



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO MEDICAMENTO POR  
FARMACÊUTICOS**

**ROSEMARY SOUSA CUNHA LIMA**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2001**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA**



**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO MEDICAMENTO POR  
FARMACÊUTICOS**

**Autora: ROSEMARY SOUSA CUNHA LIMA**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Carmo Eulálio Brasileiro  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> M.S. Magnólia de Lima Sousa Targino**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2001**

LIMA, ROSEMARY SOUSA CUNHA

L732r Representações Sociais do Medicamento por Farmacêuticos/  
Rosemary Sousa Cunha Lima \_ Campina Grande: UEPB, 2001  
138p.

Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva)  
Universidade Estadual da Paraíba.

1 - Psicologia Social 2 - Medicamentos 3 - Farmacêutico  
I - Título

21 ed. CDD 301.1

**ROSEMARY SOUSA CUNHA LIMA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO MEDICAMENTO POR FARMACÊUTICOS**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> do Carmo Eulálio Brasileiro (Presidente - Orientadora)**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aliana Fernandes Guimarães (2<sup>o</sup> Membro)**

---

**Prof. Dr. Luís Fernando Rangel Tura (3<sup>o</sup> Membro)**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Nervo Raffin (4<sup>o</sup> Membro)**

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**CAMPINA GRANDE - PB  
2001**

**ROSEMARY SOUSA CUNHA LIMA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO MEDICAMENTO POR FARMACÊUTICOS**

Dissertação apresentada em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde, Sociedade e Representações Sociais, elaborada após integralização curricular do Programa Interdisciplinar em Saúde Coletiva, promovido pela Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio Brasileiro e Co-orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> MS Magnólia de Lima Sousa Targino.

CAMPINA GRANDE - PB  
2001

## RESUMO

Há muito tempo, a Saúde Pública se ressentia de uma efetiva atuação do especialista em medicamentos: o farmacêutico. A industrialização, advinda da própria evolução histórica, proporcionou uma grande mudança na vida desse profissional, direcionando-a para eixos marginais da profissão, como as análises clínicas. Com o objetivo de analisar as Representações Sociais do medicamento, realizou-se uma pesquisa com farmacêuticos inscritos no Conselho Regional de Farmácia da Paraíba, seccional Campina Grande, que detinham responsabilidade técnica por farmácias e/ou drogarias na época da coleta dos dados (abril a agosto de 2000). A amostra foi composta por sessenta farmacêuticos, dos quais 56,6% eram graduados há mais de dez anos; 81,7% do sexo feminino; 65% casados e 53,4% possuíam idade superior a trinta e cinco anos. Utilizou-se o questionário misto, a associação de palavras e a entrevista semi-estruturada para a efetivação da triangulação metodológica, como uma forma de aprofundamento da análise das Representações Sociais. Os resultados foram analisados em percentis, frequência e ordem média de evocação e as entrevistas segundo a análise temática de conteúdo. O Teste de Associação de Palavras evidenciou as palavras *saúde*, *cura* e *doença* como pertencentes ao Núcleo Central; e *farmácia*, *tratamento*, *cuidados*, *necessidade*, *pesquisa*, *alívio* e *problemas sociais* no Sistema Periférico das Representações Sociais. *O medicamento*, *a atuação do farmacêutico*, *a propaganda de medicamentos* e *o genérico* foram evocados, simultaneamente, em seus aspectos positivos e negativos, na entrevista. Dentre as categorias apontadas, a conduta do farmacêutico pareceu orientada pelo fato desse profissional ter perdido o poder de oferecer fórmulas “milagrosas” que provocariam a cura ao paciente. Assim, alienados do “fazer”, os profissionais sentem-se distantes de seu objeto de trabalho, mergulham numa crise existencial que guia suas atitudes, resultando na falta de atuação.

## ABSTRACT

Public Health Care Service has lacked of an effective action of the medicine specialists, the Pharmacist, for a long time. The industrialization, as a result of natural historical evolution, caused a great change in the Pharmacist's professional life directing his job to its marginal poles, such as the clinical analysis. Aiming at analysing the Social Medicine Representations, it was developed a research with Pharmacists registered by Paraíba Pharmacy Council, situated in Campina Grande, who were responsible for pharmacies or drugstores, during the data collecting period (April/00 to August/00). The sample was composed for 60 (sixty) Pharmacists: 56,6% of them had finished graduation for more than 10 years ago; 81,7% were female; 65% were married and 53,4% of the people were above 35 years old. It was used the mixed questionnaire, word association and semi-structured interview to make the methodological triangulation in order to deepen the Social Representation Analysis. The results were analyzed in percentage, frequency and average order of evocation and the interviews were analyzed using thematic content analysis. The words association test evidenced the words *health*, *cure* and *disease* as pertaining to the Central Nucleus and *pharmacy*, *treatment*, *cares*, *needs*, *research*, *relief* and *social problems* as pertaining to the peripheral system of Social Representations. The *medicines*, the *pharmacist actuation*, the *medicine propaganda* and the *genericals* were been evoked simultaneously in positives and negatives aspects, in the interviews. Beside the categories described above, the Pharmacist's behaviour seemed to be guided by his disappointment of not being able to offer "miraculous" healing formulas anymore. Thus, prevented from doing medicines, these professionals feel far from the real object of their work coming to an existential crisis that conducts their attitudes and results in a deficient actuation.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por tudo que me proporcionaram.

*Antônio de Carvalho Souza* (in memoriam),  
em vida, incentivo, fonte de amor, carinho e dedicação à família. Doravante, símbolo de honradez, fé e exemplo de vida.

*Maria da Guia Lima Sousa* pela força, amizade, apoio e compreensão em todas as horas.

Ao meu esposo:

*Marcel de Figueirêdo Cunha Lima*  
que me possibilitou a constituição de uma nova família a quem transmitirei ideais.

Aos meus filhos:

*Nicole*, minha pequena grande companheira, e  
*Aloysio*, renovação para nossas vidas.



## AGRADECIMENTOS

A superação de tantos obstáculos, para a elaboração e conclusão deste trabalho, só foi possível com a ajuda de tantos, que a possibilitaram.

Com carinho especial:

- À minha orientadora, Professora Doutora Maria do Carmo Eulálio Brasileiro, pela cuidadosa orientação, incentivo e apoio em todas as etapas deste trabalho.
- À minha co-orientadora e irmã, Professora Magnólia de Lima Sousa Targino, pela contribuição e orientação em tantas horas.
- À Professora Suerde Miranda, pelas relevantes contribuições.
- Ao Professor Doutor Luiz Fernando Rangel Tura, pelas brilhantes sugestões a este trabalho.
- À Prof<sup>a</sup> Dra. Fernanda Nervo Raffin e à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Aliana Fernandes, pela maneira cordial e disponível em aceitarem o convite de participar da banca examinadora e pelas contribuições propostas.
- Aos Professores Juarez, Josemar e Berenice pelo suporte na parte estatística.
- Ao Prof. Cleanto Brasileiro pela colaboração e disponibilidade na revisão do trabalho.
- À Professora Da Paz pela revisão lingüística e semântica.
- Ao Prof. Dr. Flávio Romero, pelo empenho na concretização da implantação deste curso e pela orientação na parte metodológica.

- Ao Dr. Paulo Roberto Galdino Cavalcanti, Secretário de Saúde do Município de Campina Grande, pela maneira cordial e imediata como acolheu e apoiou a execução desse projeto.
- Aos meus irmãos, Marcos e Ricardo, pelo suporte na parte informática e de língua estrangeira.
- Ao Conselho Regional de Farmácia da Paraíba e aos profissionais entrevistados, que me forneceram o material necessário para a elaboração desta dissertação.
- Aos professores do Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva.
- À Prof<sup>a</sup> Cidinha, pela orientação no início do mestrado.
- Aos colegas do curso de Saúde Coletiva e aos do grupo de Representações Sociais pelo companheirismo e amizade.
- Ao colega Josimar, pela orientação na parte de informática.
- À colega Sayonara, pelo incentivo no início do curso.
- Aos funcionários do curso de mestrado, pela dedicação.
- A todos que colaboraram direta ou indiretamente na conclusão deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS PESSOAIS

- A Deus, princípio, meio e fim de tudo.
- À Nossa Senhora, mãe de Jesus, pelas constantes interseções.
- Aos meus irmãos Marcos, Ana Lúcia, Alexandre, Magnólia e Ricardo pelo aconchego fraterno em que estive inserida ao longo de todos esses anos;
- Aos meus cunhados e cunhadas Ilka, Marcus, Valéria e Harrison, por complementarem nossa família;
- À minha segunda mãe, em vida, D. Betinha e ao meu sogro Sr. Aloysio (in memoriam); a Bertrand, Lúcia, René e Arlene pelo acolhimento que me foi proporcionado em uma nova família;
- Aos meus sobrinhos Christiano, Pablo, Filipe, André, Antônio Neto, Ana Maria Harrison Júnior, Hugo, Ana Beatriz; Larissa, Liz, Rebeca e a quem mais chegar.

## **SUMÁRIO**

<b>LISTA DE QUADROS E TABELAS.....</b>	<b>13</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....</b>	<b>15</b>
<b>I – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>II – MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 1 – PERCURSO HISTÓRICO DO MEDICAMENTO.....</b>	<b>22</b>
1.1. Como Surgiu o Medicamento.....	23
1.2. Desenvolvimento Histórico das Ciências da Saúde e da Farmácia.....	25
1.3. A Crise da Razão na Profissão Farmacêutica .....	30
<b>CAPÍTULO 2 – O FARMACÊUTICO E A SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>32</b>
2.1. Compromissos do Ensino Farmacêutico .....	33
2.2. Papel do Farmacêutico na Saúde Pública .....	35
<b>CAPÍTULO 3 – O COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL .....</b>	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO 4 – TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....</b>	<b>45</b>
4.1. Aspectos Históricos .....	47
4.2. Aspectos Conceituais.....	50
4.3. O Campo de Fenômenos das Representações Sociais.....	53
4.4. A Teoria das Representações Sociais.....	57
4.5. A Teoria do Núcleo Central .....	61
4.6. Trajetória das Representações Sociais.....	63
<b>III – METODOLOGIA .....</b>	<b>67</b>
III.1 – Métodos de Procedimento .....	68
III.2 – Sujeitos .....	69
III.3 – Instrumentos .....	70
III.4 – Delimitação da Pesquisa.....	71
III.5 – Procedimentos.....	72
<b>IV – RESULTADOS .....</b>	<b>76</b>
<b>V – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>95</b>
V.1. Dados Sócio-demográficos .....	96
V.2. Determinação do Núcleo Central da Representação Social .....	102
V.3. As Entrevistas e suas Categorias .....	106
V.3.1. <i>Medicamento Representa</i> .....	106
V.3.2. <i>Atuação do Farmacêutico</i> .....	113
V.3.3. <i>Propaganda de Medicamento</i> .....	116
V.3.4. <i>Genérico</i> .....	119
<b>VI – CONCLUSÕES .....</b>	<b>121</b>
<b>VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>124</b>
<b>VIII – ANEXOS .....</b>	<b>142</b>

# **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

<b>Quadro 1 -</b>	Parâmetros Sócio-demográficos de Sessenta Farmacêuticos Responsáveis Técnicos por Farmácias na Cidade de Campina Grande.	<b>77</b>
<b>Quadro 2 -</b>	Dados de Formação Acadêmica dos Sessenta Farmacêuticos Participantes da Pesquisa em Campina Grande.	<b>78</b>
<b>Quadro 3 -</b>	Faixa Salarial e Número de Horas Dedicadas à Farmácia, Declarados por Sessenta Farmacêuticos da Cidade de Campina Grande.	<b>79</b>
<b>Quadro 4 -</b>	Atuação e Satisfação Profissional dos Técnicos Responsáveis por Farmácias Entrevistados em Campina Grande, PB.	<b>82</b>
<b>Quadro 5 -</b>	Associação da Palavra Medicamento por Ordem de Evocação de Sessenta Responsáveis Técnicos por Farmácias em Campina Grande, PB.	<b>85</b>
<b>Tabela 1 -</b>	Resultado do Teste de Refutação de Palavras dos Constituintes do Núcleo Central da Representação Social de Medicamentos para Sessenta Responsáveis Técnicos da Cidade de Campina Grande, PB.	<b>89</b>
<b>Quadro 6 -</b>	Panorama Geral das Evocações sobre Medicamento em Quarenta Entrevistas Semi-estruturadas com Responsáveis Técnicos por Farmácias na Cidade de Campina Grande, PB.	<b>90</b>
<b>Quadro 7 -</b>	Representações da Categoria <i>Medicamento representa...</i> Apresentada em Aspectos Positivos e Negativos de 40 Responsáveis Técnicos por Farmácias da Cidade de Campina Grande.	<b>91</b>
<b>Quadro 8 -</b>	Evocações da Amostra Estudada sobre a <i>Atuação do Farmacêutico.</i>	<b>92</b>
<b>Quadro 9 -</b>	Aspectos Positivos e Negativos Evocados sobre a <i>Propaganda de Medicamentos</i> por Quarenta Responsáveis Técnicos por Farmácias da Cidade de Campina Grande.	<b>93</b>
<b>Quadro 10 -</b>	O Medicamento <i>Genérico</i> e Suas Implicações pela Amostra Estudada.	<b>94</b>

# **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**



<b>Esquema</b>	Identificação dos Possíveis Elementos dos Núcleo Central das	
<b>Figurativo 1</b>	Representações Acerca da Palavra Medicamento por Responsáveis Técnicos por Farmácias em Campina Grande, PB.	<b>87</b>
<b>Figura 1 -</b>	Esquema da Representação Social do Medicamento por Sessenta Farmacêuticos da Cidade de Campina Grande, PB.	<b>103</b>
<b>Gráfico 1 -</b>	Núcleo Central das Representações Sociais da Palavra Medicamento da Amostra em Estudo	<b>anexo 4 147</b>
<b>Gráfico 2 -</b>	Frequência de Evocações X Frequência de Importância da Representação Social da Palavra Medicamento.	<b>anexo 5 148</b>

# **I - INTRODUÇÃO**

A Saúde Pública, há muito, se ressentida de uma efetiva atuação do especialista em medicamentos: o farmacêutico. De profissional prestigiado, por ser detentor de conhecimentos essenciais para o bom desempenho da evolução do tratamento médico, a técnico em outras áreas dos serviços de saúde, esta classe, atualmente, no Brasil, parece estar distante do objeto que lhe origina o campo de trabalho: o medicamento.

O desencadear da situação atual teve início com a Revolução Industrial. O medicamento passa a ser produzido nas indústrias, retirando da farmácia o privilégio de produzir "fórmulas milagrosas" que têm o poder de restabelecer a saúde. O profissional se distancia, pouco a pouco, do saber-fazer, alienando-se do que efetivamente caracteriza a profissão.

Estaria este sujeito (o farmacêutico) identificado com o objeto (medicamento) que caracteriza sua profissão?

A situação da profissão farmacêutica na maioria das cidades brasileiras de hoje, parece responder negativamente à essa pergunta, independentemente dos fatores históricos que a originaram. No entanto, na literatura pesquisada não há trabalhos referentes a esse fato.

Sendo assim, como forma de obter conhecimentos específicos relacionados à questão, objetivou-se analisar a Representação Social do Medicamento por farmacêuticos da cidade de Campina Grande. A Teoria das Representações Sociais foi utilizada enquanto referencial teórico pertinente e capaz de atingir ao objetivo proposto, além de ser a

interdisciplinaridade "uma palavra de ordem privilegiada no campo das Representações Sociais" (Sá, 1998b), considerando também que as Representações Sociais são articuladas pela interdisciplinaridade e, ao mesmo tempo, articuladoras de uma interdisciplinaridade que permite aos estudiosos uma maior aproximação ao seu objeto de estudo (Arruda, 1998).

O percurso histórico do medicamento é relatado com vistas a situar o leitor no panorama em que se encontra a profissão hoje.

A seguir, são abordadas considerações a respeito da Atuação do Farmacêutico frente à Saúde Pública, enfatizando os compromissos do ensino farmacêutico e a situação do comércio de medicamentos no Brasil nos dias de hoje.

A Teoria das Representações Sociais é explicitada de maneira a trazer informações ao leitor, notadamente da área de saúde, no que diz respeito a elementos de sustentação deste campo do saber.

Detectou-se que a teoria, utilizada inicialmente no campo da psicossociologia, vem se expandindo, sendo paulatinamente estudada em outros campos do conhecimento, tais como nas áreas: da educação, da enfermagem, da odontologia e outras. Contudo, não foram encontrados trabalhos na área de farmácia, realizados à luz das Representações Sociais, talvez pelo fato daquela ciência ainda ter como aliadas de primeira grandeza, a técnica e a experimentação.

De maneira objetiva, os capítulos subsequentes seguem o itinerário de um trabalho de pesquisa científica: metodologia; resultados; análise e discussões; conclusões e referências bibliográficas. A metodologia proposta tem como base os multimétodos: o questionário misto, a entrevista semi-estruturada e a associação de palavras, fundamentando a triangulação metodológica, que visa a combinação de diferentes

perspectivas na pesquisa, e na possibilidade de focalizar diferentes aspectos do problema em estudo.

Cada instrumento alcançou seu objetivo na medida em que, através do questionário, foi possível delinear o perfil da amostra em muitos de seus aspectos bio-psicossociais. A técnica da associação de palavras explicitou os elementos que compõem o Núcleo Central da representação, por meio da determinação do Sistema Central e do Sistema Periférico. As entrevistas vieram aprofundar e esclarecer aspectos que ainda pareciam obscuros.

Chegou-se à conclusão de que o núcleo da representação está enraizado no universo consensual, trazendo os elementos saúde, doença e cura como principais significados para a representação do medicamento, ainda que detenham todo seu potencial significativo. Carrara (1994, p.38) atribui a Herzlich a afirmação de que "a medicina se origina do social e produz o social"; podendo-se estender essa noção para a farmácia enquanto Ciência da Saúde.

A principal diferença entre as Representações Sociais encontradas em trabalhos que estudaram a saúde e a doença no universo consensual e o que foi detectado, neste trabalho, no universo reificado, é que neste último as idéias que remetem a rituais de fé, do sobrenatural, das religiões são afastadas. Uma das explicações para isso é que o universo reificado, por ter absorvido as concepções da medicina oficial envolve "as áreas mais fáceis dentro de sua perspectiva, mas também menos fecundas, da doença mental ou dos fenômenos de medicalização" (Herzlich citado por Carrara, 1994, p.38).

Por fim, concorda-se com Abric (1998, p.28) na afirmação de que "a representação é um guia para a ação, ela orienta as ações e as relações sociais". Essa teoria foi aplicada, neste trabalho, posto que o farmacêutico não exerce seu papel, a despeito das

questões financeiras, sobretudo por ter sido excluído do processo do "fazer" o medicamento. Com essa exclusão, ele perdeu o poder de oferecer "fórmulas mágicas" que proporcionariam a cura e que lhe conferia uma posição de prestígio e destaque na sociedade.

**CAPÍTULO 1 - PERCURSO  
HISTÓRICO DO MEDICAMENTO**

### 1.1. Como Surgiu o Medicamento

Em 1995, Sonnedecker enfatizou que, de uma ou outra forma, a farmácia é inseparável da história da humanidade, porque satisfaz uma necessidade básica desta. Foi, então, o próprio instinto de sobrevivência que motivou a utilização de medicamentos, a partir de vegetais, animais e minerais como elementos de cura e alívio. Nos tempos remotos, o fator espiritual metafísico, que envolvia tanto a doença como a cura, fazia com que o adoecer fosse ou um sinal de descontentamento dos deuses ou o sinal de possessão por espíritos malignos (Ansel, 2000). Deste modo, o tratamento das doenças passa, necessariamente, pelo uso de encantamento, magia, realização de sacrifícios, rituais e oferendas associados ao uso de ervas e outros materiais (Neves,1994).

Le Goff et al.(1995) comentam que cerca de 20 mil anos a.C., através de figura desenhada nas Cavernas de Cro-Magnon, na França, já se tinha notícia comprovada da existência de feiticeiros. Ao que tudo indica, desde a mais remota Antigüidade até o bloco mais futurista, as atitudes, face às doenças, em nada se alteraram. O famoso médico canadense William Osler (apud Le Goff et al. 1995) afirmou, no início do século, que a principal diferença entre os homens e os animais é o desejo dos primeiros de serem medicados. Essa afirmativa expressa a importância das drogas, seus mistérios e rituais para



a humanidade. O Papiro de Ebers, escrito egípcio, datado do século XVI a.C. (Le Goff et al., 1995) é considerado o documento escrito mais antigo e conhecido. Ele trata de evidências e práticas do uso de drogas e formas de administração, sendo utilizadas até hoje.

Em todas as culturas, o desenvolvimento da medicina empírica ocorreu a partir da necessidade de se combater o mal físico com os meios disponíveis, sejam eles a ardente pesquisa do saber científico e de uma prática médica que não pára de alcançar grandes vitórias nos nossos dias, ou a crença inveterada na eficácia da magia, orações ou ervas e nos mágicos, bruxas, milagreiros, curandeiros de toda espécie. A medicina empírica se desenvolveu na Mesopotâmia, desde o início da escrita, através de seu especialista, ou de seu técnico: o médico em acadiano, *asú*, palavra cujo sentido é ainda ignorado. Os *asú* serviam-se, antes de mais nada, de *boltu* = remédios ou "o que dá vida", extraídos de todos os elementos da natureza, mas, principalmente, de plantas (Le Goff et al., 1995).

As doenças eram vistas, aos olhos dos habitantes da Mesopotâmia, como manifestações de um parasita onipresente denominado “mal do sofrimento”, traduzido como tudo o que impediria o nosso desejo de felicidade. A busca de uma resposta para os males do corpo ocorria em paralelo aos males do espírito, do coração, das dores, das mágoas, das privações e das desgraças que atravessam nossas vidas. Sabe-se que cada civilização, a cada época, tem sua dose de racional e de irracional, demonstrada visivelmente na luta contra a doença, que nem sempre é contrariante (Le Goff et al., 1995).

