve origem em 1976, chegando ao seu apogeu no ano de 1986 com a participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a primeira com participação da sociedade civil organizada. De acordo com Gerschman (2004), as forças progressistas supracitadas defendiam as seguintes bandeiras de luta à época:

- . Combate à ditadura empresarial-militar e ao autoritarismo;
- . Intervenção nas necessidades de saúde (concepção de saúde ampliada, influência da Conferência de Alma-Ata de 1978);
- . Melhoria das condições vida e saúde;
- . Saúde como direito do cidadão e dever do Estado;
- . Promoção da saúde, saúde comunitária, Atenção Básica (Atenção Primária);
- . Combate aos modelos hospitalocêntrico, medicocentrado e biologicista;
- . Não fragmentação do indivíduo (perspectiva da integralidade);
- . Instituição do termo “usuário” em detrimento do termo “paciente”;
- . Descentralização / municipalização;
- . Territorialização / regionalização;
- . Incorporação dos saberes tradicionais e populares / comunitários na concepção de saúde e nos processos terapêuticos;

. Participação comunitária / popular e social na saúde.

Já em seu nascedouro, as estratégias de desmonte, sucateamento e privatização do SUS tiveram início, em razão de se reconhecer no texto constitucional, a possibilidade de participação da iniciativa privada como complementar (*mix* público-privado), conforme disposto no Art. 199 § 1º, transcrito a seguir:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
(BRASIL, 1988).

O SUS tem o seu nascedouro de fato, em pleno governo Fernando Collor de Mello, a partir da sanção presidencial da Lei 8.080, em 1990. Contudo, mesmo a tendo sancionado, vetou os seus artigos referentes ao controle social (conselhos e conferências de saúde do nível local ao nacional) e, ao financiamento da saúde. O que exigiu um grande esforço do Movimento Sanitário para incluir o que foi retirado por Collor, na Lei 8.142, também em 1990. Por conta da relação de complementariedade das referidas Leis, ambas são entendidas como uma só, sendo comumente chamadas de “Lei Orgânica da Saúde”.

O processo histórico de destruição do SUS vem produzindo mazelas socio sanitárias, o que pode ser constatado como afirmado anteriormente, desde o seu nascedouro até o presente momento, infelizmente.

Vale lembrar que, Collor sofreu *impeachment* em 1992, não conseguindo terminar o seu mandato. Assumiu, a presidência da República, o seu vice, Itamar Franco, o qual fez um governo de coalização política, mas que não mudou a diretriz macroeconômica do governo Collor. Contudo, apesar de ter extinguido corajosamente o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a questão do financiamento do SUS permaneceu sendo problemática. Para Roxo e Amorim (2011), no que diz respeito à saúde:

[...] embora Itamar tenha tomado medidas de destaque, como a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a principal lacuna foi não ter conseguido equacionar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A expectativa era grande, porque a falta de recursos era dramática. O problema, embora em menores proporções, se arrasta ainda hoje (ROXO e AMORIM, 2011, [s/p]).

No ano de 1995, assumiu a presidência para o seu primeiro mandato, o sociólogo e político, Fernando Henrique Cardoso (FHC), o qual já tinha se “convertido” à agenda anteriormente. FHC, um dos idealizadores do Plano Real e da bem sucedida estabilização da economia, conseguiu se reeleger, ficando no poder até 2003. De acordo com Silva et al. (2021):

No Governo de FHC (1995-2003), a contrarreforma tem um ápice de intensificação por meio da “reforma administrativa do Estado” proposta no PDRE, tomando medidas que atacam diretamente o SUS, inclusive situando a saúde como não exclusividade do Estado, fato que, apesar das definições constitucionais de sistema público, único, gratuito e universal, vai propiciar a efetivação de um sistema híbrido no caso da assistência à saúde, criando-se também um campo ideológico que sustenta a implementação de um SUS [...] (SILVA et al., 2021, p. 198).

Corroborando a esse postulado, Noronha e Castro (2020), afirmam que no início da década de 2000, o sistema de saúde brasileiro exibia uma grande fratura:

De um lado, para ricos e remediados, um modelo “americano” anárquico, com assistência médica predominantemente privada e regras de concorrência predatórias, sem qualquer programa de qualidade associado e com quebra de cobertura no caso de doenças crônicas e na velhice, que só passa a ter algum grau de regulação com a aprovação da lei 9656/1998. De outro lado, um sistema para os pobres, o SUS, fragmentado, múltiplo, descentralizado com escassa coordenação e articulação, sub-remunerado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais sem definição de prioridades, orientado pela oferta de serviços (NORONHA e CASTRO, 2020, p. 453).

Em 2003, Luís Inácio “Lula” da Silva vence a eleição presidencial, mas acaba frustrando quem esperava uma ruptura radical com o sistema capitalista, tendo conseguido se reeleger, ficando no poder até 2011. Em relação ao setor saúde de forma geral e, mais especificamente, à assistência farmacêutica, no primeiro governo Lula, Bravo e Menezes (2011) pontuam que:

A política de criação de indicadores para credenciamento e qualificação dos HUs [hospitais universitários], apesar de conter aspectos importantes, proporcionou oportunidade para o governo elaborar um diagnóstico das condições de desempenho dessas unidades. Este diagnóstico, por sua vez, forneceu dados para a implantação da proposta de contrarreforma da natureza jurídica (Fundações Privadas) e da função social dos HUs. [...] Com relação aos Programas Especiais, foram mantidos os de combate ao Tabagismo e à AIDS. No que diz respeito à saúde da mulher, houve um esforço para enfrentar a mortalidade materna e formular uma política específica. Quanto ao Programa de Tuberculose é necessário garantir a cobertura da atenção. [...] Sobre a Assistência Farmacêutica, o governo buscou a ampliação de laboratórios oficiais e criou as farmácias populares; aumentou a

fiscalização e o controle dos medicamentos. [...] um aspecto que não foi enfrentado, apesar do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ter apontado como desafio para o SUS, refere-se à subordinação das agências reguladoras às instâncias gestoras públicas, mesmo se tratando de autarquias especiais: esta é a situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O governo tem-se posicionado de forma tímida em relação à regulação e ao controle da saúde suplementar. [...] No final do primeiro mandato, foi apresentado o Pacto pela Saúde (2006), com o objetivo de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na implementação dos seus princípios (BRAVO e MENEZES, 2011, p. 17-18).

