



## **A FARMACEUTICALIZAÇÃO DO ESPAÇO URBANO: DA RELAÇÃO MEDICAMENTO/PACIENTE À MEDICAMENTO/CONSUMIDOR**

**Reginaldo Teixeira Mendonça**  
[reginaldotx@gmail.com](mailto:reginaldotx@gmail.com)  
Faculdade de Farmácia - UFG

### **RESUMO**

Através de uma experiência etnográfica na cidade de Ribeirão Preto-SP, analisou-se o fornecimento de medicamentos através de drogarias e farmácias existentes na cidade. Nesse sentido, concentrou-se no consumo de medicamentos industrializados. A partir da vivência do pesquisador, na interação com a cidade e com seus moradores entre o início de 2006 a maio de 2009, relatou-se a relação do consumo de medicamentos industrializados com a estrutura da cidade. O pesquisador, utilizando da observação participante, analisou a cidade como um todo e sua relação com os lugares que forneciam medicamentos. Nesse contexto, o lugar de moradia e as condições socioeconômicas refletiam na estrutura e nos componentes das farmácias e drogarias. Notou-se assim que o consumo de medicamentos influenciava a estrutura da cidade. O desenvolvimento de características dos estabelecimentos que forneciam medicamentos para a população possuía características singulares de acordo com sua localização, sendo assim também influenciada pela própria estrutura da cidade, promovendo diferenças entre farmácia de bairro e do centro, farmácia pública e drogaria privada, levando também a caracterizar o estoque de acordo com sua localização e a população consumidora. Além disso, as farmácias e drogarias se distanciaram dos centros médico-hospitalares para se concentrarem nos locais de grande fluxo de pessoas, interligando o incentivo ao consumo junto com outros estabelecimentos como hipermercados, postos de gasolina, casas lotéricas, rodoviária e centros comerciais.

**Keywords:** geography of medication, urban space, pharmacies

### **INTRODUÇÃO**

Este artigo busca compreender a relação entre estrutura das cidades e os serviços de saúde. Entretanto, buscou-se analisar através da observação participante o contexto que a cidade promovia, levando assim a um recorte aqui sobre a vivência do autor na cidade em que ocorreu a pesquisa: Ribeirão Preto-SP. É esta vivência que será relatada, tendo como enfoque o fornecimento de medicamentos através de farmácias e drogarias.

Procurou-se unir estrutura urbana e consumo de medicamentos, analisando como a cidade, através de seu percurso sócio-histórico, é interferida pelo modelo biomédico e suas conseqüências como o desencadeamento do consumo de medicamentos. Farmácias e drogarias não são vistas aqui apenas como lugar em que se encontram produtos farmacêuticos, mas como parte correspondente aos anseios do mercado de consumo. Este mercado não é reduzido aqui à relação produtos farmacêuticos/tratamento de doenças, mas é ampliado para a relação produtos farmacêuticos/consumidores, mostrando como a formação do mercado consumidor de medicamentos tem se construído.

### **ALGUNS PARÂMETROS METODOLÓGICOS**

Esta pesquisa visa à utilização da abordagem qualitativa e ao uso da etnografia como base metodológica para seu desenvolvimento. Para isso, a coleta de dados está diretamente relacionada à minha inserção no ambiente pesquisado, à observação participante, contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre as atividades de campo realizadas na

cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. Desse modo, são transcritas a observação referente ao consumo de medicamentos e como as farmácias e drogarias da cidade se organizam para formar seu mercado consumidor, centrando-se aqui no setor privado.

A observação participante procura descrever um evento, um grupo de pessoas ou um indivíduo em determinado contexto, descrevendo uma problemática anteriormente definida (VÍCTORIA et al., 2000). Segundo estes autores, a observação participante deve analisar o ambiente (localização, espaço interno e externo, relação entre pessoas e o espaço, transformações ao longo do tempo), os comportamentos pessoais (posturas, normas, aparências), a linguagem utilizada (tom de voz, gestos), os relacionamentos interpessoais envolvendo também o próprio pesquisador, a seqüência com que ocorrem os eventos observados e os momentos das ocorrências. Este texto concentrou-se na descrição ampla sobre a totalidade da cidade. Nesse sentido, os dados são relativos ao período entre início de 2006 e a maio de 2009.

### **DO MODELO BIOMÉDICO À FARMACEUTICALIZAÇÃO DA CIDADE**

Ribeirão Preto, uma cidade do interior do Estado de São Paulo, é marcada por seu desenvolvimento e sua transformação como pólo regional desde o início do século XX, seja pelo encontro da produção agrícola de café e sua interligação com o litoral através da estrada de ferro da Companhia Ferroviária Mojiana, seja pela encruzilhada de rodovias ligando-a aos diferentes Estados, hoje transformada em um centro de produção sucroalcooleira.

A cidade de Ribeirão Preto revela um passado ainda presente, notado através de uma arquitetura reveladora de seu passado e pelos nomes das ruas, como a Avenida do Café, que liga o centro da cidade e a rodoviária ao campus da Universidade de São Paulo (USP) e ao Hospital das Clínicas, simbolicamente um encontro entre desenvolvimento econômico e científico.

Ao se tratar do fornecimento de produtos farmacêuticos à população tem-se como objetivo esclarecer a formação epistemológica desses fornecimentos, como se formou as características desse fornecimento. Para isso, explanar sobre o modelo biomédico se faz essencial. Através do medicamento, modelos ideológicos se apresentam, revelando relações de poder e orientações sobre o cuidar a partir de serviços de saúde (VAN DER GEEST et al., 1996). A constituição desse modelo colaborou para o desenvolvimento de cidades pautadas em uma lógica higiênica, asséptica. Desse modo, o modelo biomédico compõe uma sociedade cooptada pela ciência, pelo controle sanitário, da higiene das casas e do corpo, fazendo ordenar a estrutura ambiental, dos modos e lugares onde as casas, serviços de saúde, empresas devem estar localizadas. Através do modelo biomédico contextualiza-se o conflito entre campo e cidade, entre culturas distintas: entre os medicamentos industrializados e outras terapias populares, como as baseados em plantas medicinais ou os tratamentos religiosos. É nessa diversidade de tratamentos que o modelo biomédico se funda, apoiado numa lógica cartesiana, objetivada e racionalizada na estatística, ignorando os saberes não incluídos nesse modelo, impondo-se como únicos verdadeiros e benéficos (OLIVEIRA, 1998).