Na Antigüidade, ocorreu na região mesopotâmica, o desenvolvimento de diversos gêneros da medicina, ficando constatado, em vários documentos, duas correntes bastante diferentes: uma medicina de médicos e uma medicina de “magos”. Ouve-se falar em “médicos de olhos”, e até de mulheres que praticavam a medicina. Utilizavam, antes de mais nada, remédios extraídos dos elementos da natureza, principalmente das plantas, sob a

forma fresca ou seca, em diversas formas farmacêuticas preparadas por eles mesmos, já que não existiam boticários. Intermináveis catálogos sobre as drogas, sua identificação, e referências a seu uso, foram elaborados nessa época (Le Goff et al., 1995). Sonnedecker (1995) destaca que dentro de toda a produção intelectual dos gregos, a medicina não poderia ser uma exceção.

Destaca-se a influência da civilização árabe que, em um primeiro momento se infiltrou na Mesopotâmia, Síria, Palestina e Egito, transmitindo-lhes valores relacionados a religião, língua e traços culturais. Desse modo, também na área de saúde ocorreu mais tarde, durante os chamados "anos negros" na Europa, a divulgação de conhecimentos da cultura árabe em todos os aspectos, inclusive perdurando até o Renascimento na Europa, entre os séculos VII e XIII. Na área da farmácia, a cultura árabe era bastante desenvolvida; a matéria médica arábica era rica e composta de novas drogas que foram divulgadas por todos os países que foram dominados por esse povo. A química tornou-se uma ciência avançada, e muito auxiliou no desenvolvimento da farmácia. (Abouleish, 2001)

## 1.2. Desenvolvimento Histórico das Ciências da Saúde, Especialmente da Farmácia.

Historicamente, os profissionais da saúde estiveram ligados ao saber totalizado, desde a Antigüidade. Vários autores, a exemplo de Neves (1994), Sonnedecker (1995), Aiache et al. (1998) e Ansel (2000), creditam a Hipócrates (460-377A.C.) o nascimento da farmácia e da medicina. Sua obra sistematizou todo o conhecimento da época sobre o exercício da medicina e sobre o uso de medicamentos e mesmo não sendo,

ainda, considerada ciência, a medicina hipocrática definiu um plano ético que continua sendo aceito como padrão para a ética médica.

A medicina romana era muito semelhante a dos gregos; no entanto, os gregos tinham muita fé na intervenção dos deuses em suas doenças e utilizavam os remédios e as práticas rituais tradicionais. Os romanos conheciam muitos remédios extraídos das plantas e prestavam especial atenção à higiene (Fernandes, 1996). O médico grego Claudius Galeno (~130-200 d.C.) conseguiu, através de seu trabalho, atingir o estado de cidadão romano. Além de ser um estudioso em fisiologia, patologia e tratamento das doenças, também escrevia sobre lógica, filosofia e história natural. Fundou a Farmácia Galênica, especialidade farmacêutica caracterizada pela mistura de diversos componentes, quando enumerou fórmulas compostas e seus respectivos métodos de manipulação, organizando dados que vieram recuperar o crédito da medicina da época. Os escritos de Galeno, depois de sua morte, passaram a ser estudados e estruturados para servirem de base aos estudos das escolas de medicina (Durgin, 1978; Guillén, 1993).

Na Idade Média, período da história européia, compreendido aproximadamente entre o século V (queda do império Romano) e o século XV (época da afirmação do capitalismo e grandes descobrimentos) a farmácia e a medicina, juntamente com a maioria dos outros ramos da conhecimento, estiveram restritas aos Mosteiros, devido à pressão da barbarização cultural e da fragmentação política, aonde foram preservados através dos anos. Desse modo, a religião teve uma grande influência na medicina, concebendo que as enfermidades eram um castigo de Deus, e que para se alcançar a cura deveria-se rezar aos santos (Fernandes, 1996).

Com o advento das universidades na segunda metade da Idade Média, o conhecimento retorna à prática de toda a sociedade e não somente do clero

(Sonnedecker,1995). O alquimista confesso Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), autodenominado Paracelso, revolucionou a medicina e a farmácia medievais. Direcionou a farmácia para a química, principalmente utilizando minerais em suas preparações. Negou alguns conceitos de Hipócrates e Galeno, e por isso foi muito incompreendido em sua época (Ansel, 2000).

Em Portugal, berço da medicina oficial brasileira, a existência de uma autoridade médica, integrada no dispositivo político-administrativo da monarquia, tem sua origem no cargo de Cirurgião-mor dos exércitos, a partir de 1260, com a finalidade de fiscalizar o exercício das artes médicas e cirúrgicas. Em 1430, o Rei exige que todos os que praticam a medicina sejam examinados e aprovados pelo seu médico, também denominado físico, para que recebam a carta para o exercício da arte, sem a qual serão presos e perderão seus bens (Machado et al., 1978). A partir de 1521, os médicos e cirurgiões são separados dos físicos e dos boticários, gradualmente, à medida em que se estabelece uma hierarquia de importância entre as profissões.

Este tipo de poder médico é transplantado para o Brasil, intocado até o início do século XIX. As funções de juízes comissários, de Físico e Cirurgiões-mor para o reino e seus domínios, são criadas, sendo cargos vitalícios e de grande cobiça (Machado et al., 1978). Santos Filho (1991, p.11) subdivide essa primeira fase da medicina brasileira em cinco itens, a saber: medicina indígena, medicina jesuítica, medicina africana ou negra, medicina brasílio-holandesa e medicina ibérica. Destaca a importância da medicina ibérica, ministrada em hospitais e escolas luso-espanholas, "sendo a medicina, por assim dizer oficial, e também a popularizada na maior parte dos séculos da formação, povoamento e colonização."

Uma preocupação com a fiscalização das profissões é registrada em

Portugal, à medida que os físicos constataam que os cirurgiões exercem a medicina, e os boticários receitam por conta própria, até que, em 1742, o Rei ordena que os delegados do físico-mor, no Brasil, sejam formados pela Universidade de Coimbra. Em 1744, um regimento é elaborado para possibilitar a fiscalização das artes médicas e farmacêuticas e aos cuidados com os remédios (Santos Filho, 1991). A dicotomização formal da farmácia e da medicina vem como consequência do grande número de drogas e da complexidade das fórmulas a serem preparadas. Alguns autores citam, como marco para a oficialização da profissão farmacêutica, o decreto do imperador germânico Frederick II (1740-1786), que determina aos farmacêuticos o preparo de drogas confiáveis, de qualidade, conforme os cânones da arte (Ansel, 2000). Sonnedecker (1995) destaca a importância da influência árabe na farmácia que, com seu refinamento e diversidade de preparados, intensificou a necessidade do surgimento de um profissional do medicamento.

Santos Filho (1991) relata que, após a Independência do Brasil, uma pronunciada *lusofobia* afastou os estudantes brasileiros da Universidade de Coimbra, instalando-se a era da influência francesa na medicina nacional, que perdurou até o início do século XX. Em 1759, foi feito um levantamento estatístico de dois séculos de atividade dos padres de Santo Inácio, voltados à saúde da população. Constataram-se 45 nomes na lista dos irmãos boticários que administravam a botica, manipulavam as drogas e coadjuvavam os enfermeiros na assistência aos doentes. A botica passa a ser o local de trabalho e pesquisas do farmacêutico, com conhecimentos influenciados pela alquimia e pela filosofia aristotélica dos quatro elementos (água, ar, fogo e terra). Daí resultam vários nomes e diversas formas farmacêuticas e substâncias em uso, além dos instrumentos do trabalho farmacêutico (Albarracín, 1993).

Entre os séculos XVIII e XIX, os conhecimentos científicos foram ampliados, e a farmácia vai aos poucos incorporando-os. As pesquisas eram feitas na própria botica e importantes experiências, como desenvolvimento de métodos para isolamento e purificação de substâncias, datam desse período. O sucesso de algumas fórmulas da época foi tamanho que a grande procura forçou a produção, em escala cada vez maior, nas próprias boticas. Surgiram empresas, que originaram grandes indústrias farmacêuticas na atualidade (Neves,1994).

Nos primeiros anos do século XX, apesar de terem sido intensos o crescimento e o desenvolvimento da indústria farmacêutica, a terapêutica era ainda baseada na botânica, sendo que a maioria dos produtos eram preparados artesanalmente nas farmácias. No final da década de 1950, os cientistas começaram a suspeitar da interferência de fatores psicológicos na eficiência dos medicamentos empregados por feiticeiros e curandeiros. Concluiu-se que parte do êxito destes tratamentos era devido a fatores psicológicos e outros fatores inespecíficos, que foram denominados efeito placebo, que pode ser responsabilizado por muitos dos benefícios com o uso de remédios (Neves, 1994).

Em meados de 1960, observou-se a fase áurea da evolução científica pura da farmacologia, com a descoberta e comercialização de inúmeros novos fármacos. Durante a fase pós-guerra, a indústria farmacêutica está capitalizada, e a multiplicação da produção permite o barateamento dos custos. Além disso, a qualidade e eficácia de produtos não podem ser comparáveis a dos produtos da manipulação. A química se desenvolve enormemente. Fleming descobre a penicilina e sua atividade antibiótica; muitos outros fármacos se consolidam e há grandes investimentos na indústria farmacêutica (Neves,1994).

### 1.3 A Crise da Razão na Profissão Farmacêutica.

A fase áurea da profissão farmacêutica está descrita em diversos trabalhos. Queiroz (1994) relatando a experiência de Paulínea, pequena cidade do interior de São Paulo, considera que, por muito tempo, o farmacêutico foi o único agente que intermediava o conhecimento científico-oficial com os problemas de saúde da população, uma vez que a presença de médicos era rara e esporádica na cidade. Acrescenta que, até recentemente, os médicos vinham à cidade, faziam as consultas e deixavam-lhe recomendações para que acompanhassem os casos. Esse profissional era, então, detentor de grande prestígio na sociedade.

Com o desenvolvimento da indústria e a interiorização dos serviços médicos, a situação começa a mudar. Na farmácia, a busca pelos serviços de manipulação decresce, de modo que de um profissional ligado diretamente ao fazer e detentor do conhecimento total deste fazer, o farmacêutico passa a ser um mero elo na cadeia de consumo de um produto, para ele, difícil de reproduzir. Grande parte dos profissionais não domina os processos de manufatura, tornando-se meros intermediários do processo de compra e venda de medicamentos. O espaço do farmacêutico é ocupado por grandes equipes de pesquisas financiadas por empresas, muitas das quais, multinacionais (Neves, 1994).

No Brasil e em toda a América Latina, ocorre um movimento de abandono da farmácia como eixo profissional, havendo um deslocamento dos profissionais para setores marginais da profissão, como: as Análises Clínicas, Análises Hidrológicas, Análises Bromatológicas e Toxicológicas, Cosmética, Nutrição Humana e Animal. Todas essas áreas disputadas por várias outras profissões em que o farmacêutico raramente se destaca, ou tem

seu trabalho reconhecido, de modo que o próprio ensino nas faculdades foi modificado para atender a esta nova realidade (Neves, 1994).

O farmacêutico abandonou (ou será que foi expulso?) a farmácia - seu território de atuação exclusiva, por ser frágil para competir com o poderio econômico de comerciantes, em sua maioria, não comprometidos com um código de ética ou com a saúde do cliente, visando apenas o lucro, oferecido pela crescente indústria farmacêutica para o comércio de seus produtos. Esse fenômeno pode ser constatado, com especial clareza, em um dos trabalhos de Carlini e Masur (1995). Neste trabalho, os autores afirmam que das 34.000 farmácias existentes no Brasil, apenas quatro por cento são de propriedade de farmacêuticos com nível universitário, sendo que, na grande maioria das demais, o farmacêutico apenas assume a responsabilidade a distância.

Provavelmente, é essa a justificativa para a existência de uma lacuna sentida na prestação de serviços de saúde, de uma maneira geral, especialmente na saúde pública do Brasil. Trata-se da função do farmacêutico, enquanto educador sanitário, sendo imprescindível para restabelecer o crédito e o uso correto do medicamento frente à população. Na França, Dupuy & Karsenty (1979) enfatizam que essa função de conselheiro do medicamento faz da relação farmacêutico-doente muito mais do que uma relação vendedor-cliente.

Na próxima seção abordar-se-ão aspectos relativos à atuação do farmacêutico enquanto agente de saúde pública, iniciando pelos compromissos do ensino farmacêutico, para enfatizar o papel desse profissional na saúde pública.



**CAPÍTULO 2**

**O FARMACÊUTICO E**

**A SAÚDE PÚBLICA**

## 2.1. Compromissos do Ensino Farmacêutico

Oliveira (1993) resume muito bem os compromissos do ensino farmacêutico, quando aponta como sendo compromissos com o sistema de saúde – neles integrada à assistência farmacêutica – além de outros, de igual importância como o científico e o tecnológico.

Esclarece que o compromisso científico ocorre por ser a Farmácia ponto de convergência de várias ciências básicas e aplicadas, como a matemática, a estatística, a química orgânica, a análise instrumental, a química farmacêutica, a fisiologia, a biofísica, a farmacologia, as análises radioclínicas, a análise experimental, a biologia celular e molecular, a bioquímica e a imunologia, só para citar algumas.

O compromisso tecnológico pode ser demonstrado através da informática na saúde e percebida através da automação das análises, da biotecnologia; atuando da produção de alimentos à síntese de novos fármacos; da revolução biológica à clonagem. Mas, o grande compromisso do ensino farmacêutico deve ser o de natureza social, priorizando as ações coletivas, as atenções primárias à saúde e a formação básica do generalista farmacêutico.

São funções do farmacêutico: a descoberta, o desenvolvimento, o preparo, controle e dispensação dos medicamentos sob sua direta responsabilidade. Esse profissional atua, também, como sanitarista e conselheiro com relação ao uso do medicamento, além de exercer a sua atividade como analista clínico, toxicologista e analista de alimentos, ao mesmo tempo em que efetua suas funções social e política.

Dupuy & Karsenty (1979) enfatizam que a complexidade e o perigo possível do medicamento moderno exigem que seu fornecimento ao doente seja envolvido por um certo número de precauções e conselhos. Está aí a necessidade de atuação de um profissional instruído, acerca das características dos produtos que dispensa, capaz de precisar a posologia, indicar incompatibilidades eventuais com outras substâncias e retificar possíveis erros de memória de quem prescreveu. Desse modo, a formação acadêmica desses profissionais deve contemplar todos esses aspectos.

A atividade do farmacêutico, no Brasil, é exercida em três áreas: *a) fármacos e medicamentos, b) indústrias farmacêuticas e de alimentos e c) análises clínicas, bromatológicas e toxicológicas.* Ansel (2000, p.19) enfatiza que a função do farmacêutico *abrange aspectos clínicos, científicos, econômicos e educativos dos fundamentos da profissão e sua comunicação aos outros profissionais envolvidos no sistema de saúde.*

Concorda-se com Sonnedeker (1995) na afirmação de que, dentre as prerrogativas legais que a sociedade outorga à profissão, o prático deve aceitar sua responsabilidade de observar uma conduta ética, que vai mais além de cumprir as leis que dispõe sobre a habilidade técnica, sendo complementadas por uma autodisciplina voluntária.

Muitos dos problemas, que são comentados neste trabalho, poderiam ser minimizados com uma formação acadêmica adequada de profissionais. Lefèvre (1991)

denuncia deficiências na formação dos profissionais de saúde, bem como vícios em suas práticas. Carlini (1995) relata como "triste verdade" o fato de que a maioria dos docentes das faculdades de Farmácia, Medicina e Medicina Veterinária estão trabalhando em tempo parcial, exercendo atividades particulares em pelo menos metade do tempo. Além de lecionar em dois ou três lugares, esses professores não têm formação especializada na área, são mal remunerados pelas universidades e têm pouca ou nenhuma vocação para a pesquisa.

## 2.2. Papel do Farmacêutico na Saúde Pública

Da mesma maneira que a Assistência Médica ou Odontológica, a Assistência Farmacêutica é um direito de cidadania e um dever do Estado. Não há como dissociar o Farmacêutico e a Assistência Farmacêutica como elo do Sistema Único de Saúde (Lima & Cardoso, 1999).

Oliveira (1993) considera como fundamental entender a amplitude da Assistência Farmacêutica, não se limitando ao âmbito do medicamento, mas englobando as áreas das análises clínicas, da toxicologia, dos radiofármacos e do alimento. A assistência farmacêutica inclui-se nos três níveis de atenção à saúde: primário (ações básicas), secundário (intervenção de especialistas a nível ambulatorial) e terciário (hospitalar); envolvendo a produção de medicamentos, o controle do meio ambiente (nele compreendido o do trabalho), a farmacovigilância, a integração aos sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária e o planejamento das ações de saúde.

Bem se percebe a necessidade de se contar com o compromisso do

farmacêutico, para o efetivo controle de problemas como a adulteração de medicamentos e a automedicação, pois a própria Assistência Farmacêutica já contempla as ações necessárias para que isto se efetive. Lefèvre (1991) alerta que o alto consumo de medicamentos sem prescrição ou orientação médica implica em riscos diretos e indiretos para o consumidor, representando importante problema de Saúde Pública. O mesmo autor acrescenta que o consumo exagerado, inadequado e leigo de medicamentos leva às "disfunções no uso dos medicamentos" (Lefèvre, 1991, p.15)

Na zona rural, a situação é ainda mais grave. Assis et al.(1999, p.162) relatando a realidade do município de Cansanção, no interior da Bahia, enfatizam que "os comerciantes das farmácias da sede do município, as parteiras leigas e os raizeiros constituem o 'saber saúde' da região. Como garantia de saúde, as prescrições para determinadas doenças são guardadas e com base nos sintomas, são reproduzidas no coletivo".

Em países como a França, embora os preparados magistrais tenham sido substituídos por especialidades farmacêuticas, ou seja, medicamentos preparados industrialmente, a função do farmacêutico continua em evidência. O papel do "fazer" o medicamento desapareceu quase que por completo, mas, em seu lugar, surge o que se designa por um termo nobre: "a concessão" (Dupuy & Karsenty, 1979). Dessa maneira, a presença do profissional farmacêutico continua a ter importância fundamental no estabelecimento farmacêutico.

Também, no Brasil, se faz necessária a real atuação de profissionais que exerçam suas funções de maneira honesta, digna e competente. E que por outro lado, conhecendo o valor e o significado de sua própria profissão, atuem politicamente no sentido de garantir seu espaço de profissional, voltado para o bem da comunidade. Que os

farmacêuticos, descobrindo drogas para o alívio das dores, a cura das doenças e o prolongamento da vida dos seus semelhantes, mantenham, sobretudo, o controle de sua obra prima: o medicamento.

Enfim, a problemática da adulteração de medicamentos, o lançamento no mercado dos medicamentos genéricos e todos os outros aspectos relacionados ao medicamento, insistentemente veiculado pela mídia, parece ser a chance que a história oferece aos profissionais, de resgatar o espaço perdido pela classe farmacêutica. Por outro lado, não podemos deixar de reconhecer que, para o profissional de Saúde poder atuar, se faz necessário um órgão fiscalizador eficiente, que venha a orientar os profissionais nos seus direitos e deveres, como também punir os infratores.

O próximo capítulo reportar-se-á à situação do comércio de medicamentos, destacando vários pontos que têm preocupado autoridades, profissionais e a população do Brasil nos últimos tempos.

# **CAPÍTULO 3 - O COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL**

Há muito, o Brasil é considerado pelas indústrias farmacêuticas como um paraíso para a prática de comercialização de seus produtos, de maneira até mesmo indiscriminada. Carlini (1995) deixa claro que a indústria farmacêutica, como qualquer outra, *visa lucro* com suas atividades. Portanto, se por um lado, financia pesquisas, por outro estimula as vendas de seus produtos. Mas o lucro, que impulsiona o progresso terapêutico, pode trazer também inconvenientes, como a automedicação. Ferreira (1986, p.203) define o termo automedicação-se como "medicar a si mesmo". Dupuy & Karsenty (1979) entendem o termo como consumo de medicamentos sem prescrição médica. Singer (1988, p.10) declara que "não se ignora que a automedicação é praticada em ampla escala" (possivelmente estimulada pela propaganda dos fabricantes de remédios).

A automedicação foi comprovada em várias pesquisas realizadas no Brasil. Morato et al.(1984) afirmaram haver evidências de automedicação em residências de Florianópolis. Franco et al. (1986-1987) registraram uma alta prevalência de consumo de medicamentos sem receita médica, em uma amostra da população de Salvador. Delúcia et al. (1987) comprovaram elevado uso de analgésicos e antiinflamatórios para tratamento de diversas patologias, entre operários de Cubatão. A automedicação também foi detectada no trabalho de Simões & Farache Filho (1988) em Araraquara - SP, e no de Haak (1989), em dois povoados da Bahia.



Lugones (1999) denuncia o problema da promoção não ética de medicamentos, principalmente nos países em vias de desenvolvimento, como é o caso do Brasil, como gerador de mau uso dos medicamentos, produzindo hiperprescrições, automedicações e/ou abusos. A venda de medicamentos passa a ser apontada como prioridade num setor que deveria privilegiar as ações voltadas à saúde da população. Para Carlini & Masur (1995), o uso indiscriminado e desnecessário de medicamentos passa a ser um fenômeno persistente na sociedade moderna, que traz, como principal consequência, o aumento de internações hospitalares devido a intoxicações com medicamentos.

Em 1997, foram comercializados, no nosso País, 1,74 bilhão de unidades de medicamentos - destes, 12% vendidos livremente (Pereira & Stringueto, 1998). Sabe-se que, no Brasil, qualquer pessoa pode se habilitar a ser proprietário de farmácia, desde que conte com um profissional farmacêutico que se responsabilize tecnicamente por seu estabelecimento. Na prática, muitas vezes, os responsáveis técnicos não exercem de fato o seu papel. Em outros países, como a França, a situação é bem diferente. Dupuy & Karsenty (1979, p.45) relatam que naquele país "não se vendem nem se compram medicamentos como se vende ou se compra um pacote de detergente ou um frasco de água de colônia". Mais adiante, os mesmos autores reforçam que a venda dos medicamentos constitui monopólio exclusivo dos titulares do diploma de farmacêutico.