Em relação ao segundo governo lulista, Bravo e Menezes (op. cit.) postulam que a:

[...] proposição mais preocupante é a criação das Fundações Estatais, cujo debate está mais avançado na saúde, mas pretende atingir todas as áreas que não sejam exclusivas de Estado, tais como saúde, educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, previdência complementar, assistência social, entre outras. Algumas questões podem ser levantadas com relação a esta proposta, tendo por referência a saúde: as fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na “contra-reforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações. [...] Em 2009, a proposta das Fundações Públicas de Direito Privado é reapresentada ao Congresso Nacional, em caráter de urgência, na contramão do que o Conselho Nacional de Saúde tem defendido, revelando a intenção-ação do governo de esvaziar o controle social democrático na saúde, de implementar a lógica privatista, de controlar o movimento dos trabalhadores, com o fim da estabilidade do RJU – subjugando trabalhadores às intencionalidades dos gestores. A proposta descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que o Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos setenta. Substitui-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro, o que infelizmente não é novidade na cena pública nacional. Todas essas modificações, entretanto, são ancoradas em valores que foram ressignificados, como a democracia, a qualidade, a transparência, a eficiência e a eficácia. O programa Farmácia Popular introduziu, na prática, o co-pagamento na aquisição de medicamentos o que colide com as diretrizes do SUS que prevê atendimento integral à saúde, incluindo a assistência farmacêutica. Outro problema é a parceria público-privado, com a estratégia utilizada a partir de 2006, com o

Estado subsidiando as farmácias privadas, reforçando o caráter privatista da saúde. O conceito de determinação social da saúde e da doença também está sendo reduzido a fatores sociais que promovem a saúde ou causam as doenças. O que retorna a cena é o pressuposto positivista da epidemiologia tradicional. A publicação dos relatórios sobre determinantes sociais da saúde pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela Comissão Nacional, em 2008, segue esses referenciais. Os fatores “socioeconômicos” e os de ordem biológica e ambiental são colocados num mesmo plano de importância epistemológica.

Quanto ao primeiro mandato de Dilma Roussef, Reis e Paim (2018), apontam que:

Durante o governo Dilma, o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado. Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo, financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado. [...] A lógica da focalização nas políticas de saúde foi mantida, com expansão de serviços de saúde em atenção primária. Com a Lei Complementar nº 141/2012 (LC-141), permaneceram os percentuais mínimos do orçamento para a saúde nos estados (12%) e nos municípios (15%) e foi mantida a fórmula de cálculo da participação da União centrada na variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal, ou seja, manteve o mesmo mecanismo de financiamento do SUS estabelecido 12 anos antes para o nível federal por meio da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29). O subfinanciamento persistiu como um problema. [...] Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) também foi criada e gerou diversas manifestações pelo País, com questionamentos em relação à sustentabilidade da administração pública dos hospitais universitários e sobre os diferentes modelos de gestão e sua natureza pública. [...] (REIS e PAIM, 2018, p. 103-105).

Já em relação ao segundo mandato de Dilma Roussef, Reis e Paim (2018) dão conta que:

Houve recuo governamental, após as Jornadas de Junho de 2013, voltando o crescimento das taxas de juros. Diante das manifestações ocorridas, verificou-se uma fragilização do governo e um crescimento da direita, podendo ser identificados na perda de apoio parlamentar e na desestabilização de pautas importantes no Congresso. Diante desse cenário, com a Lava Jato e os ataques ao ex-presidente Lula, as forças a favor do golpe atuaram para desconstruir políticas implementadas por ele e os setores que ele representava. Era evidente que o combate à corrupção era apenas um disfarce diante das reais intenções por trás do golpe. [...] No governo Dilma II, intensificaram-se a perda de apoio da base parlamentar e da mídia, e as manifestações públicas, sobretudo vinculadas a segmentos da classe média. Dessa forma, dois projetos disputavam a política durante aquele período: 1) Uma ponte para o futuro (Plano Temer), com a proposta do novo regime fiscal e reformas com o objetivo de reduzir os gastos sociais, favorecendo o setor privado

e 2) Por um Brasil Justo e Democrático, que propunha ações de curto e longo prazo criticando as medidas de ajuste fiscal, recomendando a retomada do crescimento, preservando o emprego e revertendo a recessão econômica. [...] A aprovação da Lei permitindo a abertura ao capital estrangeiro nas ações e cuidados à saúde indicava uma vitória da coalizão de interesses de hospitais privados, empresas farmacêuticas e operadoras de planos de saúde. Demonstrava a atuação do Legislativo em defender os interesses do mercado na saúde e na agilidade em desmontar os direitos sociais. [...] No que diz respeito ao financiamento da saúde nesse período, é possível identificar a falta de garantia de estabilidade dos recursos necessários para manter um SUS público e de qualidade para todos os cidadãos. Nos últimos anos, embora tenha aumentado o financiamento, percebe-se uma redução na participação da União na despesa pública, crescendo a participação dos Estados e Municípios. [...] O investimento em tecnologia e informação foi uma das estratégias utilizadas no governo Dilma, com a criação de planos e desenvolvimento do complexo industrial da saúde. Todavia, um dos desafios que persistem é o de articular todos os componentes que estruturam os serviços de saúde e os interesses econômicos a eles atrelados, tornando indispensável resolver o problema do subfinanciamento (REIS e PAIM, 2018, p. 109-110).

Vale destacar que, Dilma Rousseff, assim como Collor, não conseguiu concluir o seu segundo mandato presidencial, o qual foi interrompido em 2016, dois anos após ter sido reeleita. É possível afirmar que no seu caso, o *impeachment* foi um golpe parlamentar, articulado com as forças econômicas nacionais e internacionais, com destaque no Brasil, para a Federação das Indústrias de São Paulo (FIESP) e, no exterior, para os EUA, por conta do grande interesse econômico no chamado Pré-Sal. No mesmo ano, assumiu a presidência, o seu vice, Michel Temer. O governo Temer (2016-2018) colocou em marcha uma agenda ultraneoliberal e extremamente regressiva em termos de direitos sociais, tendo sido o principal articulador do seu governo junto ao Congresso Nacional para a aprovação das Reformas do Ensino Médio, Trabalhista e Previdenciária.