O modelo biomédico adota a alopatia por se enquadrar em seus parâmetros como fragmentação do corpo, tratar a doença e não o doente como um todo, marcado por estratégia bio-política sobre a coletividade e pela produção de medicamentos em grande escala (FOUCAULT, 1984). O termo alopático (ação contrária à doença, medicamento que combate a doença) está relacionado ao significado dado pela homeopatia (cura pelos semelhantes, organismo que combate a doença). Pode-se dizer que os medicamentos são uma espécie de especialização do modelo biomédico (LAPLANTINE, 2004).

Nesse contexto, Tesser (2007) diz que os profissionais de saúde, com destaque para os médicos, passaram a dar crédito exagerado à técnica, ocorrendo o que ele chama "desresponsabilização" ética e epistemológica, o distanciamento da medicina do diálogo

compartilhado com os pacientes sobre a cura, doença e saúde, direcionando o saber médico, antes integrado à vida social, para um saber isolado nos centros de pesquisa, que homogeneiza pacientes através de dados estatísticos, centrando diálogos nas supostas verdades dos trabalhos científicos. Desse modo, os profissionais acabam reafirmando o modelo racional biomédico proposto desde a fabricação do medicamento, desconsiderando as perspectivas socioculturais. Acrescenta-se que os profissionais de farmácia, ao reafirmarem o modelo biomédico através do medicamento, ratificam o caminho técnico em que os pacientes são submetidos desde a consulta médica. Contudo, é uma técnica que se populariza. É através do modelo biomédico que os medicamentos colaboram para criar caminhos sociais em sua busca, delimitando bairros, lugares de moradia, interferindo na estrutura urbana e construindo uma geografia do medicamento.

De acordo com Barros (1983), o medicamento industrializado, ao se apresentar como um produto qualquer, leva os profissionais de saúde a popularizarem seu consumo, principalmente através do uso crônico. As prescrições de medicamentos e a venda nas farmácias passaram a ser, segundo este autor, momentos-chaves nesta popularização. Através das prescrições médicas, o médico, além de poder racionalizar o tempo gasto nas consultas, mostra seu prestígio e poder sobre o paciente, reduzindo o tempo das consultas. Acrescento que esta mesma lógica se aplica na dispensação<sup>1</sup> dos medicamentos em drogarias e farmácias, a qual se torna cada vez mais rápida e impessoal.

Analisar o medicamento industrializado a partir do modelo biomédico nos leva a contextualizar sobre questões anteriores a seu surgimento, como o nascimento da medicina social, os tratamentos para a coletividade (FOUCAULT, 1984), e o “nascimento da clínica” através da categorização de sinais e sintomas e da separação entre doença e doente durante os séculos XVII e XVIII (FOUCAULT, 1987), contribuindo para unir projeto capitalista, modelo biomédico e Estado, ao facilitar a visualização de suas interligações através de uma suposta ordem racionalizadora. Analisar os medicamentos sob esta perspectiva é também elaborar um recorte na trajetória histórica e social dos medicamentos, de sua industrialização e sobre suas influências na constituição das cidades.

Assim, como as diferentes especializações promovidas pelo modelo biomédico, colaborando para o surgimento de diferentes clínicas especializadas, decorando o ambiente citadino, os lugares que irão fornecer os medicamentos para a população são também ampliados de forma singular. Através do consumo de medicamentos destacam-se estágios de desenvolvimento ou estágios de vida, idades, doenças, etapas de tratamentos, revelam-se especialidades médicas. São revelações que são trabalhadas pelo marketing dos laboratórios farmacêuticos, especificando e especializando táticas de propaganda, entrelaçando a história do paciente e do medicamento como meio de facilitação de consumo e venda, veiculando ideologias, hierarquias de poder sobre o doente (VAN DER GEEST et al., 1996). É também através do comportamento frente ao medicamento que os pacientes mostram sua realidade sociocultural, aceitando ou não o uso do medicamento, ora recebendo como objeto agradável, mágico, composto por tecnologias, ora reduzindo à cultura de consumo, colaborando no controle do corpo e a alienação social. O cuidar está frequentemente reduzido aos produtos farmacêuticos (farmaceuticalização) (VAN DER GEEST et al., 1996), fazendo-os reafirmarem impessoalidades através de prescrições e vendas rápidas de medicamentos. Nesse contexto, o medicamento passa a ser visto como tecnologia indispensável para a sobrevivência, ganhando uma nova configuração, juntamente com sua relação com o corpo doente, os medicamentos adquirem relação cada

---

<sup>1</sup> Dispensação de medicamentos é definido por Brasil (2001) como “o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado” em que o farmacêutico presta informações sobre os medicamentos, sobre seu uso considerado adequado. São destacadas informações importantes: “a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.” (BRASIL, 2001).

vez mais próxima com o cotidiano de seus usuários. Estar próximo de tecnologias como o medicamento transforma frases como “aqui tem de tudo, tem supermercado, padaria e farmácia pertos” como corriqueiras e faz refletir sobre a concepção dos produtos farmacêuticos como bem de consumo imediato como um alimento, facilitando a aproximação de outros comércios para somar a uma lógica voltada para o consumismo. Lefèvre (1999) alerta sobre os efeitos das propagandas de medicamentos banalizarem os tratamentos como se fossem simples alimentos, que devem ser consumidos independentemente de se estar doente ou não.

Como Van Der Geest et al. (1996) notam, o medicamento pronto se apresenta através da propaganda e marketing (televisão, rádio, outdoor, representantes de laboratórios, jornais e revistas científicas e populares), de sua distribuição (em hospitais, clínicas, postos de saúde, farmácias e drogarias<sup>2</sup>, entre outros), dispensados através de prescrição ou não. As propagandas de medicamentos ou de seus locais onde são encontrados passam a ilustrar, “decorar” a cidade, a doença perde o significado de tratamento e se aproxima de consumo e o estar saudável se aproxima de capacidade de consumir. As propagandas passam a citar os sintomas e os seus diálogos com os medicamentos, é somente com o não desaparecimento dos sintomas que o serviço de saúde deve ser procurado. Estar próximo de um medicamento passa a substituir em primeira mão os serviços de saúde como hospitais, centros de saúde ou o médico que visita o doente em casa. O farmacêutico também perde sua condição de conselheiro e educador para brilhar como vendedor.