Outro grave problema associado à comercialização de medicamentos é sua falsificação. A mídia vem noticiando, desde 1998, vários casos de falsificação de medicamentos, tais como: o antibiótico Trioxina®, o anticancerígeno Androcur® e o anticoncepcional Microvlar® (Istoé, 1998); como também pacientes com AIDS que se tratavam no Instituto de Medicina Tropical - IMT do Amazonas e estavam tomando o

Epivir® falsificado (Jornal do Comércio, 1998). Até então, foram identificados 23 tipos de remédios falsos, dos quais 30% são antibióticos (Pastore & Cardoso, 1998).

Um levantamento feito pela Abifarma - Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica, juntamente com o Ministério da Saúde, a Fiocruz - Fundação Osvaldo Cruz e o Prof. Antônio Carlos Zanini, consultor de medicamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), concluiu que a indústria de falsificação movimenta cerca de 100 milhões a 1 bilhão de reais, por ano, no Brasil (Pastore & Cardoso, 1998).

Especificamente, sobre a falsificação de medicamentos, o Ministério da Saúde constata a existência de três tipos: ausência do princípio ativo; princípio ativo diferente do declarado no rótulo ou em quantidade inferior; a fabricação e distribuição por empresas clandestinas (Istoé, 1998). O Presidente da Associação da Indústria Farmacêutica do Rio de Janeiro cita que as irregularidades encontradas são medicamentos falsificados - produzidos, clandestinamente, através de operações complexas; medicamentos sem qualidade, produzidos por pequenos laboratórios e sem segurança; e até medicamentos que são roubados e recolocados no mercado, ou medicamentos apresentando adulteração grosseira nos rótulos, incluindo prazo de validade e aviso de amostra grátis raspados (Diário de Pernambuco, 1998). Pastore & Cardoso (1998) denunciaram a falsificação de medicamentos, através do relato dos anticoncepcionais falsificados. Na verdade, não se sabe há quanto tempo isso acontece, mas só nos últimos dois anos se tornou público.

A indústria farmacêutica oficial, estruturada nos moldes do capitalismo, financia pesquisas, desenvolve e produz medicamentos em alta escala, precisando, portanto, escoar essa produção. Os medicamentos são lançados no mercado com um nome fantasia que incentiva sua comercialização: são os chamados *medicamentos de referência*. No mercado brasileiro, existe também um outro tipo de medicamento, denominado

*medicamento similar*. Os *similares* "são medicamentos comercializados sob nomes-fantasia e também sob a Denominação Comum Brasileira (DCB) que, de um modo geral, não comprovaram, através de testes apropriados, a sua equivalência com os medicamentos de referência" (Brasil. Ministério da Saúde, 2000).

Para aumentar as vendas, a indústria lança mão de uma arma poderosa da modernidade, a propaganda. Carlini (1995) classifica como agressivas as normas adotadas por essa indústria, dizendo-se impressionado pelo fato da indústria farmacêutica dos Estados Unidos investir, anualmente, 1,2 bilhões de dólares com propaganda de seus produtos. Como resultado, vê-se até mesmo uma redefinição de experiências e comportamentos humanos normais como se fossem problemas médicos. Desse modo, chega-se a sugerir ansiolíticos para pessoas que exercem tarefas tediosas, para jovens que vão prestar exames, ou para pessoas que vão ao dentista. E alerta para o fato de que tais propagandas podem estar influenciando membros da própria classe médica, apesar de, muitas vezes, omitirem dados que possam a vir restringir o uso do medicamento, como foi comprovados por Silva et al.(2000). Moura (1989) denuncia que a propaganda comercial promove as vendas e estimula o consumo de medicamentos, com artifícios que trapaceiam a realidade.

O espaço do farmacêutico, no balcão da farmácia, é ocupado agora por simples balconistas, sem formação técnica e com prática bem diferente. Não é raro encontrá-los oferecendo, recomendando, sugerindo, enfim, "empurrando" ao consumidor o que estiver nas prateleiras. É o que se chama na prática de "empurroterapia", muitas vezes estimuladas pelos fabricantes e donos de farmácia, fato que foi comprovado no trabalho de Campos, em 1985. Carlini & Masur (1995, p.231) afirmam que " todos os levantamentos feitos ressaltam a inadequação do medicamento 'empurrado' pelo balconista da farmácia,

quer do ponto de vista médico em relação à queixa do cliente, quer do econômico". Tal estímulo é traduzido como descontos revertidos em mercadoria para os donos de farmácia e/ou gratificações ou prêmios oferecidos aos balconistas. São os produtos bonificados, muito conhecidos como BO (Ciência Hoje, 1993).

Recentemente, o governo autorizou a fabricação de produtos farmacêuticos denominados *genéricos*, definindo-os como aqueles "que contêm o mesmo princípio ativo, na mesma dose e forma farmacêutica que um medicamento de referência" (Brasil. Ministério da Saúde, 2000, p.1). O Ministério da Saúde divulga, através de resoluções ocasionais, a relação dos medicamentos e dos laboratórios que foram aprovados em testes e estão autorizados a fabricação e comercializar tais produtos. Essa medida tem como principal objetivo, oferecer à população medicamentos de boa qualidade, com preços acessíveis, uma vez que, em seu preço, não estão embutidos os gastos com a propaganda, nem os custos com as pesquisas, por se tratarem de cópias de medicamentos desenvolvidos por outros laboratórios.

O preço dos medicamentos no Brasil é considerado alto por parte da população e das autoridades brasileiras. Com o objetivo de investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios, foi instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI, no Congresso Nacional, a 17 de novembro de 1999. Na verdade, essa é a sétima CPI relacionada a assuntos de medicamentos, em 40 anos (SOBRAVIME, 1999). Uma importante revista semanal de circulação nacional considerou que a CPI teve como um dos efeitos positivos atrair a atenção da sociedade para "um tema delicado, que merece ser debatido à exaustão e esclarecido de uma vez por todas", referindo-se à questão dos preços e à qualidade dos remédios produzidos e vendidos no Brasil (Caros, 2000, p.46). No entanto, o relatório final

teve, entre suas conclusões, o reconhecimento que "faltam instrumentos legais e administrativos para o manejo das questões relacionadas com o subfaturamento e o superfaturamento." (Lopes, 2000, p.326)

Os problemas denunciados chamaram a atenção da população para a necessidade de uma classe farmacêutica atuante. O lançamento do genérico foi uma tentativa, por parte do governo, de oferecer à população alternativas de medicamentos com preços mais acessíveis. Ainda assim, no nosso país, a atuação do profissional farmacêutico quase nunca parece ser bem vinda: sua prática alertando para os riscos de possíveis efeitos colaterais ou interações medicamentosas, certamente, prejudicaria o comércio e, conseqüentemente, os lucros.

No próximo capítulo, será enfatizada a teoria das Representações Sociais, que fundamentará a pesquisa relatada neste trabalho.

# **CAPÍTULO 4 - TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

O presente capítulo não intenciona aprofundar a análise dos especialistas no amplo campo de estudos denominado Representações Sociais. Pelo contrário, almeja, apenas, dar noções aos que se iniciam no estudo e aplicação da teoria de base, utilizada para compreender este trabalho. Dessa forma, ousa-se lançar mão de uma forma de saber relativamente nova e polêmica, enquanto campo de saber na área da psicossociologia e ainda, mais recente, nas Ciências da Saúde de uma maneira geral.

Buscou-se, inicialmente, entender a sociogênese da teoria para assumir, a seguir, a difícil tarefa de abordar seus aspectos conceituais. Na seqüência, delimitou-se os fenômenos englobados pela área para, a seguir, esquematizar aspectos teóricos que a fundamentam, bem como a importante contribuição da Teoria do Núcleo Central. Por fim, delineiou-se o trajeto percorrido pelos estudiosos, desde o início até os dias recentes. Esperando ser essa uma contribuição para a compreensão e incentivo a novos estudos, lança-se mão da teoria em questão, na convicção de reforçá-la enquanto campo de estudo interdisciplinar.

#### 4.1.Aspectos Históricos.

A publicação do estudo *La Psycanalyse: Son image et son public* por Serge Moscovici, em 1961, originou na Europa, o que foi considerado por Farr (1994) como *uma forma sociológica de psicologia social*: a **Teoria das Representações Sociais**. Esse trabalho precipita uma ruptura com os "modelos funcionalistas e positivistas" em vigor na época, liderados pela escola americana. Delimita uma nova etapa na história da psicologia, por inverter os princípios e a ordem do conhecimento psicológico até então considerados, pensando o homem e os acontecimentos sociais (Nóbrega, 1990; Nóbrega, 1998).

Ao que tudo indica, o que Moscovici (1978, p.14) ambicionava era mais que a criação e a consolidação de um campo de estudos: "queria redefinir os problemas e os conceitos da Psicologia Social a partir desse fenômeno, insistindo sobre a sua função simbólica e seu poder de construção do real." Talvez por esse motivo, Sá (1993) avalia que somente o contexto de um processo de renovação temática, teórica e metodológica da Psicologia Social é capaz de apreender, de fato, os fenômenos, o conceito e a teoria das Representações Sociais.

Para Brasileiro (1988), é na Psiquiatria Clássica que o termo "Representação" surge, mas coube aos estudos de Durkheim considerar o fato psíquico do representar como campo de estudo da Sociologia, da Antropologia e da Psicologia Social, ao invés de simples fato psicológico individual. Robert Farr (1994), considerado por Sá (1993) principal divulgador da perspectiva renovadora de Moscovici na comunidade científica inglesa, vê uma clara continuidade entre os estudos das Representações Coletivas



de Durkheim e o estudo das Representações Sociais. Moscovici escolheu Durkheim como ancestral, sendo ainda de Farr (1994) a afirmação de que essa escolha enfatiza a continuidade entre passado e presente.

Nóbrega (1990) muito bem esclarece que, na visão durkheimiana, a oposição entre as Representações Coletivas e as Representações Individuais se dá na medida em que se considera que as Representações Coletivas têm suas leis próprias e pertencem a outra natureza que é diferenciada do pensamento individual. A noção de Representações Coletivas parecia já bem fundamentada quando Durkheim a considerava como "produtos de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo. Para forjá-las, uma multidão de espíritos diversos, associaram-se, misturaram-se, combinaram suas idéias e seus sentimentos - uma longa série de gerações acumulou experiência e saber." (Durkheim, 1989, p.45)

Concorda-se com Tavares & Teixeira (1998), na afirmação de que Durkheim desejava enfatizar a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual. Essa posição, baseia-se em afirmações do próprio autor, citadas a seguir:

"(...) as Representações Coletivas traduzem a maneira como o grupo pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não dos indivíduos. Os símbolos com que ela pensa mudam de acordo com a sua natureza (...). Se ela aceita ou condena certos modos de conduta, é porque entram em choque, ou não, com alguns dos seus sentimentos fundamentais, sentimentos, estes, que pertencem à sua constituição" (Durkheim citado por Minayo, 1994a, p.90-91).

Durkheim acrescenta que, através das representações, "é preciso saber atingir a realidade que eles figuram e que lhes dá sua verdadeira significação. Constituem objeto de estudo tanto quanto as estruturas e as instituições: são todas elas maneiras de agir, pensar e sentir, exteriores ao indivíduo e dotadas de um poder coercitivo em virtude do qual se lhes impõe" (Durkheim citado por Minayo, 1994a, p.91).

Essa interpretação traduz, portanto, a noção de que, apesar de se originarem do individual, as representações são transformadas pelo coletivo a um nível, as quais assumem uma dimensão própria, adquirindo autonomia, estabilidade e poder coercitivo sobre as pessoas. A partir desta noção, Nóbrega (1990) considera ser atribuído às Representações Coletivas *status* de objetividade. A mesma autora responsabiliza a dicotomia entre um social estático e impermeável à instabilidade das mudanças individuais por tornar apagada, por mais de meio século, a teoria de Durkheim no mundo científico.

Sawaia (1993) muito bem explicita que é pela forma como é construída que a representação é social, e não porque sofre determinações sociais. E que, segundo Moscovici, Durkheim revelou o lado social da consciência, descobrindo essa forma de pensamento social, mas não explicando sua especificidade, diluindo-a em um fenômeno unicamente social.

O que Moscovici busca na sociologia durkheimiana é um primeiro abrigo conceitual para suas objeções ao excessivo individualismo da Psicologia Social americana (Sá, 1993). No entanto, é do próprio Moscovici (1978, p.42) a observação de que, para Durkheim, a vida social é condição de todo pensamento organizado e que a recíproca também é verdadeira. Mas, na medida em que esse autor não aborda, frontalmente, nem explica a pluralidade de modos de organização do pensamento, mesmo que sejam todos sociais, a noção de representação perde boa parte de sua nitidez e causa a negligência dos

estudiosos da época. São justamente essas falhas que possibilitam a construção da Teoria das Representações Sociais no campo da psicossociologia, estudada por Moscovici e, posteriormente, por seus seguidores.

#### 4.2. Aspectos Conceituais.

Até mesmo Moscovici (1978) admite que a conceituação das Representações Sociais não é tarefa fácil. Isto talvez se deva ao que Wagner (1998) denomina de "múltiplas facetas", deste mesmo conceito. Melhor se enquadra em nosso contexto, o comentário de Moscovici (1978, p.21) que a equipara, "em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, ou ainda a versão contemporânea do senso comum." Esta idéia foi analisada também por Brasileiro et al.(1999) os quais consideram que estudar as Representações Sociais é estudar o senso comum, a natureza do pensamento popular.

Moscovici (1978, p.46) propõe que, estruturalmente, o campo de representações se configura ao longo de três dimensões: *informação* (organização dos conhecimentos que um grupo possui, a respeito de um objeto social), *campo de representação ou imagem* ( remete a idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições, acerca de um aspecto preciso do objeto da representação), e *atitude* (que termina por focalizar a orientação global em relação ao objeto da representação social). Estas três dimensões nos fornecem uma panorâmica do seu conteúdo e do seu sentido (Sá, 1996).

Jodelet (1989,p.36) define Representações Sociais como "uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social." E enfatiza:

- Forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto;
- O objeto pode ser de natureza social, material ou ideal;
- A representação simboliza o objeto e confere-lhe significados;
- É uma construção e uma expressão do sujeito, do ponto de vista epistêmico ou psicodinâmico, mas também social ou coletivo, na medida em que terá que ser assimilado naqueles moldes do grupo a que o sujeito pertence, socialmente ou culturalmente;
- Qualificar esse saber como "prático" se refere à experiência a partir da qual ele é produzido... e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para se agir sobre o mundo e sobre os outros.

As pessoas tendem a formar conhecimentos próprios, a respeito de acontecimentos e fenômenos diversos do seu dia-a-dia, que são mais do que simples opiniões sobre esses assuntos ou atitudes isoladas em relação aos objetos sociais neles envolvidos. Cotidianamente, articulam ou combinam diferentes questões ou objetos, segundo uma lógica própria, em uma estrutura globalizante de implicações, para a qual contribuem informações e julgamentos valorativos colhidos nas mais variadas fontes e experiências pessoais e grupais (Sá, 1993). Assim se formam as Representações Sociais, devendo, segundo Moscovici (apud Sá, 1993), ser consideradas como verdadeiras "teorias" do senso comum, "ciências coletivas" *sui generis*, pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidade sociais. Esta idéia é explicada por Vala (1993), na

afirmação que uma representação é social, na medida em que é coletivamente produzida, partilhada por um conjunto de indivíduos, sendo teorias sociais práticas.

Justificando a mudança da denominação "coletiva" para "social", Sá (1996) esclarece que a proposição das Representações Sociais não revoga as Representações Coletivas, mas acrescenta outros fenômenos ao campo de estudo. Neste sentido, Nóbrega (1990) afirma que Moscovici não busca a tradição de um social pré-estabelecido das sociedades ditas "arcaicas" - como fizera Durkheim - mas a inovação de um social móvel do mundo moderno, transformado pela penetração de um novo saber - a psicanálise - na vida cotidiana da sociedade francesa pós-guerra.

A mesma autora vai além, justificando a mudança terminológica através da afirmação de Moscovici de que, pela diversidade de origem dos indivíduos e dos grupos, as representações são partilhadas, pela sociedade, nas mesmas condições socialmente desiguais, que norteiam a divisão social do trabalho. Por outro lado, em Durkheim encontramos, apenas, a reprodução do pensamento, diferenciando das características das Representações Sociais cujo processo criativo (de elaboração cognitiva e simbólica) serve de orientação ao comportamento das pessoas (Nóbrega, 1990).

Baseados na posição de Moscovici (1978, p.48), que afirma na teoria das Representações Sociais não existir "um corte dado entre o universo exterior e o universo do indivíduo (ou do grupo), que o sujeito e objeto não são absolutamente heterogêneos em seu campo comum" ressaltamos a posição de Abric (1998) que a realidade objetiva, *a priori*, não existe. Toda realidade é representada, quer dizer, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca.

É certo que as Representações Sociais surgem com a necessidade de considerar o homem, inserido numa sociedade, que possui suas particularidades culturais, históricas, políticas e econômicas (Sousa Targino, 1995). Essa proposta reafirma o abandono da dicotomia sujeito-objeto. Concorde-se com Abric (1998, p.28), na afirmação de que "a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas. A representação é um guia para a ação, ela orienta as ações e as relações sociais. Ela é um sistema de pré-decodificação da realidade porque determina um conjunto de antecipações e expectativas." Rouquette (1998) acrescenta que se as representações se transformam, as práticas também mudam e reciprocamente. E que isso pode ocorrer devido ao fato de haver uma dependência causal entre práticas e representações sociais, ou simplesmente haver uma correlação entre as duas.

#### 4.3. O Campo de Fenômenos da Representação Social.

Para caracterizar o estudo das Representações Sociais, autores como Jorge Vala (1993, p.359) apresentam uma longa lista de problemas tão salientes como: a saúde/doença, a doença mental, a justiça, a violência, o grupo e a amizade, o trabalho, o desemprego, os sistemas tecnológicos, os sistemas econômicos e as relações econômicas, os conflitos sociais e as relações intergrupais, e ainda sobre grupos ou categorias sociais como: a criança, a mulher, os quadros, os psicólogos e a psicologia, "em que o conceito de Representação Social, foi julgado útil, visando-se mostrar como se está em presença de um

campo de investigação vivo e orientado para a interrogação das interrogações do nosso tempo."

Spink (1993) alerta sobre a necessidade de se entender, sempre, como o pensamento individual se enraíza no social e como um e outro se modificam mutuamente, ou seja, a complexidade do fenômeno decorre da desconstrução, ao nível teórico, da falsa dicotomia entre o individual e o coletivo e do pressuposto, daí decorrente, de que não basta apenas focar o fenômeno no nível intra-individual ou social. Brasileiro et al. (1999) interpretam a Representação Social como uma forma de resposta do indivíduo ou do grupo social à organização social.

Para Jodelet (1989), com as Representações Sociais nós nos ocupamos com fenômenos diretamente observáveis ou reconstruídos por um trabalho científico. Isso porque temos a necessidade de saber o que existe no mundo que nos rodeia e de dominá-lo física ou intelectualmente, resolvendo os problemas que nos são impostos. A mesma autora exemplifica a emergência de uma representação, com o surgimento de um novo acontecimento no horizonte social que não nos deixa indiferente. Provoca medo, atenção e uma atividade cognitiva para compreendê-lo, dominá-lo e nos defendermos.

As representações são formadas com os elementos disponíveis e se inserem num quadro de pensamentos preexistentes, engajando uma moral social, que se faz ou não, com uma mistura de perigo físico e perigo moral. Formam sistemas e dão lugar a "teorias" espontâneas, versões da realidade que incluem imagens e conceitos carregados de significações. Baseado na divisão desses conceitos entre os membros de um mesmo grupo, é construída uma visão consensual da realidade para esse grupo. Essa é a função e a dinâmica das Representações Sociais: um guia para ações e trocas cotidianas, ainda que possam conflitar com a visão de outros grupos (Jodelet, 1989).

Sá (1996) não admite a existência de Representações Sociais em tudo. Utilizando as explicações de Ibáñez, argumenta que, para a existência de uma Representação Social, o objeto precisa estar estruturado, pois um objeto pode, apenas, dar lugar a uma série de opiniões e imagens relativamente desconexas, uma vez que nem todos os grupos ou categorias sociais têm que participar de uma Representação Social própria. Pode ser que um grupo tenha uma Representação Social de certo objeto, e que outro tenha apenas um conjunto de opiniões, de informações e de imagens acerca desse mesmo objeto sem que isso suponha a existência de uma Representação Social. Nesse caso, uma má interpretação de dados pode originar pseudofenômenos de representação.

Quais seriam, então, as condições que afetam a emergência ou não da Representação Social de um dado objeto, em um grupo? Sá (1993) vem a considerá-la como uma compreensão alcançada por indivíduos que pensam em grupo, de modo que o processo de gênese das representações tenha lugar nas mesmas circunstâncias e, ao mesmo tempo, se manifestem por meio da "arte da conversação", que usamos no nosso dia-a-dia. Moscovici (1978) enunciou três condições que afetam o surgimento da Representação Social, que foram comentados por Vala, em 1993: a *dispersão da informação* (que nem sempre é claramente definida), a *focalização* (dependendo do interesse de cada grupo, pelo objeto) e a *pressão para inferência* (a posição a ser tomada deve servir aos objetivos individuais ou grupais). Wagner (1998, p.10-11) argumenta que discurso e comunicação geradores das Representações Sociais ocorrem dentro de "grupos reflexivos", ou seja, grupos cujos membros "conhecem sua afiliação e dispõem de critérios para decidir sobre quem são seus membros".