Temer deu continuidade ao projeto privatista, tendo intensificado as privatizações, inclusive, na área da saúde e destruído a proposta inicial do Projeto de Reforma Sanitária. Nesse sentido, Silva et al. (2021), isso porque:

Com a nomeação do deputado federal Ricardo Barros para o Ministério da Saúde, ficou cada vez mais explícito o vínculo do Governo com o setor privado da saúde, evidenciando a aproximação, desde sua campanha para deputado, com o Grupo Aliança. [...] O Governo Temer atendeu à necessidade de respostas neoliberais para as demandas urgentes do capital no contexto de esgotamento do caráter de conciliação de classe dos Governos do PT. Sendo assim, o primeiro

passo deste Governo que dá continuidade às contrarreformas é a criação da Emenda Constitucional 95/2016,¹¹ que institui um Novo Regime Fiscal no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, prevendo que durante vinte anos, as despesas primárias do orçamento público ficariam limitadas à variação inflacionária. [...] Em um item exclusivo e destacado nomeado como “O desafio da saúde”, no documento “Travessia Social”, expõe-se a importância do SUS, evidenciando certo avanço no sentido de assistência à saúde. Porém, o documento também aponta as “debilidades” do SUS, prosseguindo com oito pontos de ação com ênfase no gerencialismo, considerando a má gestão como o maior problema do SUS, a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde (desencadeando nos chamados planos de saúde acessíveis) e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados, apontando, assim, a aceleração e intensificação das contrarreformas. Além disso, o documento dispõe sobre questões de saneamento, transporte e habitação urbana e a necessidade de uma reformulação do ensino médio. [...] As principais mudanças em programas do Ministério da Saúde e iniciativas governamentais que contribuíram para o desmonte do SUS no Governo Temer iniciaram-se com a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, que foi sistematizada no Ofício nº 60 (2017) da Secretaria de Atenção à Saúde e teve o intuito de reagir à perda de usuários dos planos de saúde, propondo então, planos de saúde que possam atingir a todas as camadas sociais. A proposta está dividida em três: Plano Simplificado, Plano Ambulatorial+Hospitalar e Plano em Regime Misto de Pagamento, sendo que o principal ponto desse retrocesso são as restrições de cobertura, que ferem diretamente à integralidade da assistência. [...] Governo Temer deixa mais explícita sua articulação efetiva com o setor privado através do documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil e, divulgado em 2017, com o intuito de construir um novo sistema de saúde para o Brasil. A tese propunha para os setores público e privado uma rede integrada de cuidados contínuos, que iria se dar pelo setor privado gerindo os serviços. Além disso, foi apresentado um “diagnóstico” do SUS que continha apontamentos de diversas falhas no sistema, focando principalmente na gestão e dando respostas a essas falhas por meio das iniciativas a serem priorizadas (SILVA et al., 2021, p. 201-206).

Nas eleições de 2018 para presidente, Bolsonaro se saiu vitorioso, enfrentando no segundo turno, o candidato petista Fernando Haddad. Por conseguinte, assumiu a presidência no ano de 2019, tendo que enfrentar a partir de 2020, a sindemia da COVID-19. Vale ressaltar que, conforme o portal de notícias G1¹⁸, até o presente momento, são 686.640 óbitos e 34.743.598 casos conhecidos de Covid-19 registrados.

¹⁸ O Portal de notícias G1, utiliza dados reunidos por um consórcio de veículos de imprensa.

Como é sabido, o governo Bolsonaro está sendo desastroso no “enfrentamento” sindêmico da COVID-19, bastando exemplificar, a negação inicial da gravidade da síndrome, o frequente estímulo em 2020 e 2021 ao consumo de Cloroquina/Hidroxicloroquina e Ivermectina, enquanto medicamentos adequados para o chamado “tratamento precoce” (*kit* COVID-19), a resistência e demora na compra de vacina anti-COVID-19 e, o deboche dirigido a quem chegou ao patamar mais grave da referida doença e, por essa razão, tem uma grande dificuldade de respirar.

Com efeito, Silva e outros colaboradores (2022), afirmam que:

Logo no início do atual governo, o ataque ao programa mais médicos teve impacto direto no acesso na saúde, principalmente na porta de entrada, que é a atenção básica. Pois as mudanças nas diretrizes do programa culminaram na saída dos médicos cubanos em detrimento da ocupação por médicos brasileiros. Entretanto, o que se observou foi uma defasagem devido à dificuldade do preenchimento das vagas, onde a população que tinha no SUS sua única forma de acesso à saúde, encontrou apenas dificuldade em acessá-la pela falta de profissionais principalmente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade Básica de Saúde (UBS). Além disso, houve um ataque direto à luta antimanicomial no que tange à saúde mental. Diante da Nota Técnica n. 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que tiveram cortes expressivos, o governo visa substituir os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que tem como base a luta antimanicomial, por comunidades terapêuticas que é o oposto disso. Este projeto está intimamente ligado ao conservadorismo e exclusão, tão presente no atual governo. Considerável característica deste governo em relação ao anterior é a permanência do discurso sobre privatização e corte do investimento em saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2020), uma das heranças do governo Temer, a Emenda Constitucional (EC) 95, gerou como fruto já em 2019 a perda de R\$ 20 bilhões em investimentos na saúde. Deixando abaixo do gasto mínimo da receita da União, que era de 15%. Dentro do discurso neoliberal, a privatização e corte em saúde é primordial para a ascensão econômica do país. Ao longo do mandato de Bolsonaro, inúmeros projetos vêm sendo articulados no intuito de desmantelar o serviço público. As Universidades públicas vêm sofrendo com cortes principalmente no que tange a assistência estudantil. A reforma da previdência, reforma trabalhista, cortes na saúde, tentativas de privatização de diversos setores, entre tantos outros quesitos sociais em nome da falaciosa retomada do crescimento econômico. Entretanto, o que se observa é o declínio em todas as áreas possíveis, onde o Estado deveria prover, ele além de se abster, coloca nas costas da população a responsabilidade da autossuficiência, gerando assim, uma dificuldade enorme em promover o tão sonhado cuidado à saúde em sua integralidade (SILVA et al., 2022, p. 311-312).