As indústrias farmacêuticas produzem confrontos entre automedicação e uso através de prescrições médicas ao proporem suas propagandas incentivadoras de consumo, principalmente ao induzir o autocuidado e, conseqüentemente, a automedicação. As prescrições são na prática realizadas não só por médicos, mas outros profissionais de saúde e pessoas fora das instituições de saúde indicam ou receitam medicamentos. É conhecida nas drogarias e farmácias a ocorrência das indicações de medicamentos pelo farmacêutico e pelos balconistas. Em lugares com ausência de médico outras pessoas ocupam o lugar de prescritor, e ocasionalmente a proximidade com os medicamentos colabora, como em relação aos donos de farmácia e drogarias (QUEIROZ, 1994).

Tanto médicos como trabalhadores de farmácias e drogarias estão envolvidos por conflitos de interesses. Os laboratórios farmacêuticos interferem tanto na prescrição médica quanto no momento que os medicamentos são dispensados nas farmácias e drogarias. O consumo está assim direcionado para a lucratividade. É comum os balconistas e farmacêuticos oferecerem trocas de medicamentos, geralmente utilizando o preço mais baixo como forma de convencimento, mas que lhes dão maiores margens de lucros.

O profissional farmacêutico é visto como referência nas representações da população sobre os medicamentos, pois é ele quem acompanha desde o processo de fabricação até a dispensação e venda. Assim, o farmacêutico se alia ao sistema capitalista ao se mostrar como vendedor nas drogarias e farmácias. São nas farmácias e drogarias que a dispensação ocorre de maneira impessoal e rápida, sendo exigida na atualidade pelos próprios clientes. Essa impessoalidade pode ser notada nas mudanças dos donos de farmácias e drogarias, sendo antes aplicado um sentido pessoal, como falar o nome da farmácia e de seu dono em seguida, ou o próprio dono ganhar em sua assinatura o nome de “farmacêutico” ou “da farmácia”. É comum vermos as referências pessoais serem substituídas pelas grandes redes de farmácias e drogarias, reduzindo as relações entre dono de farmácia e cliente aos preços dos medicamentos. Dupuy e Karsenty (1979), em

---

<sup>2</sup> De acordo com Brasil (1973), possuem conceitos diferentes: farmácia é um “estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica”, enquanto drogaria é o “estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais”.

pesquisa realizada na França do começo da década de 1970, já alertava sobre o uso da ciência como comércio pelo farmacêutico:

“Todos estes são princípios conformes com uma certa imagem popular do farmacêutico, notável, homem de ciência junto ao público. Devemos reconhecer que, ao menos na cidade, a realidade é muito menos lisonjeira e que a profissão de farmacêutico se aproximou de modo sensível, como alguns puderam afirmar cruamente, da profissão de comerciante. Instalemo-nos em uma grande farmácia de zona urbana e observemos o que ocorre. Veremos os clientes desfilar quase que sem interrupção. A maior parte apresenta uma receita à pessoa de bata branca que está atrás do balcão, a qual se limita a ir buscar os produtos prescritos no armário, repete a posologia indicada pelo médico, embrulha as embalagens em um saco de papel e as fatura. Poucas palavras são trocadas”. (DUPUY e KARSENTY, 1979, p.47).

Há conflitos invisíveis entre laboratórios que excluem o paciente como doente e o revelam como comprador, construindo táticas de venda das drogarias e farmácias, ao utilizarem em suas portas as propagandas de menores preços, dos medicamentos a preço de custo. Van Der Geest et al. (1996) colocam a necessidade de estudos enfocados na diferença de dispensação de medicamentos no setor público e privado, informal e formal, realçando o aspecto comercial. Pode-se notar que os estudos de medicamentos não devem se reduzir à relação medicamento/paciente, mas incluir também na análise a relação medicamento/consumidor, pois aquele recorte estaria anulando analisar o medicamento como objeto social.

Os modos de consumo são norteados de acordo com uma época em conjunto com as definições sobre o corpo, sua produção e a correspondência frente às pressões sociais. Ser disciplinado com horários de trabalho, a quantidade de trabalho, as extensões das jornadas de trabalho, o uso da automedicação como alternativa para evitar dispêndio de tempo, fixando uma produtividade mais elevada, se relacionam ao consumo de medicamentos, cujo modo não é estático, pois corresponde à dinâmica sociocultural em que estamos envolvidos. Desse modo, o percurso histórico e social de cada consumidor particulariza o modo de uso de medicamentos, destacando questões relacionadas ao gênero, à realidade socioeconômica, aos efeitos farmacológicos do medicamento, à vida cotidiana, à família, à velhice, à experiência com outros tratamentos e outros medicamentos e doenças. Assim, os medicamentos consumidos irão corresponder aos ideais do corpo de acordo com os diferentes sentidos dados, o que leva a distribuir os produtos farmacêuticos segundo o público consumidor.

O consumo de medicamentos não se restringe ao tratamento de doenças, podendo corresponder à exigência de um processo de produção intensificado, ajudando a preparar o corpo para suportar as extensões dos trabalhos. Assim, os medicamentos acompanham lógicas de dominação através de representações dadas pela população, como mostrou Illich (1975), através da iatrogenia, o direcionamento de problemas de ordem social para os serviços de saúde, ao induzir passividade e aumento do limiar da dor e elevar a exploração capitalista e alienações sociais, fazendo o indivíduo perder sua autonomia, levando a evitar reivindicações e conflitos sociais. O processo saúde/doença perde significado frente a supostas categorias medicáveis, definindo tratamentos para crianças, maternidade, velhice, homens e mulheres. Através dos medicamentos são definidos territórios urbanos, lugares que são preferidos pela população.

Nesse contexto, Giovanni (1980), em pesquisa realizada no interior do Estado de São Paulo no final da década de 1970, com médicos e famílias, mostrou como o consumo de medicamentos não está diretamente relacionado ao surgimento e tratamento de doenças, mas às relações de produção capitalista. A busca de padrões de consumo produz criação de necessidades através de profissionais da saúde (como exemplo, o autor cita médicos e farmacêuticos), ao internalizar ou naturalizar o consumo de medicamentos. Giovanni (1980) destaca a diferença de consumo de medicamentos entre as classes sociais tanto por

prescrições médicas como por automedicação, sendo esta maior entre os grupos populares e aquelas entre a população mais rica financeiramente.