Os indivíduos que formam a sociedade pensante descrita por Moscovici (1978, p.50) criam e comunicam incessantemente suas próprias representações. A Representação Social adquire, desse modo, *status* de sistema de pensamento, de uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente. Nesta mesma sociedade, coexistem duas classes distintas de universos pensantes:

- Os universos reificados, que são aqueles em que se produzem e nos quais circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica, ou seja, a sociedade se vê como um sistema com diferentes papéis e categorias, cujos ocupantes não são igualmente autorizados para representá-la e falar em seu nome, dependendo do nível de qualificação. Há um comportamento próprio para cada ocasião, um estilo próprio em cada contexto e informações adequadas para cada ocasião. É desse universo que provém a matéria prima para a construção das Representações Sociais.
- Os universos consensuais são aqueles em que os indivíduos têm igual valor entre si; são livres para manifestar sua opiniões, apresentar suas teorias e uma resposta para todos os problemas. Correspondem às atividades intelectuais da interação social cotidiana pelas quais são produzidas as Representações Sociais. Estas produzem núcleos de estabilidade e maneiras habituais de fazer coisas, com significados para os que participam dela (Moscovici apud Sá, 1993)

#### 4.4. A Teoria das Representações Sociais.

Moscovici (1978) também enfatiza o caráter distintivo da dimensão funcional do fenômeno, argumentando que, tanto a consideração da gênese social das representações, quanto o fato delas serem socialmente compartilhadas, não seriam suficientes para distinguí-las de outros sistemas de pensamento coletivo, como a ciência e a ideologia. Como Representação Social, o autor nos sugere entender aquela "modalidade de conhecimento particular, que tem como função (exclusiva) a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos, no quadro da vida cotidiana". E o mais importante é que ela "produz e determina comportamentos, visto que define, ao mesmo tempo, a natureza dos estímulos que nos envolvem e nos provocam, e a significação das respostas a lhes dar." (Moscovici 1978, p.26)

Abric (1998) atribui quatro funções essenciais às Representações Sociais: funções de *saber* (permite compreender e explicar a realidade), funções *identitárias* (definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos), funções de *orientação* (guiam os comportamentos e as práticas) e funções *justificatórias* (permitem justificar as tomadas de posição e os comportamentos).

Teoricamente, o fenômeno das Representações Sociais deve ser ele próprio explicado, cabendo a teoria penetrar nas representações para descobrir sua estrutura e seus mecanismos internos. Não se trata de uma descoberta, mas da proposição de uma estrutura

hipotética e de um modelo de relações dinâmicas, que se mostrem compatíveis com as características, sistematicamente evidenciadas do fenômeno. Esta é uma importante diferença em relação ao tratamento sociológico anterior, durkheimiano, das Representações Coletivas, que eram vistas como entidades explicativas nelas mesmas, já que irredutíveis por qualquer análise posterior (Sá, 1996).

Sá considera que, possivelmente, a elaboração da Teoria das Representações Sociais teve, como primeiro passo, a estrutura de dupla natureza, conceitual e figurativa, que Moscovici lhe atribuiu desde o início. Em 1978, o mesmo autor propôs que se considerasse a representação como "um processo que torna o conceito e a percepção de algum modo intercambiáveis, visto que se engendram reciprocamente". Explicitando melhor, a natureza atualizada das representações, ele esclarece que "Representar uma coisa(...) não é com efeito simplesmente duplicá-la, repeti-la ou reproduzi-la; é reconstruí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. E estando estas representações fixadas, nos fazem esquecer que são obra nossa, que (...) sua existência no exterior leva a marca de uma passagem pelo psiquismo individual e social." (Moscovici, 1978, p.57-58)

Deste modo, considera-se a explicação clássica de que "a estrutura de cada representação tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto a frente e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica, faz-nos compreender que em toda figura há um sentido, e em todo sentido há uma figura." (Moscovici 1978, p.65)

A duplicação de um sentido por uma figura, pela qual se dá materialidade a um objeto abstrato, é cumprida pelo processo de *objetivação*. Neste, o abstrato é tornado concreto, o conceito é transformado em uma imagem ou em um núcleo figurativo

(Palmonari & Doise, 1986). A duplicação de uma figura por um sentido, pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto, é cumprida pelo processo de *ancoragem* (Sá, 1996, 1998a).

A objetivação torna concreto o que era abstrato (Palmonari & Doise, 1986). Segundo Moscovici (1978, p.111) "objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as (e adotando, assim, certa distância a seu respeito). É também transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo". Acrescenta que as operações essenciais da objetivação são duas: a naturalização (que enriquece a gama de seres atribuídos à pessoa, inclusive com a participação de imagens) e a classificação (que separa os atributos dos seres e guarda-os num quadro geral, de acordo com um sistema de referência anterior).

Dialeticamente articulada à objetivação está a ancoragem. Desta maneira, é possível assegurar as três funções fundamentais da representação: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. A ancoragem está estruturada em três momentos, a saber: a atribuição de sentido (os conhecimentos são articulados e hierarquizados aos valores pré-existentes na cultura); a instrumentalização do saber (torna-se teoria de referência útil na compreensão da realidade); o enraizamento no sistema do pensamento (é o movimento de "incorporação social da novidade" atrelada à "familiarização do estranho") (Nóbrega, 1990).

Resumindo, Moscovici (citado por Nóbrega, 1990) analisa que se a objetivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram enquanto termos da realidade social, a ancoragem permite compreender a maneira na qual eles

contribuem para exprimir e constituir as relações sociais. Ou seja, a ancoragem cabe designar as formas através das quais as Representações Sociais se tornam funcionais (Ordaz & Vala, 1998).

Também é de autoria de Moscovici a consideração de que "para compreender o fenômeno das Representações Sociais, devemos começar do começo" perguntando: "por que criamos as representações?" A resposta é a de que "é necessário tornar familiar o insólito e insólito o familiar, mudar o universo sem que ele deixe de ser o nosso universo" (Moscovici, 1978, p.60). Ou seja, os universos reificado e consensual atuam simultaneamente para moldar a nossa realidade: o novo é gerado ou trazido à luz pela ciência, tecnologia ou profissões especializadas (universos reificados) (Sá, 1996).

A exposição a esse novo é que introduz a não familiaridade ou a estranheza na sociedade mais ampla, impedindo que a habituação mental prevaleça. Isto provoca atração, curiosidade e medo da perda dos referenciais habituais, do senso de continuidade e de compreensão mútua. Ao tornar o estranho familiar, ele é tornado, ao mesmo tempo, menos extraordinário e mais interessante (Sá, 1993).

No próximo ponto, pormenorizar-se-á alguns aspectos da Teoria do Núcleo Central. Através dela, foi possível descrever e esclarecer pontos que não eram contemplados pela teoria geral.

#### 4.5. A Teoria do Núcleo Central

A Teoria do Núcleo Central é considerada uma abordagem complementar, todavia não menor, à Teoria das Representações Sociais. Foi proposta em 1976, por Jean-Claud Abric, em sua tese de doutoramento, e vem complementar e esclarecer significativamente alguns aspectos que permaneciam obscuros nos estudos de Representações Sociais. Em nosso entendimento, esses aspectos dizem respeito à aparente contradição que permeiam as Representações Sociais, quando detecta-se que elas podem ser rígidas e flexíveis, estáveis e instáveis etc, conforme foi expresso por Abric (1998), os quais serão analisados adiante.

Enquanto Teoria, propõe que, a organização de uma Representação Social está hierarquizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação. São duas as suas funções fundamentais: uma função geradora (função de criar e/ou transformar o significado de uma representação) e uma função organizadora (determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos de uma representação). Desse modo, no núcleo central está(ão) o(s) elemento(s) mais resistente(s) à(s) mudança(s) da representação, de modo que toda modificação nele provoca uma transformação completa na representação. Portanto, para que se tenha duas representações diferentes, é preciso que elas estejam organizadas em torno de dois núcleos diferentes (Abric, 1998).

É interessante atentarmos que, para a definição da centralidade de um elemento de uma representação, é preciso que sejam considerados critérios quantitativos e, sobretudo, sua dimensão qualitativa, ou seja, é possível que dois elementos que apareçam nos discursos dos sujeitos tenham importância quantitativa idêntica e muito forte, embora um pode ser central e o outro, não.

Em torno do núcleo central, organizam-se os elementos periféricos da representação. Enquanto periféricos são mais acessíveis, protegendo-o de algum modo, permitindo uma certa heterogeneidade de comportamentos e de conteúdo. Nesse contexto, Abric (1998) classifica como de importância fundamental sua existência, uma vez que, associados ao núcleo central, permitem a ancoragem na realidade. Por outro lado, espelha as modulações individuais, tendo a grande importância de fornecer pistas de intervenção ao pesquisador.

Talvez seja a compreensão de uma das características básicas das representações a maior contribuição que a Teoria do Núcleo Central vem trazer à grande Teoria das Representações Sociais. Digo, grande teoria, considerando os argumentos de Doise (apud Sá 1996) segundo os quais a Teoria das Representações Sociais é uma teoria geral e que deve ser, eventualmente, complementada por proposições mais específicas, como as oferecidas pela Teoria do Núcleo Central. Através desta, Abric considera ser possível o entendimento de como as Representações Sociais "são simultaneamente estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, posto que alimentando-se das experiências individuais, elas integram os dados do vivido e da situação específica, integram a evolução das relações e das práticas sociais nas quais se inserem os indivíduos ou grupos." (Abric, 1998, p.34)

Abric (1998) afirma que a homogeneidade de uma representação não é definida pelo consenso entre os membros de uma população, mas pelo fato de que sua representação se organiza em torno de um mesmo núcleo central. Nesse sentido, a Teoria do Núcleo Central se faz de especial importância, pelo fato de oferecer um quadro de análise e de interpretação que permite a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem.

#### 4.6. Trajetória das Representações Sociais.

Os 10 primeiros anos, após a criação do campo de estudos das Representações Sociais, passaram-se, praticamente, sem que houvesse novos trabalhos na área. Em sua segunda dezena de vida, várias foram as pesquisas empíricas sobre variados objetos de representação, muitas vezes, visando testar o conceito nesta área. Sua maior fundamentação veio na terceira década, quando, refinando-se em termos teórico-conceituais, discutiu e aperfeiçoou-se, metodologicamente, empenhando-se em atualizar seus relacionamentos potenciais com outras abordagens do mesmo campo fenomenal, difundindo-se por outros países além da França e da Europa de um modo geral, e assim conquistando adeptos e críticos (Sá, 1993; Lane, 1993). Atualmente, a teoria está completando quarenta anos de existência com um número considerável de pesquisadores e trabalhos publicados (Sá & Arruda, 2000).



As críticas e réplicas manifestam desacordos acerca de questionamentos relevantes para a sistemática da produção de conhecimento nos universos reificados. Mister se faz ressaltar que essas discussões testam a vitalidade das proposições básicas do sistema e suas implicações e previnem contra modismos inconseqüentes. O campo de estudo das Representações Sociais tem se mostrado bastante produtivo, passando pelo teste da crítica externa e sendo aperfeiçoado pela crítica interna (Sá, 1993).

Noções complementares têm-se juntado à teoria original, tais como a Teoria do Núcleo Central e esquemas periféricos de uma representação, trabalhadas por Flament e a interpretação epidemiológica da difusão das Representações Sociais proposta por Sperber (Sá, 1993).

Também tem sido examinada a hipótese de parentescos com relação a diferentes abordagens como "a construção social da realidade" de Berger e Luckmann (apud Sá, 1993), a etnometodologia e a história das mentalidades. Por outro lado, autores como Farr (citado por Nóbrega, 1990) consideram que são os valores individualismo/coletivismo e seus interesses polarizados que têm determinado a aceitação ou rejeição das Representações Sociais. Deste modo, os países catolicistas, de práticas voltadas para valores coletivos, geralmente expressam receptividade, enquanto que aqueles de tradição protestante e de conflito, de práticas individualistas bastante fortes, têm demonstrado resistência a penetração desse conhecimento (Nóbrega, 1990).

Foi a vinda de Denise Jodelet, ao Brasil, em 1982 que impulsionou os pesquisadores brasileiros para, a partir de então, assumirem a convicção e o desejo de trabalhar com a teoria das Representações Sociais (Sá & Arruda, 2000). No campo da

saúde, sua abordagem é recente, pois essa área possui uma trajetória histórica que favoreceu a manutenção de uma distância da esfera do social e do simbólico. O clássico trabalho sobre a Representação Social da saúde e da doença de Claudine Herzlich em 1969, marca o início das pesquisas da área (Herzlich, 1986). Ainda hoje, desafios que se colocam, no atual momento, para estudos amparados na Teoria das Representações Sociais no campo da saúde, são a articulação da teoria com os paradigmas dessa área; o rompimento com a tradição de estudos descritivos; o rompimento com a falsa oposição quali-quantitativo; e finalmente o desafio do refinamento epistemológico (Oliveira, 2000)

Moscovici (1994, p.14) afirma que "a Teoria das Representações Sociais, mesmo que possa suscitar resistência ou discordâncias entre nós, permanecerá criativa por tão longo tempo, o quanto ela souber aproveitar as oportunidades que cada método disponível possa oferecer." Sousa Targino (1995) considera que outras possíveis limitações teóricas do estudo serão superadas com a continuidade das discussões e evolução das pesquisas.

Inegável é a afirmação de que o campo de estudo das Representações Sociais está em franca expansão nas várias áreas da ciência. Concorde-se com os diversos autores, que o consideram como uma das maneiras de dar espaço à criatividade do pesquisador, principalmente em termos metodológicos, aperfeiçoando, assim, a ciência que, enquanto tal, tem a obrigação de incessantemente buscar respostas para a imensa indagação que o mistério da existência nos traz. Domingos Sobrinho (1998) destaca que a Teoria das Representações Sociais permite preencher lacunas abertas pela chamada crise dos paradigmas respondendo, ou contribuindo, para a formulação de novas hipóteses para velhos problemas, tendo características como vitalidade, transversalidade e complexidade.

Portanto, entendendo a Representação Social como a Teoria que investiga o binômio representação-ação, o presente estudo pauta-se neste enfoque, com a finalidade de investigar a Representação Social do Medicamento por Farmacêuticos da Cidade de Campina Grande, Paraíba.

Na próxima seção, será abordada a metodologia utilizada para concretizar a pesquisa que consolidou este trabalho.

## **III - METODOLOGIA**

### III.1. Métodos de Procedimento

Segundo Sá (1996, p.99) "o campo das Representações Sociais - pela própria natureza dos fenômenos estudados - ... repousa firmemente sobre as atividades da pesquisa empírica". Também ressalta que a pesquisa em Representações Sociais tem se caracterizado por uma utilização criativa e diversificada de métodos e pelo desenvolvimento de novas técnicas tanto para a coleta como para o tratamentos dos dados.

Neste trabalho optou-se por seguir a abordagem plurimetodológica proposta por Jodelet (1998) incluindo investigações sócio-demográficas dos entrevistados feitas através do uso de questionários e entrevistas, investigações associativas que inclui o teste de associação livre de palavras, bem como uma investigação histórica, descritiva e analítica buscando contextualizar a atuação do profissional farmacêutico e sua representação acerca do medicamento.

Dessa forma, acreditou-se superar o grande problema teórico e metodológico da construção do objeto levantado por Jodelet (1995), que inclui erros causados por procedimentos comuns a outros tipos de pesquisas que incluem, segundo tradução de Sá (1996, p.102), "fechamento do discursos e/ou descontextualização de produção ou falta de relação com a prática; respostas de complacência e de desiderabilidade social ou ainda racionalizações em relação a posições efetivamente adotadas; caráter intuicionista das

interpretações; leitura de tipo hermenêutico sem domínio dos mecanismos de emergência das significações, etc."

### III. 2. Sujeitos.

Fizeram parte desta pesquisa 60 (sessenta) farmacêuticos da cidade de Campina Grande - PB, inscritos no Conselho Regional de Farmácia da Paraíba (doravante denominado CRF-PB), seccional Campina Grande, que detinham responsabilidade técnica por farmácias e/ou drogarias na época da coleta dos dados (meses de abril a agosto de 2000). Tal escolha se deve ao fato de que os não inscritos estão impedidos, legalmente, de exercer a profissão e os responsáveis técnicos deveriam ter uma representação mais consistente do medicamento. A localização dos sujeitos foi baseada, inicialmente, numa relação de farmacêuticos fornecida pelo CRF-PB. Posteriormente, devido a problemas com a não atualização na referida lista, visitou-se farmácias e/ou drogarias e até laboratórios de análises clínicas, em busca dos sujeitos, mantendo sempre o mesmo critério: serem responsáveis técnicos por farmácia e/ou drogarias.

Dos 60 (sessenta) sujeitos em questão, 40 (quarenta) foram escolhidos aleatoriamente e submetidos a entrevista semi-estruturada. Nossa decisão em limitar o número de entrevistados, baseou-se nos argumentos de Sá (1998a): para as entrevistas em profundidade, pode-se utilizar um critério conhecido como "saturação", que consiste em fazer as entrevistas até o ponto em que considerarmos as respostas "saturadas", ou seja, quando detectamos que os temas e/ou argumentos se repetiam. O mesmo autor enfatiza

que nesse ponto, "entrevistar uma maior quantidade de sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo da representação; pode-se então realizar mais umas poucas entrevistas e parar" (Sá, 1998a, p.92). Na medida em que foi-se realizando as entrevistas, foi-se avaliando-as periodicamente e concluiu-se que, nas entrevistas semi-estruturadas, poderia-se utilizar o argumento semelhante, considerando saturadas as respostas que já estavam muito repetidas.

Considerou-se excluídos os sujeitos a que não foi possível ter acesso por falta de atualização da citada relação, por se recusarem a participar da pesquisa, ou por dificuldades de acesso aos sujeitos argumentadas pelos proprietários das farmácias.

### III.3. Instrumentos.

Utilizamos em nossa pesquisa o questionário misto, a associação de palavras e a entrevista semi-estruturada. Propõe-se o uso da triangulação metodológica como uma forma de aprofundamento da análise da Representação Social mas não como caminho para se chegar à verdade objetiva. Entretanto, mister se faz considerar que *"o potencial da triangulação de diferentes abordagens metodológicas está na combinação de diferentes perspectivas na pesquisa e na possibilidade de focalizar diferentes aspectos do problema em estudo"* (Flick, 1992, p.47). Spink (1993, p.106) defende essa proposta como uma possibilidade de se acessar ao conhecimento subjetivo (e o sentido pessoal que esse conhecimento assume) e as interações sociais (a produção e os efeitos das Representações Sociais).

Em 1993, Farr (apud Sá, 1998) afirmou que a Teoria das Representações Sociais não privilegia nenhum método de pesquisa, em especial, e que, de acordo com seu enquadramento teórico-conceitual, deverá ser feita a escolha deste. Pareceu, especialmente, pertinente a articulação entre abordagens distintas entre si, utilizando-nos da teoria do núcleo central, para análise da associação de palavras e do aprofundamento que a análise qualitativa das entrevistas, feita por análise de conteúdo, nos possibilita.

#### III.4. Delimitação da Pesquisa.

Para a concretização deste trabalho, efetuou-se uma pesquisa de campo com farmacêuticos incluídos na relação do CRF-PB, de acordo com a demarche que propõe G. Michelat "escolha de um pequeno número de pessoas diversificadas representativas do assunto estudado. Não se trata de amostragem, mas sim de seleção de indivíduos em função dos critérios do investigador." (citado por Thiollent, 1982, p.86)

Na maioria dos casos, o primeiro contato com o entrevistado foi telefônico, visando agendar hora e local, para que a entrevista se efetivasse, sempre de acordo com a conveniência do entrevistado.



### III.5. Procedimentos:

No mês de abril/2000, realizou-se um estudo piloto envolvendo 15 (quinze) sujeitos para testagem e validação dos instrumentos e método em questão, a partir do qual efetivou-se os ajustes necessários ao prosseguimento do estudo.

Durante a pesquisa, assegurou-se ao entrevistado total sigilo de sua identidade, como também esclarecimentos acerca do uso dos dados em questão. O consentimento do entrevistado, para a utilização dos dados na pesquisa, foi condição indispensável para a inclusão do sujeito no estudo. Os instrumentos foram aplicados na seqüência: questionário, associação de palavras e entrevista.

A aplicação do questionário seguiu sugestões de Thiollent (1982, p.33), o qual afirma que a aplicação mais eficiente "supõe relacionamento entre entrevistador e entrevistado. O entrevistador deve ler as questões sem fazer comentários e notar as respostas." Através deste instrumento, foi possível coletar dados sócio-demográficos, além de iniciar reflexões a respeito da atuação do farmacêutico, enquanto profissional do medicamento, num total de 17(dezessete) questões objetivas, sendo que 2 (duas) exigiam justificativa para a escolha da resposta (ver anexo 1).

A associação de palavras foi operacionalizada a partir da seguinte pergunta feita ao entrevistado: "Cite 3 (três) palavras que você lembra quando vê ou escuta a palavra MEDICAMENTO" mostrando ao indivíduo, nesse momento, a palavra citada escrita com

letras maiúsculas, do tipo *Lucida Handwriting* de tamanho 72 (setenta e dois), impressa em cor preta, em uma folha de papel ofício branca (vide anexo 2). Tal procedimento baseou-se na estratégia metodológica de acesso ao Núcleo Central de Vergès, apresentada por Sá (1996). Também teve-se a preocupação de registrar, dentre as palavras citadas, qual delas era, para o sujeito, considerada a mais importante, com o intuito de como Vergès "deixar de confiar, exclusivamente, na ordem imediata que as palavras lhe vêm à mente como indicador adicional de saliência." (Vergès citado por Sá, 1996, p.121-122)

Para aquelas palavras que se mostraram como prováveis constituintes do núcleo central, utilizou-se o processo de refutação proposto por Moliner (citado por Sá, 1996). Segundo esse autor, esse método pode ser utilizado como um importante artifício do questionamento de sua participação no núcleo central, uma vez que "a ausência de elementos verdadeiramente centrais implicaria na desestruturação da representação" (Sá, 1996, p.154). Na presente pesquisa, para cada um dos elementos centrais anteriormente levantados, aplicou-se o questionário II, que consta no anexo 3.