Mesmo com todos os ataques sofridos desde o seu nascedouro, o SUS vem tendo papel protagonista no combate à prática da medicalização. Cumpre informar que, o investimento proposto nesse primeiro nível de atenção, como as unidades básicas de saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Clínicas da Família (CF), entre os mais diversos projetos regionais de cada município e União, o SUS adquire um importante papel na conscientização e enfrentamento à prática da medicalização (TESSER, 2006).

Não obstante, é possível afirmar que, os médicos podem provocar uma mudança significativa nos serviços de saúde, caso passem a prescrever medicamentos não alopatas.

Vale ressaltar que, em determinadas circunstâncias da vida por quais passam os usuários dos serviços de saúde, acabam gerando uma maior demanda por atendimentos médicos. Tais circunstâncias dizem respeito a crises conjugais e familiares, dores sentimentais ou crônicas, nascimentos de filhos, netos e sobrinhos, crises existenciais e luto provocado pela perda de pessoas próximas.

Conseqüentemente, os usuários em geral, são medicalizados ao invés de serem levados a ofertar projetos de escuta e de métodos alternativos com especialista (TESSER, 2010).

Essa problemática se torna mais grave quando a demanda passa a ocupar a maior parte da carga horária das equipes da ESF, a qual deveria estar integralmente dedicadas ao cuidado integral em saúde, de acordo com a sua população adscrita. Por sua vez, a mídia burguesa historicamente explora as longas filas de pessoas à procura de atendimento, as quais muitas vezes, são atendidas após inúmeras tentativas.

Entretanto, em grande medida, tal quadro está relacionado a problemas de saúde como as viroses de baixo risco, gripes e resfriados, alergias respiratórias de baixo nível, bem como a pedidos de medicamentos desnecessários, o que acaba prejudicando, no âmbito da assistência hospitalar, a resolução de casos de urgência e emergência e a gestão dos serviços de saúde como um todo, no que diz respeito aos gastos financeiros e a otimização da triagem, por meio da classificação de risco (TESSER, op. cit.).

Em um segundo artigo, Tesser et al. (2010) continuam essa discussão, postulando que:

O Acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de

prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas. Isso permite, em tese, hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes de menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características. Assim, ele envolve, supõe e estimula um sentido ético individual e coletivo, assumido como fundamental para orientar a postura do profissional. Mas envolve também questões de organização e prática do trabalho, tópico focado aqui na sua relação com a medicalização social (TESSER et al., 2010, p. 3616).

Além disso, a contra produtividade é estabelecida quando essa grande demanda surge em um contexto de sucateamento do SUS, onde os investimentos não conseguem nem assegurar questões de nível secundário e terciário, precarizando a saúde da sociedade que utiliza o mesmo. Isso é crucial para entender a importância da política de prevenção ao combate de mazelas que podem de alguma forma gerar um problema patológico. A indicação de ginásticas, atividade física, corte de açúcar ou derivados, de alimentos industrializados, implica diretamente ao um bom cuidado prévio a saúde (TESSER, 2006).

Dito isso, é nítida a importância da Atenção Primária (Atenção Básica) para acolher e orientar essa população, mas para que isso aconteça, o investimento em saúde deverá esse estender para todos os níveis do cuidado. Essa ferramenta pode ser utilizada para que a sociedade diminua drasticamente a medicalização ou corroborar para que seja uma “máquina medicalizadora” (TESSER, 2006).

Vale destacar, que a medicina não-científica ou alternativa é pioneira ao propor novos processos de prevenção e tratamento, extremamente relevantes para a saúde pública. As práticas e abordagens e possíveis quadros diagnósticos podem atenuar políticas invasivas em saúde. Podem ser utilizados saberes tradicionais e pesquisas mais recentes para o cuidado psíquico como a *yoga* e meditação, ao invés de levar o usuário a ser um eterno consumidor desses fármacos.

Para exemplificar, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), é uma importante estratégia de disseminação e democratização das respectivas práticas. Destaca-se sobretudo, a acupuntura, homeopatia, fitoterapia, termalismo-crenoterapia e a medicina antroposófica, com base na medicina tradicional chinesa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A acupuntura foi introduzida no Brasil, há quarenta anos, ferramenta científica utilizada pelos chineses há milhares de anos. A sua intervenção se dá por meio de agulhas filiformes,

numa perspectiva de cuidado não só patológico, mas também psicológico. Utiliza-se de plantas medicinais, práticas corporais e mentais, energias, anamnese, dietoterapia, as quais atuam frente a diversas doenças tais como: osteoartrite; asma; fibromialgia; dores; pós-cirúrgicos; náuseas; e, até dependência química.

A homeopatia se tornou uma especialidade médica no Brasil desde 1980, considerada como fundamental para a saúde e prevenção, sua prática concebe o usuário como centro da atenção em saúde, atuando frente às diversas doenças crônicas, alérgicas e respiratórias. Além disso, apresenta a sua contribuição no uso racional de medicamentos, diminuindo a fármaco-dependência.

O consumo desse tipo de medicamento, quase sempre dinamizado¹⁹, está sendo cada vez maior, pois não age como os alopáticos que promovem os mesmos efeitos da doença, para assim, obter o resultado esperado, mas sim, promovendo por meio de suas substâncias, efeito contrário da doença estabelecida no organismo humano.

Sendo assim, foi necessária a crescente criação de farmácias públicas de manipulação para atender a demanda por medicamentos homeopáticos, assim como o incentivo em formação e pesquisas voltadas para essa área de conhecimento.

Já a fitoterapia é a ciência que utiliza plantas medicinais para obter um tratamento menos invasivo, apontada como alternativa para diversos medicamentos, visa proporcionar uma melhor qualidade de vida. Oriunda dos povos originários, é fruto de um conhecimento com condições totais de enfrentar a fármaco-dependência, proporcionando um tratamento mais humanizado e garantidor da autonomia do usuário.