Tanto a profissão médica como a farmacêutica transitam entre significados duais e com ações privilegiadas no comércio da área da saúde. As duas profissões tiveram um eixo comum em suas origens, unida em seus “pais”, como o da Medicina (Hipócrates, 450 A.C) e o da Farmácia (Galeno, 131 D.C), ambos diagnosticando e compondo remédios para dispensar. A divisão ocorreu em função do domínio do fabricar e do prescrever os medicamentos. Os farmacêuticos passaram a ter duas ações simultâneas – vender e compor – sendo freqüentemente separados, como pode se observar na diferença entre drogarias, laboratórios e farmácias. De acordo com Pourchet-Campos (1966), essas diferenças são marcadas na medicina quanto à aproximação com os tratamentos, como os médicos chamados de *pharmaceutae* que tratavam com medicamentos na/da Grécia antiga e os que tratavam com incisões cirúrgicas. Além disso, segundo esta autora, as pessoas que colhiam vegetais (*rhyzotomei* do grego ou *herbarti* do latim) se distinguiram das que os preparavam (*pharmacopoei*). Além dessas referências nominais, referiam-se, segundo a autora, aos indivíduos que não eram vinculados aos médicos, como os vendedores ambulantes (*circulatores* e *sellularii*), e os que possuíam os mercados ou lojas de venda, chamados de *pharmacopolei* e requisitados pelos médicos (*pharmaceutae*). Assim, Pourchet-Campos (1966, p. 11), além de definir um momento em que ocorre a separação entre médicos e farmacêuticos, sugere um questionamento que se responde com a observação sobre nossa sociedade: “Abrindo um parênteses, é lícito indagar: qual teria sido o real antepassado do farmacêutico: os *pharmacopolei* ou os *pharmacopoei* que antecederam cronologicamente?”.

Nessa perspectiva, Loyola (1984), em Nova Iguaçu-RJ, identificou dois tipos de farmacêuticos em seu trabalho, o “farmacêutico-comerciante” e o “farmacêutico-terapeuta”. O primeiro está voltado para o maior ganho financeiro de capital, com as farmácias localizadas na região central da cidade, com maior contato com a medicina oficial (com médicos e vários laboratórios farmacêuticos). O “farmacêutico-terapeuta”, de acordo com Loyola (1984), por estar mais próximo dos grupos populares, não culpa os integrantes dessas por suas doenças, explicando-as como conseqüências das condições climáticas e, sobretudo, da má qualidade de vida relacionada às dificuldades econômicas e sociais. Além disso, o “farmacêutico-terapeuta” é visto como integrador do conhecimento científico com o popular. No entanto, segundo Loyola (1984), as pressões da indústria farmacêutica e o controle da saúde por órgãos públicos ou privados levam o farmacêutico-terapeuta ou tradicional a se restringir como um simples comerciante, perdendo sua função de assistente à saúde da população, fazendo com que perca seu lugar para o “farmacêutico-comerciante”.

O conceito de farmácia é diferente do conceito de drogaria. O conceito de farmácia se relaciona ao sentido de produção artesanal, o que lhe dá um sentido histórico mais longínquo, e quando se diz drogarias está já se relacionando ao sentido industrial do medicamento, pois nesta não há manipulação de medicamentos. Giovanni (1980) diz que ocorreu uma intensificação do consumo de medicamentos industrializados a partir do século XX, fazendo com que as farmácias tradicionais dessem lugar às modernas drogarias, muitas sem um farmacêutico. Assim, o medicamento feito pela pessoa do farmacêutico passou a ser representado por uma indústria ou laboratório. Segundo Pignarre (1999), o preparador de medicamentos já não está submisso às requisições médicas, ele serve ao grande complexo industrial.

O consumo de medicamentos industrializados se popularizou e se contextualizou após as descobertas dos antibióticos no século XX, sendo marcado por imposição etnocêntrica sobre outras terapias (VAN DER GEEST e WHYTE, 2003). Os pacientes exigem a prescrição ao profissional médico, servindo como parâmetro para avaliação, e os médicos que não prescrevem medicamentos podem ser vistos com desconfiança. Os tratamentos se fixam assim através de medicamentos industrializados, marcados pelas grandes corporações industriais. Nota-se que os efeitos colaterais dos medicamentos são pouco enfatizados

frentes aos efeitos terapêuticos, principalmente quando não são notados sintomaticamente pelo consumidor, como a dependência medicamentosa e a facilitação de outras doenças com o uso crônico.

Igualmente nas casas, onde existe uma divisão que compartilha os medicamentos, sendo guardados em caixas, gavetas, em cima da geladeira, nos quartos (exemplo, perto da cabeceira da cama), no banheiro, dependendo de seu uso e da estrutura da família (como a ocorrência de crianças) e da função dos tratamentos (FAINZANG, 2003). As drogarias e farmácias acompanham esta mesma lógica, ocorrendo divisões entre os medicamentos, os de venda livre na área externa ao balcão, a que os clientes têm fácil acesso, e os de venda controlada em prateleiras atrás do balcão ou, no caso dos medicamentos psicoativos, em armários fechados com chave. Na compra de um medicamento, este pode ser personificado, colaborando para sua divisão no espaço doméstico, sendo etiquetados com símbolos pela farmácia ou drogaria ou escritos o nome do usuário e o modo de uso na embalagem do medicamento pelos funcionários da farmácia ou drogaria. Também, além de variar o estoque de acordo com a doença, ele é aumentado de acordo com sua gravidade, fazendo um vaivém constante aos serviços de saúde e à farmácia ou à drogaria. Nesse sentido, muitas pessoas com doenças preferem morar perto de locais de maior acesso aos medicamentos. Além disso, as farmácias e drogarias são focalizadas para o consumo crônico de medicamentos e outros produtos encontrados em farmácias e drogarias, como o consumo de anticoncepcionais e perfumaria.