Terminada essa etapa, iniciou-se a entrevista propriamente dita, feita de maneira informal e descontraída. Após consentimento do entrevistado, toda conversa foi gravada em fita cassete e, posteriormente, transcrita *ipsis litteris*. Esse material possibilitou a complementação e/ou esclarecimentos dos questionamentos lançados nos instrumentos utilizados anteriormente, na medida em que procurou-se manter uma atitude que favorecesse o captar e o apreender de categorias, interpolações de silêncios, de lacunas, contradições, conflitos e, principalmente, o sentido do discurso, potencialmente manifesto nas atitudes latentes.

Para análise das respostas subjetivas do questionário e da entrevista semi-estruturada, utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo, de Bardin (1977). Um conceito

dessa técnica é dado por Berelson (citado por Bardin, 1977, p.36): "É uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações". Autores como P. Henry e S. Moscovici, afirmaram que "tudo que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a Análise de Conteúdo." (citado por Bardin, 1977, p.33)

Neste trabalho, optou-se por seguir um roteiro de organização da análise proposto por Bardin, organizando-a em três pólos cronológicos:

- a) a pré-análise;
- b) a exploração do material;
- c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

O primeiro pólo (a pré-análise) é a fase de organização propriamente dita. "Pode ser considerado um período de intuições, tendo como objetivo tornar operacionais e sistematizadas as idéias iniciais, de maneira a viabilizar as demais etapas da análise" (Bardin, 1979, p.95). O estudo piloto foi fundamental nessa etapa, uma vez que, através dos resultados obtidos, pode-se prever, de uma certa forma, quais os assuntos considerados relevantes e que, se não mencionados, deveriam ser provocados na entrevista.

De posse das entrevistas propriamente ditas, passou-se a atividade de "leitura flutuante" que consiste em estabelecer contato com os documentos, analisar e conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações." (Bardin 1977, p.96)

A preparação do material consistiu em recortar as entrevistas por tema, ou seja, fez-se uma primeira categorização semântica. Das entrevistas em estudo, detectamos 4

categorias que denominamos: *Medicamento Representa...*, *Atuação do Farmacêutico*, *Propaganda de medicamentos* e *Genérico* .

O segundo pólo, ou seja, a exploração do material, se deu a partir da codificação de cada categoria que passou a ser estudada individualmente. Novos recortes foram feitos, visando evidenciar as frases de efeito mais fortes, ou que resumissem o sentido do discurso naquele momento.

O terceiro pólo é constituído do tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação. No tratamento dos resultados obtidos, procurou-se detectar a frequência de cada tema evocado ao longo dos discursos, para se ter uma idéia mais concreta do que estaria por trás de cada frase e, conseqüentemente, nos possibilitaria uma interpretação.

## **IV - RESULTADOS**

Através do questionário, foi possível traçar o perfil da amostra em estudo. Utilizando o software EPIINFO, versão 6.04 (Dean et al.,1994), foram apontados os seguintes dados:

QUADRO 1 - Parâmetros Sócio-demográficos de Sessenta Farmacêuticos Responsáveis Técnicos por Farmácias na Cidade de Campina Grande. Abril a agosto de 2000.

Idade (anos)	SEXO F (%)*		Estado Civil F (%)			Total
	Masculino	Feminino	Solteiro	Casado	Divorciado	
22 a 25	02 (3,3)	06 (10,0)	06 (10,0)	02 (3,3)	-	08 (13,3)
26 a 35	02 (3,3)	18 (30,0)	06 (10,0)	14 (23,3)	-	20 (33,3)
35 a 52	07 (11,7)	25 (41,7)	05 (8,3)	23 (38,4)	04 (6,7)	32 (53,4)
<b>Total</b>	<b>11 (18,3)</b>	<b>49 (81,7)</b>	<b>17 (28,3)</b>	<b>39 (65,0)</b>	<b>04 (6,7)</b>	<b>60 (100,0)</b>

\* doravante leia-se: F= frequência absoluta e (%) frequência percentual

O Quadro 1 revela que, na amostra estudada, há predominância da população feminina, com média de idade de  $36 \pm 8,8$  anos, totalizando 81,7% dos sujeitos que compõem esse grupo. Também mostra-se que as pessoas casadas constituem maioria dos entrevistados (65%).

No mesmo quadro, pode-se observar dados que apontam para a maior parte de entrevistados com idade superior a 35 anos (53,4%), em contraposição com uma minoria com idade inferior a 25 anos (13,3%). Comparando com os dados do Quadro de Formação Acadêmica (quadro 2), verifica-se que, dentre os entrevistados, 56,6% são graduados há mais de 10 anos, e apenas 16,6% têm menos de 5 anos de graduação.

QUADRO 2 - Dados da Formação Acadêmica de Sessenta Farmacêuticos de Campina Grande. Abril a agosto de 2000.

Universidade de Conclusão	Tempo de Graduação (anos) F (%)			Formação F (%)		Pós-graduação Latu senso - F (%)		Total
	< 5	5-10	>10	Farmacêutico	Farmacêuticos Bioquímicos	Sim	Não	
URNe / UEPB	08 (13,3)	16 (26,8)	31 (51,6)	02 (3,3)	53 (88,4)	19 (31,7)	36(60,0)	55 (91,7)
UFPB	02 (3,3)	-	03 (5,0)	01 (1,6)	04 (6,7)	-	5 (8,3)	5 (8,3)
<b>Total</b>	<b>10 (16,6)</b>	<b>16 (26,8)</b>	<b>34 (56,6)</b>	<b>3 (4,9)</b>	<b>57 (95,1)</b>	<b>19 (31,7)</b>	<b>41 ( 68,3)</b>	<b>60 (100,0)</b>

No quadro 2, observa-se que a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) foi apontada pela maioria dos entrevistados (91,7%) como a universidade de formação desses profissionais, enquanto que apenas 8,3% dos entrevistados foram graduados na Universidade Federal da Paraíba.

Também reveladores são os dados de predominância absoluta de farmacêuticos-bioquímicos atuando como responsáveis técnicos por farmácias - atingindo uma faixa de 95,1%; e da falta de interesse e até oportunidade em pós-graduação, visto que apenas 31,7% desses profissionais têm algum título de especialista.

Dentre as estratégias escolhidas pelos entrevistados para concretizar a atualização profissional, destacam-se as leituras técnicas que são utilizadas por 73,3% dos entrevistados; os cursos de atualização oferecidos na área, que atingem 41,6% dos sujeitos, enquanto que apenas 26,7% freqüentam congressos. Percentualmente, 16,7% dos entrevistados admitem não ter tempo de atualizar-se.

O quadro 3 fornece dados com relação à faixa salarial dos farmacêuticos expresso em salários-mínimos vigente (R\$151,00) e número de horas dedicadas à farmácia.

**QUADRO 3 - Faixa Salarial e Número de Horas Dedicadas à Farmácia,**

Declarados por Sessenta Farmacêuticos da Cidade de Campina Grande - Abril a Agosto de 2000.

Horas semanais dedicadas à farmácia	Salário* na farmácia				Total
	< 3	3 - 4	< 4 - 6	< 6 - 8	
0	19	-	-	-	<b>19</b>
1 - 10	20	01	-	-	<b>21</b>
10-20	07	-	-	-	<b>07</b>
20-40	03	01	01	-	<b>05</b>
40-44	-	02	02	04	<b>08</b>
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>04</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>60</b>

\* expresso em salário mínimo vigente = R\$151,00

Com relação ao número de horas semanais dedicadas à atuação farmacêutica, observou-se que muitos profissionais declararam não comparecer à farmácia em horários regulares. Desse modo, 19 profissionais assinalaram 0 (zero) com relação ao número de horas dedicadas à farmácia; nesses casos, a faixa salarial não ultrapassou o piso



salarial exigido pela legislação trabalhista para a categoria por mês (R\$539,65 por 40 horas trabalhadas). Complementando a renda com outras atividades, os mesmos profissionais apresentaram distintas faixas salariais, indo desde os que continuaram na faixa salarial anterior, até àqueles que declaram perceber mais de 8 salários-mínimos (R\$1.208,00).

Somando todos os profissionais que declararam dedicar menos de 20 horas semanais, atingiu-se 47 entrevistados ou mais de 78% do total da amostra. Viu-se que apenas 05 (8,3%) profissionais declararam dedicar entre 20 e 40 horas semanais; 08 (13,3%) declaram dedicar tempo integral ao trabalho na farmácia (40 horas ou mais).

A faixa salarial de cada categoria também foi registrada, ficando claro que os salários pagos aos profissionais podem ser considerados baixos, uma vez que apenas 4 (6,6%) profissionais, que se dedicam integralmente à farmácia, percebem de 6 a 8 salários mínimos, ou seja, até R\$1.208,00. Mesmo complementando a renda com outras atividades, a faixa salarial não sobe significativamente, apenas 1 dos entrevistados passa a perceber mais de 8 salários mínimos, isto é, mais de R\$1.208,00.

Apesar dessa situação salarial, 40 (quarenta) profissionais (66,6%) não possuem outras fontes de renda, a não ser a atividade profissional farmacêutica, incluindo a atividade laboratorial. Dentre os farmacêuticos que detêm outras fontes de renda, 07 farmacêuticos se dedicam ao comércio, 01 ao ensino e 12 a outras atividades.

Com relação ao local de trabalho dos entrevistados, podemos constatar que a maioria dos profissionais (55%) dividem suas atividades entre o laboratório de análises clínicas e as atividades da farmácia (ou pelo menos se responsabilizam tecnicamente por elas); 20% se dedicam apenas à farmácia, enquanto que um percentual expressivo, para o caso, de profissionais (13,3%) declararam trabalhar unicamente no laboratório (apesar de serem responsáveis técnicos por farmácias). Outras atividades, alheias à profissão

farmacêutica, são exercidas por 6,6% dos profissionais, como a atividade comercial ou outra profissão liberal (dentre as citadas: advogado, enfermeiro, odontólogo).

Notou-se que, apesar de haver uma distinção legal com relação às atribuições de uma farmácia para a de uma drogaria, na prática essa distinção é mínima.

O principal setor da economia, no qual está vinculado o trabalho do profissional, é o setor privado. Assim, 50% do total de entrevistados estão ligados a esse setor, enquanto que 38,3% estão vinculados aos setores público e privado, e 11,7% se vinculam apenas ao setor público.

Avaliando o tipo de atividade com que o profissional farmacêutico se ocupa, encontramos como principais resultados: 53,6% declararam exercer as atividades de responsabilidade técnica de farmácias e/ou drogarias, ao mesmo tempo em que realiza exames laboratoriais; 11,6% declararam exercer a atividade técnica como única atividade profissional; 8,3% declararam exercer a dispensação de medicamentos e a responsabilidade técnica como atividades profissionais e 5% dos entrevistados declararam exercer a atividade técnica em paralelo com outras atividades alheias à profissão farmacêutica. Desse modo, ressalta-se que a maioria dos farmacêuticos também atua como bioquímicos em laboratórios. Por outro lado, uma minoria (3,4%) trabalha em atividades específicas da profissão, como a manipulação de medicamentos.

Para complementar esses dados, aplicou-se uma questão contendo o seguinte enunciado para escolha de uma alternativa "A atuação de um farmacêutico é: ( ) essencial, ( ) importante, ( ) tem relativa importância, ( ) dispensável." Esclareceu-se aos entrevistados que nossa intenção era estabelecer uma escala de valores em que a opção "essencial" refletisse uma escolha do que é considerado imprescindível, porque "importante" seria algo que tem algum valor, se bem que, em determinados momentos se

pode prescindir. Graus de valores decrescentes eram assim proporcionais às demais alternativas. Os resultados das duas questões foram expressos no quadro 4.

QUADRO 4 - Atuação e satisfação profissional dos técnicos responsáveis por farmácias entrevistados em Campina Grande- PB. Abril a agosto de 2000.

Gosta da profissão?	A atuação do farmacêutico é: F (%)			
	Essencial	Importante	Relativa Importância	Total
Sim	28(46,7)	20(33,3)	03(5,0)	51(85,0)
Mais ou Menos	04(6,6)	03(5,0)	02(3,4)	09(15,0)
Total	32(53,3)	23(38,3)	05(8,4)	60(100,0)

Embora, numericamente, a maioria dos entrevistados (85%) tenham afirmado gostar da profissão, observou-se que, nas explicações dadas, em relação às opções escolhidas, um grande número de profissionais (33,3%) declararam que o motivo de sua satisfação era gostar das atividades desenvolvidas no laboratório de análises clínicas (nessas justificativas, foi facultado ao entrevistado um, ou mais de um motivo para explicar a opção escolhida).

Por outro lado, 51 profissionais (85%) declararam gostar das atividades da farmácia. Outros motivos foram apontados para essa escolha, dentre os quais destacamos: gostar do trabalho e/ou do ambiente de trabalho (18,3%) - nesse caso, não foi especificado se estavam se referindo à farmácia ou ao laboratório; uma profissão que possibilita ajudar às pessoas (8,3%); gostar de trabalhar com saúde e com o atendimento ao público (6,6%); admirar um parente que tinha a mesma profissão (5,0%).

Algumas respostas refletiram o pensamento de uma única pessoa, motivo pelo qual optou-se por não comentá-las. O que ficou mais destacado foi o fato de que,

embora tantos profissionais tenham respondido "sim" ao questionamento, apenas 18,3% assumem, como motivo dessa satisfação, as atribuições exercidas na farmácia, local em que o profissional tem oportunidade de trabalhar mais próximo com o medicamento.

Dentre os que responderam "sim", 46,7% consideraram a atuação do farmacêutico como "essencial"; 33,3% assinalaram para a mesma questão a opção "importante"; enquanto 5% escolheram a opção "tem relativa importância" - nenhum dos entrevistados respondeu "dispensável".

Dos que responderam gostar "mais ou menos" da profissão 6,6% a consideraram como essencial; 5% como importante e 3,3%, como "tem relativa importância". Nenhum dos entrevistados classificou a atuação do farmacêutico como dispensável.

O Teste de Associação de Palavras, viabilizado a partir do momento em que se pediu aos entrevistados que respondessem à questão: "Cite 3 palavras que você lembra quando você vê e/ou escuta a palavra MEDICAMENTO", conforme foi descrito na metodologia (página 43 deste trabalho), subitem procedimentos, teve sua análise operacionalizada de acordo com a Teoria do Núcleo Central (Sá, 1996; Tura, 1998).

As aglutinações, que se fizeram necessárias, foram feitas para as palavras que tinham frequência menor ou igual a 2 e, surpreendentemente, foram incluídas em 2 grupos, não sendo necessário excluir nenhuma das palavras, as quais abordavam: *Problemas Sociais* (fome, falta de medicina preventiva, medicina, acesso precário) e *Conceitos Técnicos* (dosagem, identificação do laboratório, aviamento, dispensação adequada, genérico, controle, prevenção, embalagem, medicamento controlado, bula).

A ordem média de evocação (OME) é, para cada palavra evocada, um valor calculado com a soma da frequência da palavra citada, em primeira evocação, multiplicado

por um (ou seja, lhe é atribuído peso 1) mais a frequência da mesma palavra, em segunda evocação, multiplicado por dois (lhe é atribuído peso 2) mais a frequência da palavra citada, em terceira evocação, multiplicado por três (lhe é atribuído peso 3) dividido pela frequência de evocação da palavra. A frequência de evocação é encontrada pelo somatório das frequências em que cada palavra foi evocada em cada posição.

Quanto menor a OME, mais significativa será a representação. O Teste de Associação de Palavras resultou em 180 evocações que foram agrupadas em 15 categorias descritas na quadro 5, de acordo com o consenso de 3 juízes (no caso, a mestrand, a orientadora e a co-orientadora desta pesquisa).

QUADRO 5 - Associações da Palavra Medicamento, por Ordem de Evocação, de Sessenta Responsáveis Técnicos por Farmácias em Campina Grande , PB. Abril a agosto de 2.000.

Palavras evocadas	1ª Evoc	2ª Evoc	3ª Evoc	F	Evocação + importante	OME
1. Saúde	17	9	7	33	14	1,69
2. Cura	15	9	8	32	07	1,78
3. Conceitos Técnicos	4	7	10	21	05	2,28
4. Doença	12	6	3	21	12	1,57
5. Alto custo	1	8	5	14	01	2,28
6. Responsabilidade	3	5	2	10	04	1,90
7. Farmácia	1	2	6	09	02	2,55
8. Médico	2	4	3	09	04	2,11
9. Necessidade	1	1	4	06	04	2,50
10. Cuidados	1	1	3	05	02	2,40
11. Tratamento	1	2	2	05	02	2,20
12. Alívio	-	3	1	04	-	2,25
13. Problemas Sociais	-	2	2	04	-	2,50
14. Confiança	2	1	1	04	-	1,75
15. Pesquisa	-	-	3	03	02	3,00
Total	60	60	60	180		32,76

MOME= 2,18

Frequência média de Evocação = 12

A partir dos valores obtidos, calculou-se dois novos índices que servirão de parâmetros para uma nova apresentação dos resultados. Trata-se das médias aritméticas da ordem média de evocação (que neste trabalho esta sendo denominada de MOME), e das frequências das palavras evocadas (denominadas de F). Esta técnica serve para a identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central das representações tal como foi usado por Vergès (apud Sá, 1996; Tura, 1998) cujas evocações que mais, provavelmente,

pertencem ao Núcleo Central teriam maior frequência de evocação e menor ordem média de evocação. Sá (1996) enfatiza que a proposta de Vergès combina dois critérios metodológicos, ou seja, a frequência com que a categoria é evocada pelo conjunto dos sujeitos (critério de natureza coletiva) e a ordem que cada um confere à categoria no conjunto de suas próprias evocações, sendo esse índice associado aos dos demais sujeitos, no cômputo de uma ordem média de evocação (critério de natureza individual).

O Esquema figurativo 1 é baseado no gráfico 1 (vide anexo 4) que foi traçado, considerando-se para o eixo x (abscissas) os valores referentes à OME da palavra e para o eixo y (ordenadas) os valores da frequência. Desse modo, a cada evocação corresponde um ponto no gráfico, que nos sugere uma correlação positiva entre as variáveis, segundo o modelo proposto por Vieira (1986) e por Beaufilet (1996). Se deslocarmos esse eixo para o ponto que representa o valor de suas médias, visualizaremos 4 quadrantes que estão representados no esquema figurativo 1. Expressaremos, no quadrante superior esquerdo, as evocações que apresentam  $OME < 2,18$  (que no caso é sua média) e  $F > 12$  (que a média de frequências). No quadrante superior direito, as evocações de  $OME > 2,18$  e  $F > 12$ ; no quadrante inferior esquerdo, as evocações de  $OME < 2,18$  e  $F < 12$ ; no inferior direito, aqueles que tiverem  $OME > 2,18$  e  $F < 12$ .

Desse modo, as evocações que figuram no quadrante superior esquerdo são as que mais provavelmente fazem parte do Núcleo Central; as que estão, no quadrante inferior direito, pertencem ao sistema periférico. As demais são consideradas intermediárias e, no estudo em questão, não se situam bem definidas.

ESQUEMA FIGURATIVO 1 - Identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central das representações acerca da palavra medicamento por responsáveis técnicos por farmácias em Campina Grande, PB. Abril a agosto de 2000. (adaptado do estudo de Vergès 1992, apud Tura, 1998)

Ome < 2,18 e F > 12	Ome > 2,18 e F > 12
Saúde (33) 1,69 Cura (32) 1,78 Doença (21) 1,57	Conceitos Técnicos (21) 2,28 Alto custo (14) 2,28
Ome < 2,18 e F < 12	Ome > 2,18 e F < 12
Responsabilidade (10) 1,90 Médico (9) 2,11 Confiança (4) 1,75	Farmácia (9) 2,55 Tratamento (5) 2,20 Cuidados (5) 2,40 Necessidade (6) 2,50 Alívio (4) 2,25 Problemas Sociais (4) 2,50 Pesquisa (3) 3,00

Através desse esquema, é possível visualizar as palavras Saúde, Cura e Doença como evocações de  $F > 12$  e  $OME < 2,18$ , que se situam no quadrante superior esquerdo, sendo os prováveis constituintes do Núcleo Central. No quadrante inferior direito, temos as evocações farmácia, tratamento, cuidados, necessidade, pesquisa, alívio e problemas sociais, que nesse estudo configuram, provavelmente, o sistema periférico. As demais evocações constituem um sistema intermediário, ou não se revelaram muito bem definidas nesse trabalho, constituindo o que Flament considera como "periferias próximas" ou "sub-estruturações periféricas" (apud Sá, 1998c).

Também foi possível verificar o comportamento da correlação das categorias mencionadas nas três evocações, bem como as consideradas mais importantes. Para tanto, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman, obtendo-se um valor de coeficiente de



correlação igual a 0,788. Esse resultado indica a existência de uma correlação positiva significativa ao nível de 1% entre as categorias prontamente associadas e as indicadas como mais importantes.

O gráfico 2 (ver anexo 5), no qual se relacionou a indicação da palavra mais importante e as evocações realizadas, foi elaborado com o objetivo de melhor visualizar essa correlação. Nele foi traçada uma linha imaginária na qual estariam situadas as categorias, caso apresentassem perfeita compatibilidade das frequências de evocação e de indicação da evocação mais importante. Observa-se que há uma aproximação entre os valores reais e a referida linha.

A tabela 1 mostra o resultado do teste de refutação aplicado para as evocações que se encaixaram no quadrante superior esquerdo do esquema figurativo apresentado anteriormente. A importância desse teste foi argumentada por Sá (1996, p.154), considerando que, "metodologicamente uma forma de se colocar em evidência o valor simbólico e, portanto, a centralidade de um elemento, consiste em perguntar aos sujeitos se, na ausência de tal cognição, o objeto de representação ainda mantém sua identidade. Isso foi feito também nessa pesquisa, para cada um dos prováveis elementos centrais anteriormente levantados (saúde, cura, doença), conforme está no questionário II do anexo 3. Nota-se que, para as três evocações, a resposta "Não, não se pode" foi citada com altos percentuais atingindo 93,4% para a "Saúde"; 80,0% para "Doença" e 81,7% para "Cura". Esses resultados possibilitaram-nos confirmar a presença desses elementos no Núcleo Central da representação do "Medicamento" por farmacêuticos da cidade de Campina Grande, envolvidos neste estudo.