No tocante à ciência antroposófica, é importante mencionar que foi introduzida na sociedade brasileira há pelo menos sessenta anos, buscando visibilizar um cuidado complementar à clínica com base na fitoterapia e homeopatia.

Por sua vez, o termalismo-crenoterapia é utilizado desde o Império Grego, se constituindo em uma área científica difundida pelo uso da água mineral com propriedades medicinais, sendo um auxílio para tratamentos biológicos. Vale ressaltar que, a Coroa

¹⁹ Medicamento preparado a partir de substâncias submetidas a triturações sucessivas ou diluições seguidas de sucussão, ou outra forma de agitação ritmada, com finalidade preventiva ou curativa, a ser administrado de acordo com a terapêutica homeopática, homotoxicológica ou antroposófica determinada.

Portuguesa trouxe esse conhecimento para o Brasil, formalizando essa prática preventiva e curativa.

Conclui-se, portanto, que a incorporação dessas práticas ao SUS, no âmbito da Atenção Básica é fundamental, pois visa garantir processos terapêuticos alternativos, contribuindo para a diminuição da desigualdade de acesso à saúde. Entretanto, somente alguns territórios as implementaram até o presente momento, não sendo algo amplamente disponível.

Enquanto, política pública deveria estar efetivamente disponível à população como um todo, contribuindo significativamente na recuperação de patologias graves na Média e Alta Complexidade, o que deve ser esclarecido pelas equipes de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

É de extrema relevância ressaltar que, o investimento, quando a patologia está instalada no organismo humano é bem mais custoso ao Estado em comparação aos métodos preventivos e de promoção da saúde.

Para além disso, a proposta das práticas integrativas e complementares no SUS, tem centralidade na promoção da saúde, pois a desigualdade social existente no Brasil contraria a equidade, universalidade e integralidade (FIGUEREDO et al., 2020).

Não obstante, a desconsideração ou mesmo desdém pelas alternativas de autocuidado advém do poder médico, consagrado socialmente, levando a população ao costume de acreditar que o remédio alopático é a única e possível recomendação técnico-científica. Como já dito no Capítulo 1, esse é um contexto de medicina totalmente fármaco-dependente que não valoriza o saber milenar dos povos originários (FIGUEREDO et al., 2020).

Zorzanelli e colaboradores (2014) destacam que o direito à cidadania está entrelaçado a se ter um serviço público de qualidade. Como por exemplo, as campanhas de prevenção, a disponibilização de preservativos na Atenção Básica para o combate à gravidez indesejada e às IST.

Nesse sentido, a perspectiva da adoção no âmbito do SUS, das práticas integrativas e complementares, atribui também um sentimento de pertencimento ao Estado. Esse sentimento está presente na gratuidade de acesso aos antirretrovirais para o tratamento do HIV positivo no Brasil, sendo necessário enfatizar que a “porta de entrada” do SUS é essencial para assegurar a garantia dos direitos constitucionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em primeira estância, a referida a questão norteadora: *“Como a indústria farmacêutica em um contexto de capitalismo desenfreado estimula o uso indiscriminado de medicamentos e interfere na saúde mental e física da população?”* foi positivamente respondida ao decorrer dessa narrativa.

Vale salientar que, a perspectiva antes da escrita dessa monografia era a da leitura de publicações com os descritores supracitados, entendendo inicialmente que, não haveria tamanha gama de questões sociais, políticas e econômicas, devido ao consumo indevido e indiscriminado de fármacos por motivações emocionais ou racionais.

É importante destacar que, no presente trabalho, não foi possível discorrer sobre todo o contexto de interesses capitalistas. Não obstante, se buscou contemplar as principais questões relativas ao *marketing* estratégico e à sua influência no consumo de medicamentos alopatas e o fenômeno da medicalização da vida, por conta do reconhecimento de sua relevância.

Entendeu-se que, mesmo no âmbito da indústria farmacêutica é possível encontrar experiências contra hegemônicas²⁰ no capitalismo contemporâneo. Nesse sentido, foram escolhidos para exemplificação, os laboratórios farmacêuticos estatais – Bio-Manguinhos, FarManguinhos e BioCubaFarma, os quais produzem e comercializam a sua produção com base nas demandas de saúde pública, evidenciando as contradições do referido sistema econômico.

Para além disso, o estudo tratou da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), enquanto uma política inserida no SUS, alternativa e contra hegemônica que deve estar disponível nas unidades de saúde de todo o território brasileiro, principalmente, na Atenção Primária²¹, podendo ser experimentada, tanto por usuários, quanto por profissionais de saúde.

Com isso, às motivações para o uso indiscriminado de fármacos podem ter inúmeras razões motivadas pelo capital ou não, entretanto, o presente estudo evidenciou quatro pontos fundamentais para a compreensão de como essa problemática se estabelece na sociedade

²⁰ Cumpre informar que, a noção de “contra hegemonia”, criada no bojo do conceito “hegemonia cultural”, advém da teoria do ativista, jornalista, cientista político, filósofo, crítico literário, linguista, historiador, um dos principais fundadores e secretário-geral do Partido Comunista Italiano (PCI), Antonio Gramsci (1891-1937), o qual foi preso pelo regime fascista de Benito Mussolini. Todavia, o termo correto seria “nova hegemonia”, mas as primeiras publicações brasileiras das obras de Gramsci, traduziram *nuova hegemonia* como “contra hegemonia”, o que acabou ficando consagrado.

²¹ No Brasil, anteriormente denominada de Atenção Básica.

contemporânea, quais sejam: a construção intrínseca entre a indústria farmacêutica e o capitalismo, a prática da automedicação, o *marketing* estratégico e a medicalização social.

Essas questões são de suma importância para visualizar esse fenômeno em uma perspectiva crítica frente às consequências que proporciona à população a longo e médio prazo.

A discussão ao longo de cada Capítulo, por meio dos seus respectivos subcapítulos, evidenciou que desde os primórdios da indústria farmacêutica houve influência do sistema capitalista no estímulo à prática da automedicação e consumo de medicamentos alopáticos.

Desse modo, a influência do capital a respeito na contemporaneidade é de extrema relevância, inclusive, para a criação dos comprimidos em 1978, o que revolucionou a forma de fazer ciência à época.