Em se tratando de uma sociedade que vê no medicamento o principal meio para a cura de suas doenças, as concepções sobre estes podem interferir no modo de seu uso. Contudo, essas concepções são trabalhadas pelos comerciantes de medicamentos, como nas drogarias, relacionando essas concepções a suas lucratividades, suprindo as carências farmacológicas dos clientes. Podem acontecer diferentes mecanismos lucrativos, como a venda de medicamentos sem exigência de prescrições médicas, como as vitaminas, os fortificantes, alguns medicamentos para dor, etc. Não é incomum pessoas, ao sentirem sintomas de doença ou mal-estares, irem às drogarias e voltarem com vários medicamentos, preenchendo os espaços vazios das caixas e gavetas. Nota-se que muitos doentes crônicos, por já terem experiências com diversos tratamentos, procuram diretamente as drogarias, sem passarem por avaliações médicas.

Lembra-se que na venda de medicamentos pode ocorrer divisão de acordo com a classe social do cliente, enfatizando a separação entre medicamentos considerados similares, genéricos e de referência. De acordo com Brasil (1999), esta divisão se refere à igualdade de substâncias ou princípio ativo, concentração, forma de apresentação, via de administração, modo de usar, indicação, servindo de parâmetro para os similares e genéricos o medicamento de referência (medicamento inovador com eficácia, segurança e qualidade comprovada cientificamente), devendo o genérico ser equivalente quantitativo e qualitativamente relativo à absorção e eliminação da substância no organismo humano, tendo em sua identificação a denominação do princípio ativo em lugar do nome de fantasia, possuindo embalagens padronizadas para serem identificados.

No entanto, quando se trata de sua relação com o mercado consumidor, notam-se várias diferenças: os similares se apresentam como mais baratos para os clientes, mas geralmente dão aos vendedores maiores lucros por serem comprados com preços bem inferiores aos de venda, sendo geralmente dadas aos balconistas comissões sobre a venda destes medicamentos (GIOVANNI, 1980). Devido ao baixo custo, esses medicamentos são comprados por governantes e distribuídos para a população, incentivando a sua compra quando necessária.

Nesse sentido, a compra de um medicamento pode às vezes se restringir ao preço e não à qualidade, dependendo do capital cultural e econômico (BOLTANSKI, 1984): um paciente rico, com plano de saúde privado, geralmente com capital cultural e econômico que contribuirá para o encontro de linguagens afins com um serviço de saúde em que o médico

prescreverá um medicamento de marca (referência), o qual será exigido na hora da compra. A negociação com o cliente de grupos populares muitas vezes ocorre pelo preço, o vendedor de medicamentos vem logo com o mais barato, um medicamento similar, dizendo que “é igual ao outro e bem mais barato, com o mesmo efeito”, fazendo permuta das prescrições médicas ou indicando diretamente aos clientes.

Pode-se verificar que na cidade de Ribeirão Preto-SP as diferenças entre classes sociais estão co-relacionadas com os estoques de medicamentos e a estrutura física das drogarias. As drogarias dos bairros populares, além de possuírem relativamente em seus estoques uma maior concentração de medicamentos similares, possuem estrutura mais simples quando comparadas às drogarias do centro da cidade, que possuem climatização com ar condicionado, balança eletrônica, maiores estoques de medicamentos de referência. As drogarias periféricas se aproximam dos postos públicos de dispensação quanto aos estoques de similares.

O consumo de medicamentos está relacionado com desde as propagandas feitas pela indústria farmacêutica, pelos profissionais e serviços de saúde até as relações pessoais do dia-a-dia, fazendo o contexto cultural colaborar com a aceitação ou recusa dos medicamentos.

Soares (1997), ao fazer revisão sobre os estudos sobre medicamento e sua relação com o meio social, coloca que o medicamento, ao se apresentar como ambivalente por ser ao mesmo tempo substância química, mercadoria de consumo e símbolo complexo, vai além do dualismo das conotações positivas e negativas. Nesse sentido, a autora sugere que as pesquisas sobre medicamentos partam da análise dessas ambivalências, nas contradições e conflitos resultantes das diferentes percepções e concepções individuais e coletivas sobre os medicamentos nos diferentes contextos envolvidos por representações sobre doenças, saúde, tratamentos, corpo e relação entre profissionais de saúde e consumidores de medicamentos.

Observa-se que a procura por racionalidade do modelo biomédico não se reduz ao espaço laboratorial, ela tenta percorrer desde as pesquisas na descoberta de um novo medicamento até o meio social, reafirmando sua trajetória que se vê em meio a conflitos desencadeados por sensibilidades e subjetividades. Também na relação do consumidor de medicamentos com os prescritores, seja em hospitais ou em seu meio social, o medicamento carrega outros sentidos além de uma substância que se comunica somente com a doença, o consumidor se mostra como sujeito sensível. Quando se questionam as ações autoritárias da medicina ocidental ou oficial com o uso de medicamentos, refere-se aqui também à preservação de práticas etnocêntricas, que se relacionam com a imposição do modelo biomédico e de seus medicamentos frente aos tratamentos populares e religiosos. Não é apenas um medicamento que adentra o corpo, é um modelo, perseguido e reavaliado desde a elaboração nos laboratórios farmacêuticos e que corresponde socialmente ao sistema capitalista.

## **DO DESENVOLVIMENTO AGROINDUSTRIAL AO COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS**

A cidade de Ribeirão Preto é considerada pólo do desenvolvimento econômico do que chamam de “oeste paulista” (regionalmente o município fica localizado na parte nordeste do Estado de São Paulo); a qualidade da terra e a grande produção de laranjas, cana-de-açúcar e seus derivados fizeram da região um destaque nacional.

A cidade de Ribeirão Preto tornou-se central frente a uma região que engloba outras cidades menores que a circunvizinham. Além disso, o Hospital das Clínicas, localizado em Ribeirão Preto, é considerado referência nacional em muitos tratamentos e pelo elevado número de pesquisas quando comparado com outros centros de pesquisa médico-hospitalares.

Assim, Ribeirão Preto, ao se tornar destaque como opção ao desenvolvimento econômico e científico, faz com que cidades vizinhas se tornem muito próximas em termos de mercado consumidor. São os visitantes dos três “shopping-centers” existentes na cidade: a cidade torna-se ponto de encontro e de consumo. Ocorre a busca por melhores trabalhos e condições de vida de uma população vinda de outros Estados brasileiros e do interior do próprio Estado de São Paulo, assim como o trânsito de estudantes de graduação e pós-graduação, principalmente na área de saúde, que pela concentração de cursos nessa área se dirigem para a Universidade de São Paulo e outras instituições de ensino. E também são os inúmeros tratamentos médico-hospitares que fazem a cidade ser escolhida pela população nacional e do Estado na busca de tratamentos de doenças.