Tabela 1: Resultado do Teste de Refutação de Palavras dos constituintes do Núcleo Central, da Representação Social de Medicamentos para 60 (sessenta) responsáveis técnicos da cidade de Campina Grande, PB; dezembro de 2.000.

<i>Respostas</i>	<b>Pode-se pensar em medicamento sem pensar em:</b>		
	<b>SAÚDE ?</b>	<b>DOENÇA ?</b>	<b>CURA ?</b>
<b>Não, não se pode</b>	56 (93,4%)	48 (80,0%)	49 (81,7%)
<b>Sim, pode-se</b>	03 (5,0%)	10 (16,7%)	09 (15,0%)
<b>Não sabe / Não respondeu</b>	01 (1,6%)	02 (3,3%)	02 (3,3%)
<b>TOTAL</b>	60 (100,0%)	60(100,0%)	60 (100,0%)

A Entrevista semi-estruturada foi analisada de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), que descrevemos no ítem III.5, correspondente a procedimentos desta pesquisa (ver p.70).

O Quadro 6 expressa as categorias em estudo, respectivas sub-categorias e evocações. Nas demais, são apresentados exemplos de evocações referentes a cada categoria individualmente.

Quadro 6. Panorama geral das evocações sobre medicamento em 40 entrevistas semi-estruturadas com responsáveis técnicos por farmácias na cidade de Campina Grande, PB. Abril a agosto de 2000.

<i>Categorias</i>	<i>Nº de entrevistas em que foi evocada</i>	<i>Sub-categorias</i>	<i>Evocação</i>
Medicamento Representa...	40	Aspectos Positivos	Cura Conceitos Técnicos Saúde Doença Necessidade Médico Farmacêutico
		Aspectos Negativos	Falsificação Altos preços Falta de Qualidade Efeitos Colaterais Uso indiscriminado Política de Medicamentos Atuação do médico
Atuação do Farmacêutico	26	Aspecto Positivo	Orientação
		Aspectos Negativos	Baixos salários Função não reconhecida Comércio Falta de apoio da classe Falta de fiscalização
Propaganda de Medicamentos	32	Aspectos Positivos	Informação Amostras grátis
		Aspectos Negativos	Automedicação Prescrição Aumento das vendas Vantagens aos médicos Vantagens aos balconistas Deveria ser feita ao farmacêutico Necessita de fiscalização
Genérico	36	Aspectos Positivos	Preço Qualidade
		Aspectos Negativos	Quantidade insuficiente Favorece o comércio Desinformação Falta de credibilidade

QUADRO 7 - Representações da categoria *Medicamento representa...* apresentada em aspectos positivos e negativos de 40 quarenta responsáveis técnicos por farmácias da cidade de Campina Grande. Abril a agosto de 2000.

<b>Aspectos Positivos</b>			
<i>Categorias</i>	<i>Exemplos</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Cura	"E cura porque... cura veio assim imediatamente porque já... é o que a gente espera do medicamento". (13, F, 25.)* "O medicamento existe para você curar o mal". (2,M, 52.)	32	80
Conceitos Técnicos	"Medicamento representa uma fórmula... uma..., um fármaco, uma via de administração (silêncio)... sendo administrado através de uma certa dosagem". (4, F, 47.)	30	75
Saúde	"Você tem que ter saúde, para ter qualquer coisa na vida... está acima de tudo". (12, F, 32.)	24	60
Doença	"... o primeiro meio que a gente procura para se ver livre da doença, da dor, é o medicamento". (25, F, 24.)	23	57
Necessidade	"É uma necessidade primordial". (1, M, 44.)	15	37
Médico	"Tudo tem que ter um acompanhamento médico". (6, F, 25.)	11	27
Farmacêutico	"...eu acho assim, imprescindível, que a gente não separe medicamento de farmacêutico". (10, F, 37.)	11	27
<b>Aspectos Negativos</b>			
<i>Categorias</i>	<i>Exemplos</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Falsificação	"Infelizmente, no nosso país, existe dessas coisas; que isso era para ter uma punição muito grave de quem provocasse; porque está lidando com vidas humanas, não é uma brincadeira que você possa falsificar uma coisa do Paraguai, uma coisa assim, um objeto, mas isso aí é trabalhando com vidas e vidas é muita responsabilidade [sic] ." (35, F,40)	30	75
Altos Preços	"não fala assim em uma coisa acessível para a população...Quando um pobre chega na farmácia, olha o preço lá em cima!" (2, F, 49.) "E o preço do medicamento está se visando saúde?" (3, M, 40.)	20	50
Uso indiscriminado	"... se ele está tomando de maneira indiscriminada, pode até lesar a saúde dele ". (4, F, 40.) "devido ao uso indiscriminado e abusivo que há... pela própria cultura.. então é mais fácil se automedicar". (16, F, 28.)	15	37
Efeitos colaterais / Vício	" ... pode causar determinados efeitos colaterais que pode levar o paciente ao óbito". (19, M, 26.) "... às vezes também viciam." (1, F, 44.)	12	30
Omissão do Governo	" Só que não existe interesse nenhum dos governantes.." (10, F, 42.) ".. e o governo está aí, para quem tem dinheiro". (5, M, 42.)	12	30
Baixa Qualidade	"...Medicamento bem conceituado, bem Qualificado e medicamento de má qualidade... Com controle de qualidade, sem controle de qualidade, com princípios requeridos, ou não ..." (28, F, 47.) "...aí vem a questão dos bonificados..um pouco mais barato... o balconista indica. E a população é quem leva medicações que às vezes não são bem preparadas, não é? " (8, F, 30.)	09	22
Atuação do médico	"... Também por conta da dificuldade que se tem, hoje em dia, de se ir ao médico". (11, F, 26.) "... eu acho assim, que o médico deveria...explicar". (15, F, 31.)	06	15

\* Doravante leia-se: (Nº de seqüência, sexo: M= masculino; F= Feminino, idade.)

O Quadro 8 apresenta os resultados da categoria *Atuação do Farmacêutico*, com exemplos e frequência de evocação.

QUADRO 8 - Evocações da amostra estudada sobre a atuação do farmacêutico. Abril a agosto de 2000.

<b>Aspecto Positivo</b>			
<i>Categorias</i>	<i>Exemplos</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Orientação	"Eu sinto falta é disso, assim, você poder atuar como farmacêutica mesmo. Qual é o seu papel enquanto farmacêutica? Não é a orientação ao paciente?" (13, F, 31.)	12	30
<b>Aspectos Negativos</b>			
<i>Categorias</i>	<i>Exemplos</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Baixos salários	"... a questão que eu acho que todo mundo conhece que é a questão do salário, não é? Que exigem que o farmacêutico fique 24 horas do dia numa farmácia, e ao mesmo tempo não pagam ...bem. Assinam a carteira de um jeito e pagam de outro, não é isso?" (23, F, 38.)	18	45
Função não reconhecida	"Eu acho que eles são capazes de muitas coisas. E que eles não tem interesse nenhum que o farmacêutico esteja dentro da farmácia, por conta disso." (12, F, 35.) "Quando a gente vai assinar a farmácia, o próprio dono diz: 'Olhe minha filha, não precisa nem vir aqui. Não precisa nem vir! Eu lhe dou um dinheiro por mês, e só lhe dou um salário mínimo por mês, se quiser, se não quiser fique sem nada!'" (18, F, 28.)	13	32
Comércio	"Porque os donos de farmácia só pensam em que? No comércio, não é?" (14, F, 35.) "Eles acham que é um valor muito alto para um profissional que...não vende". (33, F, 31.)	11	27
Falta de apoio da classe	"..infelizmente, nós farmacêuticos, somos culpados por isso. Então muito se diz 'Não, se eu não fizer, vem outro e assina!'" (3, M, 40.)	11	27
Falta de fiscalização	"...a população, o governo, o conselho, a vigilância sanitária..., porque o que eu fazia.. não tinha, assim, esse apoio." (2, M, 52.)	06	15

O Quadro 9 apresenta os resultados da categoria *Propaganda de Medicamentos* com exemplos e frequência de evocação, enfatizando aspectos positivos e negativos.

QUADRO 9 - Aspectos positivos e negativos evocados sobre a *Propaganda de Medicamentos* por quarenta responsáveis técnicos por farmácias da cidade de Campina Grande (abril a agosto de 2000).

<b>Aspectos Positivos</b>				
<i>Categorias</i>	<i>Componentes</i>	<i>Exemplos</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Informação	Ao médico	"O lado positivo é justamente para aqueles que não tem acesso a ir a um congresso... acesso a novas drogas a novas substâncias, novos tratamentos". (33,F, 31.)	15	37
	À população	"E para a população a informação que eu acho que deveria ser é no caso de alguma descoberta... fazer ciente à população que a droga 'tal' que está sendo vendida com nome 'tal', eficiente no combate ao mal 'tal', para a pessoa tomar conhecimento, para poder um dia, quando precisar, não tomar o medicamento no escuro. Ter pelo menos alguma informação." (13, M, 47.)	4	10
Amostras grátis	População	"... um médico ou mesmo um dentista ele consegue aquelas amostras grátis. Aí, às vezes atende uma pessoa tão carente e ... tem o que entregar àquela pessoa. Pelo menos saiu dali, tanto com o diagnóstico, como com o remédio que realmente vai agir". (8, F, 30.)	2	5
<b>Aspectos Negativos</b>				
<i>Categorias</i>	<i>Exemplos</i>		<i>F</i>	<i>%</i>
Automedicação	"Eu acho a propaganda... péssima, porque induz a população à compra sem antes passar pelo médico. Induz...à automedicação." (38, F, 43.)		22	55
Prescrição	"Os representantes chegam para o médico e vão apresentando aquele medicamento que surgiu... e os médicos, é incrível, eles passam a utilizar aquele medicamento de tal modo, que os outros, anteriores, aquilo já não fica saindo bem..." (24, F, 24.)		10	25
Aumento das vendas.	"Então eu acho que tudo é fruto da propaganda, pois os grandes laboratórios, eles querem só vender medicamentos, não querem se importar se, realmente, o paciente vai ficar bom, se vai criar resistência ou não". (30, F, 24.)		10	25
Vantagens aos médicos.	"Para a classe médica, eu acho em parte ruim, eles vão muitas vezes, de qualquer maneira, eles vão muitas vezes, até assim... ganhar. Mas o médico que ganha em cima do laboratório eu não acho bom, não. Porque ele vai pensar só o lado dele, não vai pensar muito no paciente, não." (7, F, 35.)		7	17
Vantagens aos balconistas	"E aquela coisa de... da bonificação que é dada para balconistas, você vende mais "X", então você recebe bicicleta, carro, eu acho... eu acho nojenta." (7, M, 28.)		6	15
Deveria ser feita ao farmacêutico	"Aí é cruel, porque eles deveriam passar também para o farmacêutico. Mas não... o representante chega, me atropela, fala com o médico, vai embora e fica por isso mesmo. O médico é quem passa a informação para mim e eu vou pesquisar à parte, porque a propaganda que ele passa ao médico (em termos de informação) é uma coisa insignificante". (6, F, 25.)		4	10
Deveria ser fiscalizada.	"E põe a propaganda, a própria bula já se propondo a fazer alguma coisa, tem isso, tem aquilo, tem aquilo outro, mas alguém fiscaliza para ver se tem aquilo mesmo, na quantidade que está dizendo? " (28, F, 47.)		4	10

O Quadro 10 apresenta os resultados da categoria Genérico com exemplos e frequência de evocação, enfatizando aspectos positivos e negativos.

QUADRO 10 - O medicamento *Genérico* e suas implicações evocadas pela amostra estudada, abril a agosto de 2000.

<b>Aspectos Positivos</b>			
<i>Categorias</i>	<i>Exemplos</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Preço	"... é importante relacionado ao custo, ao preço para baratear o produto." (27, F, 34.) "Ter acesso a uma coisa bem mais barata quando a gente vê que as pessoas realmente precisam disso." (15, F, 31.)	26	65
Qualidade	"Eu acho que é bom. É bom assim, porque o princípio ativo é o mesmo... não vai fazer mal." (29, F, 32.) "Eu acho que é a mesma coisa. Que ela substitui e traz os mesmos resultados que esses medicamentos de laboratórios particulares podem trazer". (14, F, 35.)	19	47
<b>Aspectos Negativos</b>			
<i>Categorias</i>	<i>Exemplos</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Quantidade insuficiente	"... agora, não está havendo quantidade suficiente de medicamentos genéricos... não sei se o problema é da matéria-prima, se é muito caro, se é importada... a gente não está sabendo o problema que está havendo." (5, F, 51.)	13	32
Favorece o comércio	".. a pessoa está pensando que vai levar o genérico, então queira ou não continuam manipulando as pessoas para vender o que querem vender." (22, F, 33.)	11	27
Falta informação	"Não li nada sobre isso, não tenho nada em mãos que possa informar a você... E eu acho isso horrível, você não ter uma informação para dar, segura". (9, F, 32.) "Muito embora eu acredite que nem o farmacêutico esteja preparado para receber essa informação, nem o balconista e nem o médico. Tem que ter treinamento, tem que ter atualização das profissões." (6, F, 25.)	8	20
Falta credibilidade	"E se na televisão diz que ele faz o mesmo efeito que o outro, porque não (existe) só o genérico? Ou será que ele não tem o mesmo efeito? Eu fico me perguntando: o genérico é válido?" (1, F, 44)	8	20

**V - ANÁLISE E  
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



### V.1. Dados Sócio-Demográficos.

Dentro de um contexto de profissionais formado, em sua maioria, por mulheres casadas, de faixa etária superior a 35 anos, mal remuneradas e, muitas vezes, tendo seu trabalho desvalorizado pela empresa, foi vista uma realidade, que não permite a pessoa se firmar enquanto profissional. Esse perfil do profissional foi detectado pelo questionário, através do qual foi possível ensaiar o significado do medicamento para essa classe.

No quadro 1 (ver p.77), visualizou-se que a predominância da população feminina repete a realidade do mercado de trabalho da maioria das ocupações especializadas, confirmando os dados de Simonetti (2000, p.127) que declarou: "Entre os brasileiros que declararam imposto de renda, as mulheres formam maioria" em muitas profissões. Desse modo, 81,7% do total dos entrevistados pertenciam ao sexo feminino. Castro (1994) explica que o trabalho das mulheres é sempre associado a funções de assistência e cuidados, bem como a tarefas que exigem habilidades manuais e coordenação motora fina. O trabalho farmacêutico tem essas características.

Os dados apontam um percentual expressivo de pessoas casadas (65%). Sabe-se que essas pessoas geralmente são responsáveis pela renda familiar. Simonetti (2000) revelou que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o número de mulheres responsáveis pelas finanças da família aumentou, entre os anos de 1995 e de 1999. Seria a necessidade financeira, favorecida por essa condição (sustento das famílias) uma forte razão para estar submetidos a uma situação de sub-emprego? Ou será que essa situação resulta de acomodação, já que o homem geralmente é o maior provedor, e essa renda seria uma segunda alternativa da família?

No quadro 1 (p.77), pode-se ainda observar dados que apontam para uma maioria de pessoas com idade superior a 35 anos (53,4%), em contraposição com uma minoria com idade inferior a 25 anos (13,3%). Comparando com os dados do Quadro de Formação Acadêmica (quadro 2, p.78), verificou-se que, dentre os entrevistados, 56,6% são graduados há mais de 10 anos, enquanto apenas 16,6% têm menos de 5 anos de graduação. Isso desfaz o mito de que seria o recém-formado o profissional disposto a aceitar qualquer situação para iniciar-se no concorrido mercado de trabalho. Lança-se mais um questionamento: os profissionais mais jovens estariam se atualizando e buscando outras alternativas ou têm dificuldades de conquistar esse mercado de trabalho?

#### *Formação e Atualização Acadêmica.*

O quadro 2 (p.78) consolida a Universidade Estadual da Paraíba como importante pólo de formação de profissionais na região e chama atenção para sua responsabilidade, principalmente no que diz respeito à necessidade de implantação de cursos de atualização e de pós-graduação *latu senso e stricto senso* na área de farmácia.

Isso pode ser melhor explicitado quando se constatou que poucos profissionais da área possuem curso de pós-graduação, e os que detêm esses cursos são especialistas em nível *latu senso* em outras áreas da profissão, que não contemplam a questão do medicamento como prioritária.

A leitura técnica é o principal recurso dos profissionais para manter sua atualização. Os cursos de atualização oferecidos à categoria têm grande aceitação, entre os quais se destacam os cursos oferecidos pelo CRF-PB (atingindo 41,6%). No entanto, muitos gostariam de que houvesse mais cursos, cujos temas tivessem uma abordagem mais aprofundada. Já os congressos têm sido pouco freqüentados; o principal argumento, para esse fato, vem em forma de crítica aos preços cobrados aos profissionais, o que inviabilizam sua participação.

#### *Faixa salarial.*

A realidade financeira da classe realmente não é satisfatória, conforme pode ser observado no quadro 3 (p.79). Constatou-se que 49 dos 60 profissionais participantes da pesquisa (81,6%) percebem menos de 3 salários-mínimos por mês. Registrou-se que, dentre estes, muitos confidenciaram receber, na realidade, 1 salário-mínimo, havendo casos em que o salário é a metade desse valor. Em contraposição, apenas 4 profissionais (6,6%) recebem de 6 a 8 salários-mínimos (mais de R\$ 906,00 e menos de R\$ 1.208,00) e nenhum deles recebe 8 salários-mínimos ou mais (R\$1.208,00 ou mais). Fica, então, evidente a necessidade de se complementar a renda com outras atividades, sejam elas de competência da profissão ou não.

Verificou-se a renda total desses profissionais, ficando registrado que a renda sobe pouco e que, mesmo somando esses outros rendimentos, 13 profissionais (21,6%) continuam na mesma faixa salarial (menos de 3 salários-mínimos ou R\$453,00). Para compensar a situação, muitos deles declararam não comparecer ao local de trabalho (19 profissionais ou 31,6%); enquanto outros declararam "passar" pela farmácia, totalizando entre 1 a 10 horas por semana, situação que também é registrada no quadro 3. Observou-se que, nesses casos, fica claro o não compromisso com horário de trabalho, sempre justificado pelos baixos salários, por não ter condições de trabalho, ou pelo fato do proprietário da farmácia não querer a presença do profissional em seu estabelecimento. Oficializa-se, na prática, o "você faz-de-conta que trabalha e eu faço-de-conta que lhe pago." Cria-se, pois, um ciclo no qual os profissionais dizem que não cumprem horário porque não são bem pagos, e os empregadores dizem que não pagam bem porque o profissional não tem função no estabelecimento.

*Atividades desenvolvidas pelos profissionais.*

A atividade laboratorial, em análises clínicas, é a principal ocupação desses profissionais fora da farmácia, situação favorecida pela própria formação dos farmacêuticos em questão. Também constatou-se que a maioria dos estabelecimentos, denominados de "farmácia", não apresentam qualquer atividade que justifique essa nomenclatura, uma vez que os profissionais não manipulam, fracionam, ou executam qualquer atividade afim. As atividades ficam restritas ao comércio, o que muito mais se adequa ao termo "drogaria". A maioria, ou seja 53,3% dos entrevistados, declarou executar

atividades de responsabilidade técnica de farmácias e/ou drogarias em paralelo às atividades de laboratórios de análises clínicas.

#### *Empregadores.*

O comércio e, portanto, o setor privado da economia do país é muito importante para a profissão farmacêutica, oferecendo 85% do total dos empregos dos entrevistados. A busca pelas vendas traz conseqüências, relatadas por Coutinho (2000), para quem o Brasil é o quinto país do mundo em consumo de medicamentos, o que aliado às vendas sem orientação e sem prescrição fazem do nosso país, nos dizeres de Antônio Barbosa, presidente do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal, "um campeão de mortes por intoxicação" (apud Coutinho, 2000). No mesmo artigo a Fundação Osvaldo Cruz, do Rio de Janeiro, afirma que 30% das 80.000 mortes anuais por intoxicação, têm como causa o uso indevido de medicamentos. A busca desenfreada de vendas, por parte da indústria farmacêutica, também foi descrita por Carlini, em 1995.

#### *Nível de satisfação profissional*

Analisando as questões citadas no quadro 4 (p.82), foi através dos "porquês" às opções escolhidas que se detectou um grande desabafo dos profissionais, mesmo entre os que responderam "sim". As respostas pareceram refletir um certo grau de revolta que foram registradas nas respostas a essas questões e aprofundadas nas entrevistas. Por um lado, muitos afirmam que só o fato de "gostar tanto", explica a razão de ainda permanecerem nela. Por outro lado, a falta de reconhecimento financeiro, técnico e de espaço de atuação

nas farmácias é motivo de desestímulo desses profissionais. Algumas queixas se referiram, também, à formação acadêmica deficiente, oferecida no curso de graduação.

Para as respostas com relação à atuação do farmacêutico, nas opções essencial e importante, foram apresentadas as seguintes justificativas: é importante a orientação ao paciente com respeito ao uso inadequado de medicamento; o controle das vendas de medicamentos, evitando abuso por parte da população e seus danosos efeitos colaterais; evitar a prática da "empurroterapia" tão comum nos balcões de farmácia, por parte de vendedores e proprietários (Ciência Hoje, 1993; Carlini, 1995, Carlini & Masur, 1995) já comentadas no capítulo 3, deste trabalho; ação de fiscalização na venda do medicamento (medicamentos controlados); por auxiliar na manutenção da saúde, ou por ser uma necessidade legal.

Nas explicações dos que responderam "tem relativa importância", o clima de revolta explicitado na questão anterior (Você gosta de sua profissão?) foi confirmado. Os profissionais voltaram a afirmar não ter seu trabalho reconhecido tecnicamente, nem financeiramente, devido ao contexto atual que não oferece condições de atuação efetiva do profissional. Uma outra tendência pareceu estranha e distante das primeiras, mas foi revelada por pouco mais de 3% dos profissionais, com a declaração de não achar necessária a presença do farmacêutico durante todo o dia na farmácia, ou não achar correto interferir no "comércio dos outros". Desse modo, constou-se indícios de que o profissional sente-se um estranho no ambiente da farmácia.