O trabalho técnico-científico é de grande valia para tornar o mundo um lugar mais seguro e saudável, porém, no trabalho desenvolvido se buscou explicitar as contradições relativas ao mercado farmacêutico que sempre procurou um crescimento monopolístico.

Dessa forma, obter lucratividade por meio do sofrimento da população é a origem do capitalismo e da exploração da classe trabalhadora para manter o *status quo* econômico.

A discussão feita desde a origem da botica ao crescente aprimoramento das grandes indústrias europeias e estadunidenses, partiu da forma como o capitalismo sempre influenciou, por meio de peças publicitárias um consumo irracional e exacerbado de fármacos.

As Revoluções Industriais, a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais se mostraram de significativa relevância para o seu crescimento, bem como conhecer a sua origem para poder compreender as contradições presentes no mercado farmacêutico contemporâneo.

A inserção no capitalismo de empresas que anteriormente produziam e comercializam inseticidas e armas biológicas, mas que em “períodos de paz” produzem e comercializam medicamentos alopáticos, os quais, inclusive, contribuem enormemente para reduzir as consequências socio sanitárias das mazelas que assolam a humanidade, pode ser entendida como uma contradição.

Contudo, evitando tratar de uma perspectiva única, vale mencionar que muitos laboratórios farmacêuticos utilizam os seus espaços para fabricar vacinas, antirretrovirais, soros, antibióticos, medicamentos, a partir de diversas pesquisas, o que se não fosse realizado faria com que os seres humanos não pudessem alcançar a cura para muitas doenças.

A própria criação dos genéricos em 1960, nos EUA e a sua importância para a democratização de medicamentos que não eram acessíveis à classe trabalhadora, inclusive no Brasil, onde após a internacionalização do setor farmacêutico, acabou se destacando, enquanto uma grande potência na comercialização de medicamentos.

Não obstante, como afirmado no decorrer da presente monografia, foi possível observar que o interesse prioritário da indústria farmacêutica a nível mundial é o aumento progressivo das suas margens de lucro, o que colide com a imagem publicitária que costumam veicular de empresas preocupadas com a saúde humana e a questão ambiental.

Torna-se, portanto, fundamental retomar a discussão acerca das formas novo hegemônicas de tratamento terapêutico, tais como as práticas integrativas e complementares, os medicamentos homeopáticos e dinamizadores, as quais visam de fato, o equilíbrio entre mente e corpo.

A venda de patentes e princípios ativos, a alta comercialização e internacionalização, a grande urgente demanda, os usos dessas “replicas” e os mais variados fármacos levaram à promoção dessa indústria como uma das mais lucrativas da contemporaneidade.

Para além disso, a compreensão do uso indiscriminado de medicamentos é parte das questões supracitadas. A autonomia médica e o seu poder culturalmente construído, o desempenho dos propagandistas e do agressivo *marketing* estratégico corroboram para que essa situação fosse agravada, gerando progressivamente pessoas fármaco-dependentes, o que fomenta, em larga escala, a medicalização da vida.

Parte do *marketing* agressivo e sua estratégia para captar cada vez mais consumidores de seus produtos farmacêuticos, logra êxito também por conta da busca da humanidade por uma qualidade de vida, não garantida pelo Estado, em termos de políticas públicas e sociais.

Além disso, é frequente a ocorrência da medicalização social, por meio da qual é veiculada a ideologia de um “bem-estar pleno”, estabelecido culturalmente como um padrão. Soma-se a esse contexto sociocultural, a automedicação que provoca não apenas o descontrole no uso de produtos farmacológicos sem a devida prescrição de um médico, mas também, um consumismo desenfreado.

Ignoram-se a subjetividade e as diferenças socioculturais, ditam como “desvio”, para depois medicalizar e promover sua ciência retrógrada e capitalista para corresponder a um falso moralismo, obscurecendo a diversidade.

Vale lembrar que, anteriormente medicalizavam a população LGBTQIAP+ e, na contemporaneidade apresentam diversas possibilidades para que as pessoas possam se “sentir bem”, a partir do consumo crescente de produtos farmacêuticos. Criam-se “doenças” e um vasto catálogo de medicamentos, resultando na perda da autonomia de grande das pessoas leigas, inclusive, para buscar alternativas terapêuticas que prescindam de medicamentos alopáticos.

O que é mais grave, no que diz respeito à saúde mental, pois ao se receber um diagnóstico de quaisquer doenças ou transtornos psíquicos, são prescritos inúmeros medicamentos psicotrópicos e não é à toa que grande parte da produção farmacológica contemporânea é voltada para a “cura” do sofrimento psíquico, até porque, inúmeros medicamentos geram dependência e grandes ganhos de capital à indústria farmacêutica.

Entende-se como necessário atribuir à prevenção, promoção e reabilitação da saúde no âmbito do SUS, o *status* socialmente de ações fundamentais para garantir o verdadeiro bem-estar e a cura de doenças, podendo incluir, o cultivo e consumo de alimentação saudável advinda de produção doméstica ou mesmo de agricultores agroecológicos.

Vale salientar, mais uma vez, a extrema relevância do SUS e universidades públicas para o desenvolvimento de pesquisas no âmbito da temática estudada na presente monografia, no sentido da produção do cuidado em saúde adequado e da ciência, respectivamente.

Como usuário do SUS, estudante do sistema em uma das maiores Instituições de pesquisa e promoção em saúde do país e atuante na prática profissional, pude perceber a tamanha relevância dessa discussão no âmbito não só acadêmico, mas para toda a saúde pública. A consciência político-social proporcionada ao longo desses 4 anos de formação politécnica leva-nos a lutar por todas essas contradições apresentadas ao decorrer desta narrativa.

Cabe ressaltar que, como gestores em saúde torna-se fundamental apresentar essas alternativas a sociedade, promovendo não só consciência de usos farmacológicos, mas uma atenção plena para esses que necessitam de nosso trabalho.

Como usuário e estudante, obtive uma gama de conhecimentos teóricos e práticos voltados para essa esfera de discussão. Puder compreender como e quais ferramentas foram utilizadas para fazer com que esse uso descontrolado pudesse se estabelecer e tonar cultural na sociedade moderna.