Nesse sentido, focalizou-se em como o mercado farmacêutico se estrutura através dos serviços de saúde como hospitais, centros de saúde, clínicas particulares, farmácias e drogarias. Este mercado pode ser relacionado com a expansão da população que se direciona para a cidade como ponto central do consumo de mercadorias: Ribeirão Preto possui na atualidade mais de quinhentos mil habitantes, mas a microrregião (composta por Ribeirão Preto e mais 15 municípios que circunvizinham) possui cerca de um milhão de habitantes. Este mercado é também reflexo do que Milton Santos chamou de meio técnico-científico-informacional, o espaço é ordenado pelas ações crescentes da ciência, da tecnologia e da informação<sup>3</sup>.

Nesse sentido, Elias (2003), tendo como referência o trabalho de Santos (2004), revela como a região de Ribeirão Preto se tornou palco de um espaço globalizado através do complexo agroindustrial sucroalcooleiro, levando a divisões territoriais, ao deslocamento de mão-de-obra considerada volante, utilizadas de acordo com o ciclo de plantação e colheita, contribuindo para o desenvolvimento do comércio, serviços e indústria, destacando Ribeirão Preto principalmente pela produção de cana-de-açúcar e pela produção de combustível. Portanto, Ribeirão Preto está marcada pelo uso de tecnologias e técnicas para a produção de mercadorias e manipulação da vida social, levando ao desenvolvimento de comércio voltado para a mão-de-obra utilizada na produção, de um complexo industrial que transforma a matéria-prima e produz maquinarias e equipamentos para produção e mudanças do espaço, induzindo a movimentação e construção de mecanismos para a escoação de mercadorias e descobertas científicas para este fim.

Assim, todo este mecanismo voltado para a produção passa a ordenar a vida cotidiana da população envolvida, seja através da transformação do ambiente, geralmente marcado pela poluição atmosférica, pela fumaça dos carros e das queimadas das canas, fazendo elevar o número de doenças respiratórias, seja pelos sintomas de doenças provocadas pelo mercado de trabalho competitivo, seja pelas rupturas entre pessoas com os lugares quando são levadas a se deslocarem e a esquecerem toda uma vida passada, seja pelos afastamentos (exclusões) sociais quando não estão adaptados às novas normas e ordens do mercado de trabalho.

Observou-se a importância da relação público/privado no consumo de medicamentos. Desse modo, foi enfatizada a medicalização da sociedade (consumo de serviços e produtos relacionados à saúde e com a medicina oficial) também através das drogarias: uma espécie de drogalização da sociedade que contribui na representação do consumo de produtos farmacêuticos independentemente dos serviços médicos (farmaceuticalização).

O comércio de medicamentos, em Ribeirão Preto, possui uma disposição espacial de acordo com os bairros das cidades. Na parte central e em suas proximidades estão várias drogarias, lugares geralmente marcados por alto fluxo de pessoas e por bairros residenciais abastados, revelando que o consumo de medicamentos se aproxima mais de uma relação comercial do que a promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. De acordo

---

<sup>3</sup> Ver Elias (2003), que realizou um estudo na cidade de Ribeirão Preto-SP tendo como base a obra de Milton Santos.

com Calil Júnior (2003), no centro de Ribeirão Preto ocorreu, desde sua fundação, imposições socioeconômicas que levaram a três processos relacionados à estruturação da cidade: 1) substituição do centro como uso residencial pelo uso comercial, criando novos aspectos visuais como as fachadas comerciais, vitrines, lojas especializadas, estacionamentos, etc; 2) diversificação do comércio e sua relação com o transporte ferroviário; 3) separação entre local para o comércio de luxo e para o comércio popular. Acredita-se que estes processos podem ser inferidos para grande parte das cidades brasileiras.

É dentre esses processos que também se nota a particularização do comércio de medicamentos presentes nas inúmeras drogarias e farmácias. As drogarias estão espacialmente distribuídas de acordo com as disposições socioeconômicas. Destacam-se dois tipos de drogarias: as de bairro e as do centro, diferentes tanto em sua estrutura física como na forma que seus funcionários se apresentam e pelos medicamentos comercializados. Os funcionários das drogarias também contribuem nesta diferenciação, sendo escolhidas as drogarias centrais como lugar almejado para o trabalho por serem consideradas mais respeitadas e com maiores possibilidades de ter um melhor salário quando comparadas com as drogarias periféricas, dos bairros. A diferenciação das drogarias de bairros com as centrais não é uma diferenciação que provoca olhares diferentes quando se trata de normas a serem seguidas, observou-se que a distância do centro possibilitava a estas drogarias ganharem uma nova roupagem que não seria permitida em outro lugar, vendendo produtos considerados proibidos no centro, como os relacionados ao gênero alimentício, e com falta de espaço para aplicar injeções. As drogarias da região central de Ribeirão Preto são destacadas pelo seu número elevado de estabelecimentos, pela sua apresentação que destaca as ofertas de descontos nos medicamentos, revelando a competitividade por clientes.

Nas regiões centrais, a quantidade de drogarias é tamanha que se pode notar entre uma esquina e outra várias drogarias, e entre poucos quarteirões a existência de mais de uma drogaria que fica aberta por vinte e quatro horas. Além disso, foi verificado que no centro estavam presentes as grandes redes de drogarias da cidade, estando às vezes duas drogarias concorrentes uma ao lado da outra, ou numa aproximação de cerca de cem metros havendo três lojas da mesma rede, sendo às vezes uma em frente à outra. As drogarias, procurando concorrer e buscar locais de grande fluxo de carros e pessoas, se localizam na região central e nas principais avenidas da cidade, juntamente com bancos, clínicas e laboratórios clínicos particulares, como na avenida 9 de Julho, o que condiz com Calil Júnior (2003), ao notar que os eixos comerciais se expandem pelas redondezas das principais ruas ou avenidas com alta concentração de comércio.