## V.2. Determinação do Núcleo Central da Representação Social.

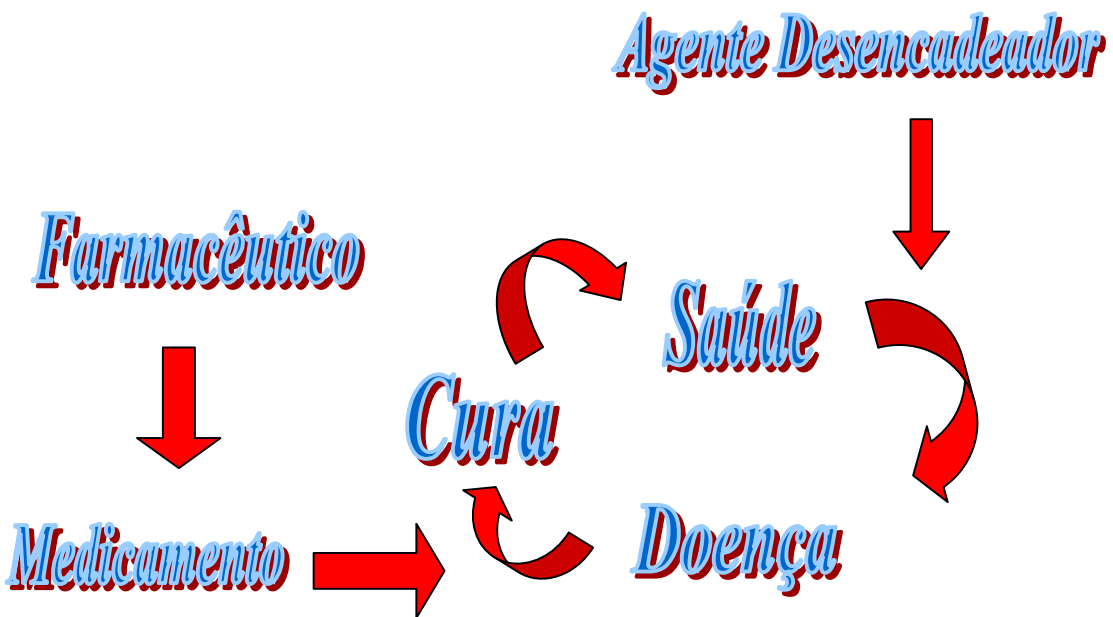
Buscando o significado do medicamento, o teste de associação de palavras foi particularmente útil. Seu resultado revela as palavras "Saúde", "Cura" e "Doença" no quadrante superior esquerdo. Segundo Sá (1996), "o quadrante superior esquerdo é facilmente interpretável: ele engloba as cognições mais susceptíveis de constituir o Núcleo Central da representação, na medida em que são aquelas mais freqüente e prontamente evocadas pelos sujeitos". O cálculo do coeficiente de correlação reforça essa posição, apresentando um valor significativo, o que sugere uma correlação positiva entre as categorias prontamente evocadas e as indicadas como mais importantes.

O teste de refutação, recomendado por Sá (1996), para se colocar em evidência o valor simbólico e, portanto, a centralidade de um elemento, confirmou a tendência para as três evocações, com elevados índices de aceitação para as três palavras. O que se evidenciou é que o medicamento parece ser, na visão dos sujeitos deste estudo, antes de mais nada, aquilo que vai mais prontamente ser utilizado no processo doença-em-busca-da-cura, no intuito de recuperar a saúde.

Isso sugere a presença de um ciclo em que o medicamento seria o agente utilizado para trazer a saúde a indivíduos doentes. Concorda-se com as afirmações de Canguilhem (1995, p.160) no sentido de que "Estar em boa saúde é poder cair doente e se

recuperar: é um luxo biológico". O mesmo autor conceitua a cura como a reconquista de um estado das normas fisiológicas. Nesse caso, a cura vem como resultado da ação do medicamento, restabelecendo a saúde, fechando o ciclo, que novamente se inicia com a interferência de fatores diversos - agente desencadeador, que podem resultar em doença, e assim sucessivamente. Esse ciclo estaria, então, em perfeita sintonia com a Teoria do Núcleo Central, segundo a qual cabe aos elementos que compõem o núcleo da representação as funções geradora e organizadora dessa mesma representação (Abric, 1998). Como agente todo-poderoso do medicamento está a figura do farmacêutico que, através de sua atuação como profissional do medicamento, possibilita que tudo isso se concretize.

**FIGURA 1: Esquema das Representações Sociais do Medicamento por Farmacêuticos da Cidade de Campina Grande, PB. Dezembro/2000**





Por outro lado, as evocações apontadas como pertencentes ao núcleo central não pareceram distante de resultados encontrados em outras pesquisas, feitas com sujeitos diversos, cujas representações pertenciam ao universo consensual. Moscovici (citado por Herzlich, 1986) considera que estabelecer limites entre os estudos de Representações Sociais com o discurso científico sempre foi um problema crucial. Isso porque as Representações Sociais representam um ponto de encontro da ciência e do senso comum. Tanto que, em seu trabalho sobre a Representação Social da Psicanálise, ele mostra como o pensamento científico penetra no pensamento comum, e sobre seu poder de criação de uma realidade social. Nesse caso, constatou-se que o inverso também parece ser verdadeiro, uma vez que, em se tratando de um universo reificado, detectou-se idéias já apontadas em outras pesquisas feitas no universo consensual, que se comentará a seguir.

A íntima relação entre saúde e doença foi detectada por Arruda (1985) em seu trabalho sobre a Representação Social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande, Paraíba. No trabalho de Minayo (1994b, p.66) sobre a representação da cura no catolicismo popular, a noção de cura é expressa como o "fenômeno pelo qual as pessoas recuperam a saúde física e mental, mas também como recuperação da segurança, do bem-estar, da honra e do prestígio, de tudo aquilo que seja reordenação do caótico, do imprevisível, do negativo em termos religiosos-ideológicos ou pessoais, em relação a si mesmo, aos outros e ao mundo".

Perrusi (1995, p.194) afirma que "a legitimidade do discurso sobre a doença é monopólio da Medicina, inibindo o surgimento de outras concepções de doença suficientemente competitivas e legítimas. Em conseqüência, a Representação Social da

doença, entre indivíduos não médicos, se revela, tão-somente, a partir de sua relação com o conhecimento oficial e oficioso da Medicina".

*Importância do Sistema Periférico das Representações Sociais.*

Notou-se uma aparente contradição: se os sujeitos consideram sua atuação tão importante e, em alguns casos até mesmo essencial, (conforme quadro 4, p. 82), por que esses mesmos sujeitos não estão lutando para se manter atuantes, estando, na maioria dos casos, até mesmo distantes do objeto medicamento, que deveria lhe conferir prestígio e lugar de destaque na sociedade?

Nas evocações detectadas, que foram classificadas como sendo do Sistema Periférico da Representação, tem-se a resposta para muitas indagações, confirmando a importância deste sistema na prescrição de comportamentos, conforme apontado por Flament (citado por Abric, 1998). As palavras apontadas foram: *farmácia, tratamento, cuidados, necessidade, pesquisa, alívio e problemas sociais*; estas devem dar conta de aspectos da representação como a proteção do núcleo central e, ao mesmo tempo, de algum modo permitir uma certa heterogeneidade de comportamentos dos sujeitos e de conteúdo das representações.

Dentre elas, destacam-se termos relativos a *problemas sociais* - elementos significativos no contexto das Representações Sociais da saúde. Herzlich (1986) em seu trabalho, sobre a Representação Social da saúde e da doença, afirmou que a doença e a saúde não são fenômenos estanques ou isolados dos fenômenos sociais. Perrusi (1995) em seu estudo sobre a Representação Social da Doença Mental na Psiquiatria, revela que o médico, apesar de minimizar a significação social da doença, não apenas trata uma entidade

física chamada doença, mas também a impregna, mesmo involuntariamente de significação social. As outras categorias serão comentadas a seguir, na análise das entrevistas.

### V.3. As Entrevistas e suas Categorias.

Após a leitura exaustiva das entrevistas, chegou-se às categorias expressas no quadro 6 (p.90), Passando a comentá-las uma a uma em seus aspectos positivos e negativos. É interessante lembrar as observações de Farr (citado por Herzlich, 1986), segundo as quais o indivíduo atribui a ele mesmo a responsabilidade dos acontecimentos positivos e atribui ao exterior a responsabilidade dos acontecimentos negativos.

#### V.3.1. Medicamento Representa...

Na categoria *Medicamento representa...* aspectos positivos, a cura aparece como evocação mais freqüente nas entrevistas analisadas. Na busca da compreensão do pensamento dos sujeitos nesse patamar, recorreu-se a dicionários nos quais foram encontradas as seguintes definições: *Cura: restabelecimento da saúde; meio de debelar uma doença* (Ferreira, 1986, p.511); *restabelecimento da saúde, tratamento* (Bueno, 1986, p.318) este último autor se refere ao adjetivo *curado* como *são, sanado, medicado*.

Desse modo, na medida em que, para o profissional farmacêutico *medicamento representa cura*, fica claro sua indissociabilidade da saúde e da doença. A História mostra não haver como negar que o medicamento, desde a sua origem, está ligado à noção de cura. Conforme foi comentado no capítulo 1, Ansel (2000) relata que foi o próprio instinto de sobrevivência que fez com que o homem utilizasse vegetais, animais e minerais como elementos de cura e alívio. Para Neves (1994), o tratamento das doenças, desde os primórdios da humanidade, passa pelo uso de rituais e oferendas associados ao uso de ervas e outros materiais. Daí a necessidade de se recorrer à História para introduzir este trabalho.

Um importante relato *Sobre a Sociologia da Saúde* foi feito por Nunes, em 1999. Considerado por Minayo (1999) como um dos pilares da sociologia da saúde no Brasil, esse autor retoma as explicações de Sigerist. Para ele, a doença significa interrupção no ritmo da vida. Acrescenta também que o homem doente vive diferente do resto da sociedade saudável e que "a doença isola" (Nunes, 1999, p.48). Ser doente significa sofrer. Sofrer por ser passivo, estando abandonado e entregue aos cuidados de outras pessoas. Sofrer por sentir desconforto que, muitas vezes, é expresso através da dor. Para Ferreira (1994), a simples perspectiva de dor causa um sentimento de aversão, de modo que um dos grandes desafios da medicina é dominá-la. Essa por sua vez, algumas vezes se converte em medo, e o maior de todos eles é o medo da morte: "Toda doença grave é uma lembrança de morte" (Nunes, 1999). Perrusi (1995) afirma que as doenças podem ser consideradas como "desvios sociais". A idéia da representação do medicamento, como algo que vai curar e também restabelecer a saúde, parece ser a principal fundamentação do pensamento da maioria das pessoas - não estando distante da realidade encontrada nesta pesquisa.

Henry Sigerist, médico e historiador francês, afirmou no ano de 1929, em texto publicado na Alemanha, que um ritmo sem distúrbio significa saúde (citado por Nunes, 1999). Na Grécia clássica, a saúde aparecia como o bem mais alto. O clássico filósofo Sócrates já comentava que a maior benção para um homem é possuir a saúde do seu corpo; o médico aparece nessa sociedade como altamente valorizado por preservar e restaurar a saúde. Desse modo, "O homem doente deve tornar-se sadio novamente a fim de angariar de novo sua dignidade como pessoa"; e "cabe hoje, a quase toda a pessoa, entre os seus poderes, o de manter a saúde e curar a doença. Exige-se que o indivíduo esteja permanentemente consciente de sua obrigação perante o bem-estar geral da sociedade" (Nunes, 1999, p.50). Hoje, a idéia central da utilização do medicamento ligada ao processo doença-cura-saúde também vem nesse sentido. Situando-a no contexto das Representações Sociais, são idéias que foram apropriadas pelo universo consensual, não deixando de estar enraizadas no universo reificado.

Por outro lado, a formação técnica advinda do curso de graduação é algo que definitivamente marca a idéia do sujeito pelo resto de sua vida. Os conceitos técnicos foram uma constante no discurso dos farmacêuticos entrevistados, talvez pela própria preocupação de manterem-se enquanto profissionais e por serem sabedores de que a pesquisa foi feita tendo como objetivo buscar a opinião dos sujeitos na função de responsáveis técnicos por farmácias. Tanto é que, alguns deles, quando procurados, demonstravam temor de estar sendo "avaliados ou fiscalizados" no exercício das funções farmacêuticas e uma preocupação excessiva em se posicionarem de maneira "correta", dentro do que a sociedade espera de um profissional farmacêutico. Sentindo essa tendência, a entrevistadora procurou manter os encontros num clima de cordialidade e, algumas vezes, de cumplicidade - atitude facilitada talvez, por possuir a mesma formação acadêmica dos

entrevistados. Acredita-se, no entanto, que foi possível apreender o pensamento dos sujeitos com o mínimo de interferência possível. Nesse ponto, a atitude dos farmacêuticos coincide com a de médicos psiquiatras relatada por Perrusi (1995, p.118). Nesse estudo, o autor detectou que a pergunta "o que é doença mental?" para esses médicos, atingiu diretamente as premissas do saber psiquiátrico, "fazendo com que no fundo, o profissional responda defendendo-se".

A noção de necessidade que aparece na categoria Medicamento representa... não deixa de estar ligada à recuperação/manutenção da saúde. Com o intuito de aprofundar os comentários a esse respeito, não se pôde deixar de recorrer, mais uma vez, às Ciências Sociais para complementar a idéia. Giovanni (1980) descreve o conceito de necessidade como algo que corresponde a um elemento exterior, que seja necessário ao funcionamento de um organismo. "Subjetivamente, trata-se de um estado de tensão em que se encontra um indivíduo ou grupo enquanto privado deste elemento. A necessidade é uma força que organiza a percepção, o raciocínio, o esforço e a ação, de modo a transformar a situação existente".

O mesmo autor constata uma concepção que estabelece uma relação necessária entre um sujeito (indivíduo ou grupo social) e um objeto (bem, mercadoria); o sujeito é aquele que carece do objeto e o objeto é aquilo de que carece o sujeito. Para Marx (apud Giovanni, 1980, p.25), o sistema de necessidades nasce diretamente da produção ou de um estado de coisas baseado na produção. A produção produz o consumo, provocando no consumidor as necessidades dos produtos que ela criou inicialmente.

Na produção de medicamentos, há de se admitir que, em muitos casos, a necessidade existe independente da produção. Mas, não há dúvidas de que a produção industrial farmacêutica procurou criar na população a necessidade de consumo de

medicamentos. No Brasil, a situação torna-se particularmente perigosa, uma vez que, sendo os medicamentos desenvolvidos por pesquisadores estrangeiros, ela está voltada para uma população que não é exatamente a brasileira, cabendo a todos o papel de mero consumidor. Desse modo, podem ser introduzidos aqui, medicamentos que nem sempre atenderiam às reais necessidades de saúde da população. Necessidades essas que, na realidade, seriam criadas por meio de propagandas que procuram "convencer" médicos e pacientes sobre a necessidade de se usar um "tal" produto (Carlini, 1995).

Ainda na categoria *Medicamento representa...* encontraram-se as evocações médico e farmacêutico.

A utilização do medicamento é considerada como positiva pelos farmacêuticos deste estudo, desde que seja feita sob prescrição médica. Esta idéia está de acordo com as afirmações de Perrusi (1995, p.109) de que a doença "é um monopólio oficial da medicina".

*"Medicamento é uma coisa necessária para o ser humano, é buscar quando necessário quando se está doente, quando é indicado pelo médico" (20, F, 47).*

O zelo com a saúde do paciente é revelado com cuidados que envolvem a consulta de profissionais médicos para que os efeitos colaterais sejam evitados ou, pelo menos, minimizados. Loyola (1984) descrevendo uma pesquisa feita na cidade de Nova Iguaçu, no interior do Rio de Janeiro, relata que a população vai ao médico porque o próprio farmacêutico orienta nesse sentido. Conforme dados da pesquisa efetuada, a própria formação acadêmica dos profissionais favorece esse entendimento: "O médico prescreve e o farmacêutico atende à prescrição da receita" (Aiache, 1998, p.36). Além do zelo com a saúde do paciente, outras razões podem estar associadas à lembrança do médico. Trata-se

do *status* que a profissão médica goza na sociedade (Nunes, 1999), como numa tentativa do profissional farmacêutico de transferir um pouco desse *status* ao medicamento e, por correspondência direta à sua pessoa, enquanto profissional responsável por esse objeto.

O questionário e o teste de Associação Livre de Palavras não revelaram relação de identificação do farmacêutico com o medicamento. Somente com a análise das entrevistas isto foi possível, como pode ser constatado no fragmento de entrevista abaixo:

*"... nós, como farmacêuticos, temos a responsabilidade de passar aquele medicamento correto, não fazer alterações... só com autorização do médico. Informar a respeito das contra-indicações, de como tomar o remédio". (23,F, 24.)*

Tanto nesse exemplo, como no que está relatado no quadro 7 (p.88) percebeu-se que o sujeito cultivava afinidades pelo objeto, e que uma busca por sua posição, enquanto profissional do medicamento, está implícita em seu discurso.

Dentre os Aspectos Negativos da categoria *Medicamento Representa...* o que mais se destaca é a falsificação. Esta se constitui numa preocupação que assombra os profissionais, que, muitas vezes, se sentem impotentes com uma realidade que, constantemente, é veiculada na imprensa, podendo chegar a responder pelo fato, caso algum produto falsificado seja encontrado na farmácia em que eles são responsáveis, mesmo que o profissional esteja ausente do processo. Na verdade, sabe-se que a preocupação não é indevida, pois um produto falsificado pode trazer conseqüências para o paciente que vão desde a simples inoperância do produto (que dependendo da gravidade do



problema, já é suficiente para grandes transtornos), até a morte do paciente por intoxicações.

Os altos preços dos medicamentos também foram bastante mencionados nas entrevistas. De fato, Giovanni (1980) se refere a *lucros extraordinários* [grifo nosso] que são responsáveis pelo vertiginoso crescimento da indústria farmacêutica. Segundo o mesmo autor, na verdade, esse crescimento estaria em um ciclo: pesquisa e desenvolvimento de novos produtos - monopólio- lucros extraordinários - pesquisa e desenvolvimento de novos produtos - monopólio - e assim sucessivamente, que desembocou, "naturalmente", numa concentração econômica e na oligopolização do mercado.

O uso indiscriminado de medicamentos é outra realidade que entristece e preocupa. Lefèvre afirma que esse não é um problema só do Brasil, pois países como os Estados Unidos foram denunciados por diversos autores, e citando Haffen aqueles países estariam "submergidos numa orgia de automedicação" (Lefèvre, 1991, p.13). Estimulada pela indústria que, através das propagandas, induz o consumo, muitas vezes, até criando necessidades - já comentadas anteriormente. A população esquece que esse uso pode lhe trazer conseqüências, algumas delas previsíveis em efeitos colaterais relatados na monografia dos fármacos (às quais o farmacêutico e o médico tem acesso). Dentre os efeitos colaterais, muitos causam vício. Diante dessa situação, o governo é tachado de omissos e conivente, quer seja por sua falta de fiscalização na aplicação das leis; quer seja pela falta de prioridade dada aos problemas de saúde como um todo.

A falta de fiscalização também é reclamada na produção de medicamentos, e muitos dos medicamentos, expostos à venda, não têm uma qualidade reconhecida como satisfatória. A associação com produtos conhecidos como bonificados é direta. A problemática que envolve a comercialização desses produtos inclui desde a

"empurroterapia", até vantagens oferecidas a vendedores e proprietários de farmácia, referência feita neste trabalho, no capítulo 3.

A atuação do médico é criticada, quer pela falta de acessibilidade para a maioria da população, quer seja pela falta de dedicação desses profissionais aos pacientes, no sentido de melhor informá-los a respeito da doença e do uso dos medicamentos prescritos.

### V.3.2. Atuação do Farmacêutico.

A categoria *Atuação do Farmacêutico* apresenta como aspectos positivos a orientação que o farmacêutico poderia dar à população com relação ao uso do medicamento. Segundo Arnaldo Zubioli (Pharmácia Brasileira, 2000), secretário geral do Conselho Federal de Farmácia, o farmacêutico é um parceiro privilegiado do sistema de saúde, da indústria farmacêutica e do consumidor, por ser o único profissional que conhece todos os aspectos do medicamento e pode dar uma informação privilegiada aos paciente. Seu aconselhamento preciso na venda de medicamentos, que não apresentarem restrições a sua comercialização, evitaria os efeitos colaterais e desobstruiria os serviços públicos de saúde.

Muitos sujeitos chegam a demonstrar frustração por não exercerem o papel de conselheiro do medicamento. Os aspectos negativos da categoria *Atuação do Farmacêutico* parecem elencar as causas dessa frustração. A principal causa apontada é a questão salarial. Muitos profissionais alegam o problema da falta da atuação do profissional

do medicamento aos baixos salários. Denúncias são feitas contra os proprietários de farmácia. Segundo os entrevistados, os patrões não pagam o que está declarado em suas carteiras profissionais. Este aspecto foi muito bem explicitado nas respostas dos questionários, mas, através das entrevistas, teve-se a oportunidade de melhor compreender que outros pontos estariam ligados a ele. Daí surgiram as evocações: *função não reconhecida, comércio, falta de apoio da classe e falta de fiscalização*, como diretamente ligadas a atuação (ou falta de) dos profissionais.

O não reconhecimento do trabalho dos profissionais chega ao ponto, em muitos casos, da presença do farmacêutico não ser desejada na farmácia pelo proprietário. Muitos foram os depoimentos nesse sentido. Além dos que foram citados no quadro 8 (p.92) destacam-se, ainda, duas falas de farmacêuticos, especificamente a esse respeito. A primeira delas reproduz a fala de seu empregador.