Por fim, é possível afirmar que para garantir a consolidação de estratégias terapêuticas contra hegemônicas é necessário combater o uso irracional de medicamentos alopáticos, ou seja, a pharmaceuticalização da vida provocado pela influência do capitalismo.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, P. S. D.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. do C. D. S.; CARVALHO, M. L.; RIGHI, R. E.; ARNAU, J. M. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 1, fev., p. 71-77, 1997.

BALBINO, E. E; DIAS, M. F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. *Revista Brasileira Farmacognosia*, Brasília, v. 20, n. 6, p. 992-1000, 2010.

BARROS, J. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 17, p. 377-386, 1983.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRAVO, M. I. de S.; MENEZES, J. de S. B. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, M. I. de S.; MENEZES, J. de S. B. (Orgs.). *Cadernos de Saúde – Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2011, p. 15-28.

BUENO, E.; TAITELBAUM, P. *Vendendo Saúde: A história da propaganda de medicamentos no Brasil*. Brasília: ANVISA, 2008.

CAMPANHA PERMANENTE CONTRA OS AGROTÓXICOS E PELA VIDA. *Quem somos*. Disponível em: <<https://contraosagrototoxicos.org/quem-somos/#>>. Acesso em: 27 set. 2022.

CARDOSO, H. Os “anos dourados”: memória e hegemonia. *ArtCultura*, Uberlândia, v. 9, n. 14, p. 164-189, jan.-jun. 2007.

CARNEIRO, F. F. *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*.

CARNEIRO, F. F.; AUGUSTO, L. G. da S.; RIGOTTO, R. M.; FRIEDRICH, K.; BÚRIGO, A. C. (Orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CARSONI, L. M. M.; JUNIOR, D. A. Marketing farmacêutico: Relação das publicidades televisivas com a automedicação. *Visão acadêmica*, Curitiba, v. 19, n. 4, out.-dez., p. 55-66, 2018.

CARVALHO, S. R.; RODRIGUES, C. O.; COSTA, F. D.; ANDRADE, H. S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? *Physis Revista Coletiva*, v.4, out-dez, p. 1251-1269, 2015.

CHIAROTI, R; REBELLO, N. M; RESTINI, C. B. A automedicação na cidade de Ribeirão Preto - SP, e o papel do farmacêutico nessa prática. *Enciclopédia Biosfera - Centro Científico Conhecer*, Goiânia, v. 6, n. 10, p. 1-8, 2010. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010b/a%20automedicacao.pdf>>. Acesso em: 25 de ago. 2022.

CONRAD, P.; BARKER, K. K. A construção social da doença: Insights-chave e implicações para as políticas de saúde, *Idéias*, v. 3, n. 2, p. 185-213, 2011.

CORRÊA, G. F.; OLIVEIRA, L. H. Os novos rumos da estratégia de marketing no mercado farmacêutico. *Revista Organização Rurais & Agroindustriais*, v.10, n.3, p. 438-454, 2008.

DICIO – DICIONÁRIO ONLINE. *Boticário*. [verbetes]. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/boticario/>>. Acesso em: 14 mar. 2022.

FIGUEREDO, N. A. de; BARBOSA, A. C.; MACEDO, A. C. L.; OLIVEIRA, N. H. de. AVELAR, P. H. B. Indústria farmacêutica e medicalização: uma reflexão sobre a democratização da saúde. *Homa Publica - Revista Internacional de Direitos Humanos e Empresas*, v. IV, jan.- dez, p. 1-16, 2020.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Bayer conclui compra da Monsanto e se torna líder mundial em sementes e pesticidas*. Publicado em: 07 jun. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2018/06/bayer-conclui-compra-da-monsanto-e-se-torna-lider-mundial-em-sementes-e-pesticidas.shtml>>. Acesso em: 02 out. 2022.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em Psiquiatria*. [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

GADELHA, C. G. *O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil hoje*. Publicado em: 11 mai. 2020. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/O-Complexo-Econ%C3%B4mico-Industrial-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil- hoje>>. Acesso em: 05 out. 2022.

GERSCHMAN, S. *A Democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 2. ed.

GUIMARÃES, K. C.; PINHEIRO; S. S. M. O desgoverno Bolsonaro e o Novo Coronavírus: uma análise preliminar sobre o impacto social dessa combinação no Brasil. *Serviço Social em Perspectiva*, Montes Claros (MG), v. 5, n. 1, jan./jun. 2021, p. 32-50.

HOBSBAWM, E. *A era dos extremos*. Tradução de Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, 2 ed.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Fronteira, 1975. INSTITUTO DE ESTUDOS LATINO-AMERICANOS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *O desenvolvimento da biotecnologia em Cuba*. Disponível em: <<https://iela.ufsc.br/noticia/o-desenvolvimento-da-biotecnologia-em-cuba>>. Acesso em: 28 set. 2022.

JOAQUIM, M. R. *Automedicação versus indicação farmacêutica*. Dissertação. Departamento de Química e Farmácia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade do Algarve, Portugal, 2011. 72 p.

JÚNIOR, J. P. B.; SANTOS, D. B. dos. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 10, p. 1-14, 2021.

LEITE, G. *A possível transformação pelo Complexo Industrial da Saúde*. Publicado em: 27 jul. 2022. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasaude/como-o-complexo-industrial-da-saude-pode-transformar-o-brasil/>>. Acesso em: 20 set. 2022.

MACEDO, G. R.; CARMO, B. B. do; CASTRO, G. F. P. de; CORREA, J. B. O poder do marketing no consumo excessivo de medicamentos no Brasil. *Revista Transformar*, Fundação São José - Graduação, Itaperuna, X ed., p. 114-128, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília (DF): 2006.

MORAIS, L.; BORBA, B. *Farmacêuticas lideram gastos em publicidade*. [Focas Estadão]. Publicado em: 21 set. 2016. Disponível em: <<https://infograficos.estadao.com.br/focas/tanto-remedio-para-que/checkup-3.php>>. Acesso em: 24 ago. 2022.

NORONHA, J. C. de; CASTRO, L. O sistema de saúde brasileiro: rumo à universalidade ou à segmentação? In: CASTRO, J. A. de; POCHMANN, M. (Orgs.). *Brasil: Estado social contra a barbárie*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020.