Geralmente, as drogarias nesse local estão marcadas pela presença excessiva de propagandas e de frases que marcam o consumo de medicamentos na atual sociedade como: “longevidade”, “qualidade de vida”, “menor preço”, “cobrimos oferta”, “economize até 70%”, etc. Além disso, algumas drogarias aproveitam a mudança do perfil epidemiológico fazendo propagandas específicas para a população idosa, como a presença de cartazes sugerindo que ali o idoso é bem visto, ficará alegre e terá economia especial quando comprar seus produtos. São nessas drogarias que os transeuntes dizem encontrar todos os seus medicamentos, lugares que buscam aproximação com as pessoas de maior poder econômico. Diferentemente, nos bairros mais pobres, está presente nas drogarias uma pequena variedade de medicamentos, concentrando-se principalmente nos medicamentos de menor custo, mas que dão uma maior margem de lucro (como os similares).

Assim, a cidade possui uma dinâmica histórica ligada ao comércio privado de medicamentos. Pode-se relacionar o deslocamento das drogarias da proximidade com outros serviços de saúde para os locais com alto fluxo de pessoas a uma alta automedicação ou farmacêutica da sociedade. Pode-se notar que o fato de Ribeirão Preto ser considerada desde a sua fundação um pólo de desenvolvimento regional – fato que contribui para o desenvolvimento do comércio no centro – aberto pelos trilhos das

estradas de ferro e interligação com outras cidades por rodovias, fez dessa cidade em si um “carrefour” ou, na tradução da palavra francesa, uma encruzilhada, contribuindo para o desenvolvimento de diversas universidades, de um centro comercial em que consumidores de cidades vizinhas participam do consumo de serviços médicos e de medicamentos.

Segundo Calil Júnior (2003), Ribeirão Preto assumiu e reafirmou o papel de pólo regional em três momentos: em 1920 Ribeirão Preto assumiu o papel de pólo regional com sua produção de café e seu escoamento através da Estrada de Ferro Mogiana; em 1950 a formação de rede rodoviária que ligou o interior paulista e ao Estado de Minas Gerais; e a partir de 1970 a implantação do complexo sucroalcooleiro. A cidade, desde sua fundação, esteve ligada ao processo capitalista e progressista da sociedade européia, pois nas lavouras de café estava presente a população em sua maioria italiana e em minoria pelos nativos, descendentes de escravos e mineiros. Na nova configuração, fruto desse novo suposto desenvolvimento, estão presentes estes e outros (goianos, mineiros, paranaenses, baianos, etc.).

A nova configuração do setor farmacêutico relacionada às drogarias, em constante ligação com a estrutura da cidade, como a concentração comercial do centro ou o sentido de bairro com enfoque de população também consumidora, propicia um processo de distinção de classes sociais. Nesta população, pode-se notar a formação de um mercado constituído de lojas específicas com enfoque propagandista. Podem-se citar os tipos tradicionais de comércios locais como as mercearias, os botecos, os pequenos bares, os lugares de venda de lanches e as chamadas drogarias de bairro. Além disso, foi notado o começo de uma nova configuração, a expansão das grandes redes de supermercados e drogarias para a parte periférica da cidade ou em bairros, como as drogarias localizadas no espaço dos hipermercados e as redes de drogarias, fazendo os pequenos comerciantes localizados nessas regiões da cidade se preocuparem com a concorrência. Foi também notada a presença de drogarias em locais de grande fluxo de pessoas, como na rodoviária da cidade, próxima a posto de gasolina ou casa lotérica, entre outros.

No entanto, também se verificou a formação de uma nova estrutura das drogarias na parte central de Ribeirão Preto e nos bairros com concentração de população aparentemente com maior poder aquisitivo: são as drogarias que se proclamam especializadas em tratamentos de alto custo. Nessas drogarias, foi possível verificar estruturação diferente do atendimento ao cliente, com a permanência de portas fechadas, devendo-se tocar uma campainha para entrar, sendo que o cliente senta em uma cadeira confortável e a/o atendente o recebe. É importante notar que essas drogarias nem sempre se acompanham de assistência farmacêutica apropriada, mas de luxo diferenciado no atendimento como enfoque estratégico para a venda, como disse um dos gerentes. Em outra drogaria, foi observada a existência de uma pequena sala de recepção em que fica à disposição uma televisão de tela plana e alguns sofás confortáveis. Outro fator notado nessas drogarias é a anulação do balcão como divisória entre os produtos e o comprador, o cliente se senta como se tivesse entrado numa espécie de mostruário medicamentoso, e o antigo balconista se transforma em atendente. Os produtos estão também modificados quanto à estratégia comercial e do público selecionado, e apesar de se dizerem mantenedores de um estoque diversificado para todo tipo de patologia, direcionam o atendimento para pacientes em uso de tratamentos onerosos, como os antineoplásicos, e que tratam em clínicas particulares. Outro tipo de drogaria especializada, mas com porte menor do que as anteriores, é o de drogarias com enfoque nos pacientes diabéticos, com uma linha relacionada aos produtos nutricionais específicos e medicamentosos. Elas são pequenas drogarias e se dizem portadoras de atendimento com maior proximidade com os pacientes, podendo, até em horários em que estão fechadas, atender os clientes conhecidos.

Um novo formato de drogaria notado foi o de associação entre hospital privado e drogaria, fazendo em si propaganda para os hospitais a que estão ligadas e aos convênios médicos relacionados a seus serviços prestados, enfatizando o desconto especial em medicamentos prescritos por seus médicos. Este desconto faz com que essas drogarias sejam muitas

vezes “temidas” por outras drogarias. A aparência interna é de uma drogaria comum, mas, diferentemente das drogarias de rede, apresentam poucos produtos para fora do balcão e quase não vendem medicamentos similares, restringindo-se aos de referência e alguns genéricos, o que mostra uma relação intensa entre laboratórios farmacêuticos e prescritores.

Nessas drogarias, nota-se a aparência externa diferente da das grandes redes localizadas no centro, com ausência de propagandas, de folhetos e cartazes. Nas drogarias ditas especializadas pode-se também verificar poucas propagandas de descontos, a negociação sobre o medicamento é realizada de forma especializada, individualizada por seus vendedores.

Como Bourdieu (2007) retrata, sobre a aparência, os gestos e as posturas relacionadas ao *habitus*, modo como a sociedade se mostra, pode-se notar que o vestuário dos funcionários muda de acordo com a drogaria e o meio em que está inserida. Nas drogarias localizadas em setores mais ricos, observa-se um uniforme e uma aparência mais exigida por suas organizações, diferente do que se nota nas drogarias de bairros populares, em que o próprio proprietário geralmente é quem recebe os clientes, quase todos já conhecidos.

Por um lado, a dicotomia entre bairro/centro e sua relação com as drogarias é também reflexo da população que circunvizinha. Por outro lado, podem-se notar pontos relacionados à medicalização como um todo, porém não se podem esquecer as particularidades de cada bairro. Dentre os pontos considerados que abrangem toda a cidade, pode-se notar relativa concentração de serviços médicos e a sua popularização, como os cursos desenvolvidos pelo campus da Universidade de São Paulo (USP) em Ribeirão Preto, considerado centro de pesquisa e referência na área médica com grande impacto sobre os meios de comunicação, desde os científicos aos populares como a televisão, revistas revelando serviços e produtos da medicina (descobertas, pesquisas e publicidade através de artigos científicos, jornais impressos, programas de televisão e revista) e de outras diversas faculdades: medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição, farmácia, odontologia, física médica, terapia ocupacional, entre outros cursos. Nessa perspectiva, podem-se notar, através de Ribeirão Preto-SP, outras cidades brasileiras que adotam semelhantes trajetórias, unindo desenvolvimento técnico-científico voltado para a produção de capital, evitando refletir sobre suas conseqüências tanto no meio social quanto ambiental.

É bom lembrar que o campus da USP é ocorrido de um desmembramento de uma fazenda de café e que o ponto primordial foi a sua transformação em 1934 em Escola Prática de Agricultura e a criação da cidade universitária, mas que preserva o velho, a tradição do trabalho e os novos prédios como o do Hospital das Clínicas, fruto de molde fáustico (as tecnologias e o progresso científico suplantam o ser humano) (SIBILIA, 2003). De acordo com Calil Júnior (2003), a polarização da cidade é também conseqüência deste campus e do surgimento de três “shopping-center” e hipermercados. De acordo com este autor, programa como o pró-álcool contribuiu para o desenvolvimento desse comércio e aumento da população. E a mecanização da colheita de cana de açúcar contribuiu para o desemprego na cidade e queda do crescimento populacional depois de 1990 e para a população tornar-se quase em sua totalidade urbana (99,6%), sendo que, do total da população economicamente ativa, apenas 3% trabalhavam na agricultura, enquanto 83,1% no comércio e serviços e 13,9% na indústria.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O modelo biomédico não somente colaborou para a reformulação da construção do espaço urbano através da higienização, mas contribui constantemente para reestruturar as cidades, com a indução de um estilo de vida, favorecendo o consumo de determinados produtos, como os medicamentos industrializados. Desse modo, os bairros centram em torno do acesso aos medicamentos. Além disso, os próprios bairros favorecem na construção dos estoques de medicamentos das farmácias e drogarias. Isso foi notado através do percurso sócio-histórico da cidade de Ribeirão Preto-SP. As farmácias e drogarias perdem sua

focalização no cuidar da saúde e no tratamento de doenças para se transformar em estratégia de formação de mercado consumidor com o intuito de produzir maiores volumes de venda independente dos serviços de saúde. A associação de drogarias com estabelecimentos comerciais e a sua localização em suas proximidades ou internamente a estes revela a mercantilização da saúde, do corpo humano. Nesse sentido, pode-se dizer que ocorre a farmacêuticalização da sociedade, o consumo além dos serviços de saúde, voltados para o mercado consumidor.

## AGRADECIMENTOS

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil) e ao Departamento Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo pelo apoio ao desenvolvimento desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, J. A. C. Estratégia mercadológica da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.14, n. 5, pp. 377-386, out. 1983.
- BOLTANSKI, L. **As Classes sociais e o corpo**. Tradução de R. A. Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BOURDIEU, P. **A Distinção: crítica social do julgamento**. Tradução de D. Kern e G. J. F. Teixeira. São Paulo: Edusp/ Porto Alegre: Zouk, 2007.
- BRASIL. Lei n.º 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a lei n.º 6360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 fev. 1999. Seção 1, 4 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CALIL JÚNIOR, O. **O centro de Ribeirão Preto: os processos de expansão e setorialização**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Paulo: 2003, 209 p.
- DUPUY, J.; KARSENTY, S. **A invasão farmacêutica**. Tradução de C. R. Oliveira. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- ELIAS, D. **Globalização e Agricultura: a região de Ribeirão Preto – SP**. São Paulo: Edusp, 2003.
- FAINZANG, S. Les médicaments dans l'espace privé: festion individuelle ou collective. **Anthropologie et sociétés**, Québec, v. 27, n.2, pp. 139-154, sept. 2003.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- \_\_\_\_\_. **O Nascimento da clínica**. Tradução de R. Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- GIOVANNI, G. **A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo**. São Paulo: Livraria e Editora Polis, 1980.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4 ed. Tradução de J. K. Cavalcanti. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. Tradução de V. L. Siqueira. 3. ed. São Paulo: Martins fontes, 2004.
- LEFÈVRE, F. **Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem**. São Paulo: Edusp, 1999.

- LOYOLA, A. M. **Médicos e Curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: DIFEL, 1984.
- OLIVEIRA, E. R. de. Representações sociais sobre doenças: os magos da ciência e os cientistas da magia. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. de (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal**: questões e perspectivas. Bauru, SP: EDUSC/ São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998. pp. 43-85.
- PIGNARRE, P. **O que é medicamento?**: um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. Tradução de P. Neves. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- POURCHET-CAMPOS, M. A. **Perfil do ensino farmacêutico no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, 1966.
- QUEIROZ, M. S. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. de S. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. pp. 153-166.
- SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico**: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.
- SOARES, J. C. R. de S. Abordagens sócio-antropológicas na compreensão do uso dos medicamentos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, pp. 5-12, 1997.
- TESSER, C. D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, pp. 465-484, 2007.
- VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D. R; HASSEN, M. de N. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- VAND DER GEEST, S; WHYTE, S. R; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annual Review of Anthropology**, v. 25, pp. 153-158, oct. 1996.
- VAN DER GEEST, S; WHYTE, S. R. Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments. **Anthropologie et sociétés**, Québec, v. 27, n.2, pp. 97-117, sept. 2003.