PIRES-ALVES, F. A. Alma-Ata, Cazaquistão, 1978: A Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde. In: PONTE, C. F.; FALEIROS, I (Orgs.). *Na Corda Bamba de Sombrinha: a Saúde no Fio da História*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC, p. 172-178, 2010.

POLÔNIO, C. Patentes farmacêuticas e acesso a medicamentos: regras comerciais, direitos à saúde e direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário, São Paulo.*, n.1/2/3, p.163-182, 2006.

PORTAL DE NOTÍCIAS G1. *Brasil registra mais 109 mortes por Covid; média móvel aponta alta*. Publicado em 05 out. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2022/10/05/brasil-registra-mais-109-mortes-por-covid-media-movel-aponta-alta.ghtml>>. Acesso em: 06 out. 2022.

RADAELLI, V. Etapas evolutivas da indústria farmacêutica: da formação à consolidação, expansão e hegemonia das grandes empresas. *Pensam. Real.*, ano X, n. 20, p. 59-77, 2007.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul., 2018.

RODRIGUES, G. K. *O Estado brasileiro e o capital farmacêutico transnacional no pós-Segunda Guerra (1945-1961)*. Anais do 30º Simpósio Nacional de História da Associação Nacional de História, Recife, 2009.

ROSÁRIO, M. S.; OLIVEIRA, M. L. de; LIMA, C. de A.; VIEIRA, M. A.; CARNEIRO, J. A.; COSTA, F. M. Doenças tropicais negligenciadas: caracterização dos indivíduos afetados e sua distribuição espacial. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 19, n. 3, p.118-127, jul.-set., 2017.

ROXO, S.; AMORIM, S. *Governo Itamar Franco teve dificuldade para avançar em outras áreas, como saúde e educação*. Publicado em: 15 jul. 2011. Atualizado em: 03 nov. 2011.

Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/governo-itamar-franco-teve-dificuldade-para-avancar-em-outras-areas-como-saude-educacao-2715725>>. Acesso em: 05 out. 2022.

BATTINI, R., FONSECA, C. V. C. Covid-19 e o Complexo Econômico-Industrial da Saúde: fragilidades estruturais e possibilidades de enfrentamento da crise sanitária. *Cadernos do Desenvolvimento*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, jan.-abr., p. 115-127.

SANTOS, E. C.; FERREIRA, M. A. A indústria farmacêutica e a introdução de medicamentos genéricos no mercado brasileiro. *Nexos Econômicos*, v. 6, n. 2, p. 95-120, 2012.

SANTOS, F. L. Indústria farmacêutica durante os anos (nem tão) dourados: euforia e desencanto (1950-1960). *Temporalidades*, v. 12, n. 2, p. 155-184, 2020.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO DO ESTADO DE SÃO PAULO. CENTRO DE PESQUISA E FORMAÇÃO. Atividades para conhecer três temas fundamentais do legado de Ivan Illich – O Pensamento de Ivan Illich. Disponível em: <<https://centrodepesquisaeformacao.sescsp.org.br/atividade/o-pensamento-de-ivan-illich>>. Acesso em: 21 set. 2022.

SILVA, J. J. L.; SANTOS, V. M. dos; CORREIA, M. V. C. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. *SER Social – Alimentação, Abastecimento e Crise*, Brasília, v. 23, n. 48, jan.-jun., 2021.

SILVA, L. M. da; SANTOS, P. F. G. P. dos. Precarização da saúde pública no Governo Bolsonaro e suas consequências para as famílias brasileiras. In: FRANÇA, A. C. (orgs.). *Políticas sociais no Governo Bolsonaro: entre descasos, retrocessos e desmontes*. [livro eletrônico]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Salvador: Pinaúna, 2022, p. 307-320.

SILVA, L. M.; CANAVÊZ, F. Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Revista Subjetividades*, v. 3, dez, p. 117-129, 2017.

SILVA, M. R. Introdução à Psicofarmacologia. *Revista Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 185-200, 1959.

SILVA, P. Panorama indústria farmacêutica brasileira. *Formação Econômica*, Campinas, v. 9, p. 17-40, 2002.

SILVA, P. S. Qual o papel das palavras na propaganda de medicamentos? *Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo*, São Bernardo, ano 1, n.2, p.1-6, jul.-dez., 2004.

SILVA, R.; CALIARI, T. Indústria farmacêutica no Brasil: Evolução histórica, capacitação competitiva e políticas industriais. *Economia-Ensaio*, Uberlândia, v. 31, n.1, p. 59-88, jul.-dez., 2016.

TENDLER, S. *O Veneno está na mesa I*. Lançado em: 25 jul. 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=SHkRoIvahpg>>. Acesso em: 02 out. 2022.

_____. *O Veneno está na mesa II*. Lançado em: 16 abr. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fyvoKljtVg4>>. Acesso em: 02 out. 2022.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso de epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 10, n. 19, jan-jun, p. 61-76, 2006.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W de. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15 (Supl. 3), p. 3615-3624, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. CENTRO DE INFORMAÇÃO DE MEDICAMENTOS. *Uso indiscriminado de medicamentos e automedicação no Brasil*. Publicado em: 16 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.ufpb.br/cim/contents/menu/publicacoes/cimforma/uso-indiscriminado-de-medicamentos-e-automedicacao-no-brasil>>. Acesso em: 21 de set. 2022.

VALDUGA, C. J. A Indústria Farmacêutica – Uma Breve História. *Rev. Pesq. Inov. Farm.*, v. 1, n. 1, p. 40-52, 2009.

VERGÍLIO, R. O. R.; LIMA, R. R. Medicalização da sociedade e suas relações com a indústria cultural. *Revista Educação, Psicologia e Interfaces*, v. 4, n. 3, p. 1-15, 2020.

VIEIRA, F.; SANTOS, M. *O setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da conta-satélite de saúde*. Brasília: Rio de Janeiro, IPEA, 2020.

VILLANUEVA, O. E. P. *O desenvolvimento da biotecnologia em Cuba*. Publicado em: 26 fev. 2021. Disponível em: <<https://iela.ufsc.br/noticia/o-desenvolvimento-da-biotecnologia-em-cuba>>. Acesso em: 24 set. 2022.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.