*"Olhe , me desculpe [sic], mas eu não vejo futuro nenhum, eu lhe pago só por uma questão de lei. Mas, se não tivesse isso... eu não teria farmacêutico". (7, M, 28)*

*"Porque o dono da farmácia não considera você como, realmente um farmacêutico, como um funcionário da empresa, porque você está ali apenas para cumprir uma lei, uma ordem. Isso é visível, é muito visível". (26, F, 31)*

O fato de, em pleno sistema capitalista, um empresário preferir pagar a um funcionário e não tê-lo em seu estabelecimento, apenas com o intuito de regularizar legalmente a situação trabalhista do estabelecimento, é, no mínimo, suspeito. Por isso, encontraram-se profissionais que declaram "*desconfiar do que 'rola'[sic] em sua ausência*" (16, 35, F). O comércio aparece como categoria (ver quadro 8, p.92), pois os profissionais declaram ser a única preocupação do proprietário da farmácia: vender medicamento. Sendo este um reflexo da atividade industrial já comentada: é preciso vender o que se produz, não importando se o que está em jogo é a saúde da população.

Uma das justificativas argüidas para continuarem submissos à situação é encontrada na falta de apoio, organização e união da própria classe. Depoimentos como "*se eu não assinar, vem outro e assina. O que eu recebo é pouco, mas serve*" (...) são ditos quase como que jargão. Muitos assumem, nesse momento, a culpa, enquanto profissionais pertencentes a essa classe, pela situação de desvalorização da profissão, uma vez que se permitem receber sem trabalhar. Um outro argumento que aparece como causa para a manutenção do problema é a falta de apoio que as autoridades da saúde demonstram para com a classe. Nessas autoridades, estão inclusas: o governo, o conselho de farmácia, a vigilância sanitária. A população também é responsabilizada por não exigir seus direitos de saúde e, por outro lado, muitas vezes, procura burlar a lei para conseguir medicamentos de venda controlada.

*V.3.3. Propaganda de Medicamentos .*

A categoria *Propaganda de Medicamentos*, que foi expressa no quadro 9 (p.93), arrolou como aspectos positivos a informação que é possível ser repassada através dela, tanto aos médicos, como à população. A doação de amostras "grátis" pela indústria aos profissionais aparece no discurso de poucos sujeitos como uma alternativa para que os profissionais possam praticar a "caridade". Até certo ponto, pareceu uma posição ingênua, uma vez que, o custo daqueles exemplares é sempre incluído no preço do produto final ao consumidor, contribuindo ainda mais para o aumento do preço do medicamento. A formação técnica desses profissionais, voltada para uma vida prática e não para uma reflexão crítica sobre a sua postura profissional e sobre os problemas a ela relacionados, talvez seja uma explicação para atitudes como essa.

Por outro lado, a categoria *Propaganda de Medicamentos* teve mais evocações e maior frequência em seus aspectos negativos. O efeito indutor de automedicação foi o aspecto negativo mais prontamente evocado, isso quando a propaganda é feita nos meios de comunicação que são direcionados à população em geral. Nos meios especializados (revistas técnicas), ou através de visitas feitas por representantes, a classe médica foi apontada como muito influenciada em suas prescrições. Em muitos casos, foi ressaltado que o estímulo aos médicos também se dá através de vantagens que lhes são oferecidas, sob a forma de patrocínios de sua ida a congressos, recebimentos de brindes e até mesmo percentuais em cima das vendas. Pareceu pertinente ressaltar trechos maiores de entrevistas que ilustram muito bem a situação.

*"...tudo o que a gente falou hoje está inserido nesse contexto: propaganda de medicamentos. Se não fosse algo que estivesse vendendo muito, para que a propaganda? É uma coisa errada... Se é para fazer propaganda de medicamento, vamos fazer propaganda de doença junto, associa as duas coisas... Mas a propaganda induz a você, medicamento tal, do laboratório tal. E a pessoa vai levando porque tem o mesmo efeito. Eu acho que o profissional (médico) tem obrigação de saber que medicamento debelaria tal doença. Então não seria necessário que o laboratório tal viesse dizer que o medicamento dele é bom, para doença dele. Então, por que se gastar tanto com um profissional para fazer propaganda diretamente em cima do médico?"*

*(3,M, 40)*

*"Porque eu conheço, aqui, muita gente que vai para congressos, meu cunhado mesmo, quase todo mês vai para S. Paulo, para os congressos, com tudo pago: passagem de avião, hotel. Então vai ele, vai minha irmã, e agora, vai ele minha irmã, meus sobrinhos, tuuudo [sic] com hotel pago pelos laboratórios. Quer dizer, por que é que eles fazem isso? Isso é de graça? Agora me diga uma coisa: você acha que ele vai deixar de passar um medicamento desse laboratório?"*

*(2,M, 52)*

O cerco ao consumidor parece ser fechado com as benesses oferecidas aos balconistas de farmácia. Nesse particular, o vendedor está livre para oferecer os produtos que lhe oferecem maior vantagem. Na visão dos farmacêuticos, é o próprio consumidor que acaba lançando-se nas armadilhas da "empurroterapia", referida no capítulo 3. Em uma outra entrevista foram detectados os comentários abaixo:

*"Pronto, quando eu vejo um paciente, ele empurrando remédio [sic], eu fico muito agoniada, principalmente antibióticos, não é? Que eles empurram mesmo. A pessoa.... fica lá... é há ééé, pronto: fica por isso mesmo.... Mas, infelizmente.... eu não gosto. E quando chega uma pessoa e eles ficam empurrando, principalmente antibióticos... aí eu fico 'ah, meu Deus!'" (13,F, 31)*

Os discursos falam por si. Outra evocação, encontrada na categoria dos farmacêuticos, foi a *falta da informação técnica* de novas substâncias lançadas no mercado. Nesse caso, o profissional é deixado de lado, as indústrias não os incluem em suas estratégias de divulgação dos produtos. Alguns representantes das indústrias falam claramente que a falta de interesse por esses profissionais é por não estarem ligados diretamente às vendas. Muitos sujeitos têm a opinião de que deveriam receber as informações técnicas da própria indústria, no que diz respeito a novas substâncias lançadas no mercado. Por fim, é posta em dúvida a eficácia da fiscalização do controle de qualidade dos produtos e da propaganda.

#### V.3.4. Genérico.

O preço e a qualidade dos medicamentos genéricos surgem como principais evocações na categoria *Genérico* (ver quadro 10, p.94). Muitos entrevistados consideraram que o medicamento genérico apresenta bom preço, o que facilita o acesso dos consumidores a produtos antes difíceis de se conseguir para a população de baixa renda. Essa opinião está em consonância com a do presidente do Conselho Federal de Farmácia, Dr. Jaldo de Souza Santos, que declarou que a política dos genéricos ataca "um dos pontos nevrálgicos do setor (de saúde no Brasil) que é a dificuldade de acesso da população aos medicamentos" (Santos, 2000). Uma boa parcela dos sujeitos considerou também a qualidade do medicamento satisfatória, o que revela uma certa credibilidade do produto nessa classe.

A categoria *Genérico* apresentou evocações de conotação negativa como quantidade insuficiente, em que os entrevistados se referiam ao pequeno número de medicamentos que foram lançados como genéricos, e mesmo aqueles que já foram lançados estão em constante falta. Outra evocação foi a de que a política do genérico favoreceu o comércio, pois muitos balconistas e donos de farmácia se aproveitaram da difusão que o medicamento genérico teve na imprensa, para "empurrar" ainda mais os produtos similares (que já existiam no mercado, mas que não passaram pelos testes que são exigidos aos medicamentos genéricos), dizendo tratar-se "da mesma coisa".

A falta de informação técnica dos produtos genéricos aos profissionais foi também uma preocupação demonstrada, pois, em alguns casos, os sujeitos declararam não



se sentir em condições de comentar o assunto, por ainda estar esperando instruções a respeito dos mesmos. Algumas vezes, a credibilidade do genérico foi colocada em questão, sob a argumentação de que se fosse realmente bom, não estava sendo feito só para a população carente.

Desta forma, encerram-se as discussões acerca dos conteúdos que foram captados com os instrumentos utilizados, expressos pelos sujeitos desta pesquisa. No próximo capítulo abordar-se-ão as conclusões relativas a este estudo.

## **VI - CONCLUSÕES**

- Os elementos que compõem os Núcleos Centrais das Representações Sociais do medicamento por farmacêuticos, são as palavras *saúde, doença e cura*. Isso sugere a presença de um ciclo em que o medicamento seria o agente utilizado para trazer a saúde aos indivíduos doentes.
- Esse ciclo enquadra-se na Teoria do Núcleo Central, assumindo as funções geradora e organizadora das representações.
- O farmacêutico aparece como profissional responsável pela produção do medicamento, concretizando a cura.
- As palavras *cuidados, necessidade, pesquisa, alívio, problemas sociais e confiança* foram apontadas como as que mais provavelmente constituem o sistema periférico da representação.
- O farmacêutico está ausente da farmácia.
- Detectou-se uma insatisfação dos profissionais causada pela falta de espaço para atuar como especialista do medicamento.
- Os principais fatores que causam essa falta de espaço são: a perda do prestígio do profissional (ocasionado pelo desenvolvimento da indústria farmacêutica), a alienação do saber-fazer, a conivência (e conveniência) da classe patronal e os baixos salários.

Urge, pois, iniciativas que visem reflexões a respeito dessa conduta e que possam oferecer alternativas para ampliação do campo de atuação do farmacêutico, principalmente na área da Saúde Pública.

Igualmente urgentes, são medidas que redirecionem os currículos acadêmicos e ofereçam reciclagem aos profissionais contemplando aspectos técnicos, atendendo a um mercado de trabalho que exige profissionais versáteis e que se adaptem com facilidade as novas descobertas. No entanto, esses currículos também devem contemplar aspectos humanísticos. Para que o farmacêutico atue bem, é necessário que ele se sinta valorizado, respeitado e reconhecido por seu trabalho, reconquistando seu espaço como membro da equipe de Saúde Pública.

Finalmente, destaca-se como, especialmente, pertinente o estímulo a pesquisas semelhantes com universos afins, como é o caso dos profissionais das farmácias de manipulação e/ou farmacêuticos industriais.

## **VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABOULEISH, Ezzat. **Contributions of Islam to Medicine**. Edited by Shahid Athar, M.D.) Islamic Medicine. Disponível em < [http:// www.islam-usa. com](http://www.islam-usa.com) > Acesso em: 23.04.01

ABRIC, Jean-Claude. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, ANTONIA Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998, p.27-38.

AIACHE, Jean-Marc et al. **Iniciação ao Conhecimento do Medicamento**. São Paulo: Andrei, 1998, 377p.

ALBARRACÍN, Agustín - In: O Fármaco na Idade Média, **História do Medicamento**, Rio de Janeiro: Diagraphic Projetos Gráficos e Editoriais Ltda., 1993, 1ª edição, fasc.2, cap.II, pp.29-42.

ANSEL, Howard C. et al. **Farmacotécnica - Formas Farmacêuticas & sistemas de Liberação de Fármacos**, São Paulo: Editorial Premier, 2000, 6ª edição, 568p.

ARRUDA, Ângela M. S. A Representação Social da Saúde num Bairro de Baixa Renda de Campina Grande, Paraíba. **Revista de Psicologia**. Fortaleza: Editora da UFSC, 3(1), jan/jun.1985, p.49-61.

ARRUDA, Ângela. Representações Sociais e Movimentos Sociais: Grupos Ecologistas e Ecofeministas do Rio de Janeiro. In: MOREIRA, ANTONIA Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998, p.71-86.

ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira et al. Bró, Caxixe e Ouricuri: Estratégias de Sobrevivência no Semi-Árido Bahiano. **Revista de Nutrição**. Campinas, 12(2), maio/ago.,1999, p. 159-166.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977, 225p.

BEAUFILS, Beatrice. **Statistiques appliquées à la Psychologie. Statistiques descriptives**. Tome 1, Paris, BRÉAL, 1996, 238p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Genéricos Passo a Passo**. Disponível em:  
<[http://www.saude.gov.br/geneticos/hot\\_site/frame-inf7-pr.htm](http://www.saude.gov.br/geneticos/hot_site/frame-inf7-pr.htm)> Acesso em: 29 jun. 2000.

BRASILEIRO, M<sup>a</sup> do Carmo Eulálio; BRASILEIRO, Francisco Cleanto;  
MENDONZA, Roberto. Álcool, Alcoolismo, Alcoolista e suas Representações. In:  
FERNANDES, Aliana; MEDEIROS, Jovany Luís A., e BRASILEIRO, M<sup>a</sup>. do Carmo Eulálio (orgs). **Olhar Multifacetado na Saúde**, Campina Grande: EDUEPB, 1999, p.75-96.

BRASILEIRO, M<sup>a</sup> do Carmo Eulálio. **A Velhice e suas Representações Sociais: Análise do caso de mulheres idosas do nordeste brasileiro, Campina Grande-Paraíba.** Dissertação de Mestrado, UFPB-CCHLA, Mestrado em Psicologia - J. Pessoa, 1988, 168F.

BUENO, Francisco da Silveira. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa,** Rio de Janeiro: FAE, 1986, p.318.

CAMPOS, José Américo de Campos et al. Prescrição de Medicamentos por Balconistas de 72 farmácias de Belo Horizonte/MG em maio de 1983. **Jornal de Pediatria,** vol. 59 (3), 1985, p.307-312.

CANGUILHEN, Georges. **O Normal e o Patológico.** 4<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, 307p.

CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo e MASUR, Jandira. Vendas de Medicamentos sem receita médica na cidade de São Paulo. In: CARLINI, Elisaldo Araújo. **Medicamentos, Drogas e Saúde.** São Paulo, HUCITEC/SOBRAVIME, 1995, p.231-236.

CARLINI, Elisaldo Araújo. Medicamentos e Saúde. In: CARLINI, Elisaldo Araújo. **Medicamentos, Drogas e Saúde.** São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1995, p.109-118.



CARRARA, Sérgio. Entre Cientistas e Bruxos: Ensaio sobre os dilemas e perspectivas da Análise Antropológica da Doença. In: ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.33-45

CAROS demais? A CPI já tem um mérito: abriu o debate em torno do preço e da qualidade dos remédios. **Veja**, São Paulo: Abril, ano 33, nº 5, ed.1634, 02 fev.2000, Brasil Congresso, p.46-47.

CASTRO, ANA Lúcia et al. "Mulher, mulher: Saúde, trabalho, cotidiano:.. In: ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p.141-152.

**CIÊNCIA HOJE**. O Farmacêutico: do boticário ao desconhecido. São Paulo: Abril, Vol. 15, nº 89, abril de 1993, p.55.

COUTINHO, Leonardo. Drogas na rede. Farmácias on-line vende remédio sem receita nem cuidados com riscos de intoxicação. **Veja**, São Paulo, 34(1), jan.2001, p.71.

DEAN, A.G. ET AL. **Epi Info, Version 6:04 a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Centers of disease Control and Prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994.

DELUCIA, Roberto; PLANETA, Cleopatra da Silva; ALMEIDA, Nilza S. Consumo de Medicamentos, Bebidas Alcoólicas e Cigarros por Operários de Cubatão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol 33, nº11/12 - nov/dez., 1987, p. 215-218.

**DIÁRIO DE PERNAMBUCO**. A indústria da falsificação. Recife, 19 de julho de 1998, Cad. Brasil, p.10.

DOMINGOS SOBRINHO, Moisés. "Habitus" e Representações Sociais: questões para o estudo de identidades coletivas. In: MOREIRA, ANTONIA Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998b, p.117-130.

DURKHEIM, Émile. Objeto da Pesquisa: Sociologia religiosa e teoria do conhecimento. In: DURKHEIM, Émile. **As Formas Elementares de Vida Religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. Tradução: Joaquim Pereira Neto; revisão: José Joaquim Sobral. São Paulo: Paulinas, 1989, p.29-49.

DUPUY, Jean-Pierre & KARSENTY, Serge. **A Invasão Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p.269.

DURGIN, Jane M. - **Pharmacy Technicians' Manual**, U.S.A.: C.V. Mosby Company, 1978, 2ª edição, capítulos I-III, p.3-25.

FARR, Robert M . Representações Sociais: A teoria e sua História. In:  
JOVCHELOVITCH, Sandra e GUARESCHI, Pedrinho (orgs.). **Textos em Representações Sociais**, Petrópolis: Vozes, 1994, p.31-59.

FERNANDES, Aliana. **La Educación para la Salud en la Formación Inicial de Maestro: Concepciones sobre Salud y Estrategias para su Modificación**. Tesis Doctoral, Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Educación, Departamento de Didáctica de las Ciencias Sociales y Experimentales, Córdoba, Espanha, 1996, 348p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p.203; 511.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo Sínico. In: ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Saúde e Doença: Um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p.101-111.

FLICK, Uwe. Combining methodology: discussion of Sotirakopoulou & Breakwell. **Ongoing Production on Social Representations**. 1(1), 1992,p. 43-48.

FRANCO, Rita de Cássia Simões et al. Consumo de Medicamentos em um Grupo Populacional da Área Urbana de Salvador - BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 13/14 (4/1), out./mar. 186/1987. P.113-121.

GIOVANNI, Geraldo. **A Questão dos Remédios no Brasil: produção e consumo**. São Paulo: Polis, 1980, 148p.

GUILLÉN, Diego Garcia. O Fármaco na Idade Média, **História do Medicamento**, Rio de Janeiro, Diagraphic Projetos Gráficos e Editoriais Ltda., 1993, fasc.3, cap.III, p.62-74.

HAAK, Hildebrando. Padrões de Consumo de Medicamentos em Dois Povoados da Bahia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 23 (2) 1989, p. 143-151.

HERZLICH, Claudine. **Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social**. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (direction). *L'étude des représentations sociales*, Paris: Delachaux & Niestlé, 1986. p. 157-170.

ISTOÉ. Síndrome do Pânico. *A Semana*, São Paulo: Três, 26(2): 15. jul.de 1998, p.12-13.

JODELET, Denise. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, Denise (Ed.) **Les Représentations Sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989, p. 31-61.

JODELET, Denise. **Folies et Représentations Sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 2ed., 1995, 399p.

JODELET, Denise. A alteridade como produto e processo psicossocial. In: ARRUDA, Ângela (Org.) **Representando a Alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 47-67.

**JORNAL DO COMÉRCIO**. Pacientes com AIDS tomavam remédio falso desde janeiro. Recife, 16 de julho de 1998, Cad.Brasil, p.12.

LANE, Silvia Tatiana Maurer. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: SPINK, Mary Jane (org.). **O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993, p.58-72.

LEFÈVRE, Fernando. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica**. São Paulo, Cortez, 1991, 159p.

LE GOFF, Jacques et al. - **As Doenças têm História**, Lisboa: Terra Mar, 1995, p.2-53.

LIMA, Rosemary Sousa Cunha; CARDOSO, M<sup>a</sup> Aparecida Alves. Adulteração de Medicamentos: ausência do farmacêutico como agente de saúde pública. In: FERNANDES, Aliana; MEDEIROS, Jovany Luís A., e BRASILEIRO, M<sup>a</sup>. do Carmo Eulálio (orgs). **Olhar multifacetado na Saúde**, Campina Grande: EDUEPB, 1999, p.235-255.

LOPES, Ney. **Relatório da CPI dos Medicamentos**, Brasília: Câmara dos Deputados 30 de maio de 2000. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br>> Acesso em 23.abr.2001; 420p.

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e Curandeiros. Conflito Social e Saúde**. São Paulo: DIFEL, 1984, 198p.

LUGONES, Roberto. Marketing y promoción de medicamentos: qué límites pueden ser implementados? In: BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda e BONFIM, José Ruben de Alcântara (orgs) **Medicamentos e a reforma no Setor de Saúde**. São Paulo, HUCITEC/SOBRAVIME, 1999, p.211-221.

MACHADO, Roberto et al. **A Danação da Norma: A Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978, 121p.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. O Conceito das Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In: JOVCHELOVITCH, Sandra e GUARESCHI, Pedrinho (orgs.). **Textos em Representações Sociais**, Petrópolis: Vozes, 1994a, p.89-111.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Representações da Cura no Catolicismo Popular. In: ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Saúde e Doença, Um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994b, p.57-71.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Prefácio. In: Nunes, Everardo Duarte. **Sobre a Sociologia da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999, p.11-16.

MORATO, Gina S. et al. Avaliação da automedicação em Amostra da População de Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina.**, vol.13, nº 2, Junho de 1984, p.107-109.

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise**. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, 291p.

MOSCOVICI, Serge. Prefácio in: JOVCHELOVITC, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho.(orgs.) **Textos em Representações Sociais**, Petrópolis, Vozes, 1994, p.7-16.

MOURA, Demócrito. Haverá Remédio Contra a Propaganda de Medicamentos?. In: MOURA, Demócrito. **Saúde não se dá, conquista-se**. São Paulo: Hucitec, 1989, cap. 12, p.193-209.

NEVES,E.R.Z. - As Novas Tecnologias E O Futuro Das Ciências Farmacêuticas,  
**Infarma**, Brasília: Gráfica e Editora LA SALLE, 1994, v.3, n.1/6, pp.27-31.

NÓBREGA, Sheva Maia. **Representações Sociais**. Texto Mimeografado, 1990,16f.

NÓBREGA, Sheva Maia. In: MOREIRA, ANTONIA Silva Paredes e OLIVEIRA,  
Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia:  
AB, 1998, p.131-139.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a Sociologia da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999,  
234p.

OLIVEIRA, Antonio Benedito - **Ensino e Assistência Farmacêutica: a função social  
e política do farmacêutico como agente de saúde**, São Luís: Editora da UFMA,  
1993, 91p.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações Sociais e Saúde Pública: a  
subjetividade como partícipe do cotidiano. **Revista de Ciências Humanas**.  
Florianópolis: Editora da UFSC, Edição Especial Temática 2000, p.47-65.



ORDAZ, Olga; VALA, Jorge. Objetivação e Ancoragem das Representações Sociais do Suicídio na Imprensa Escrita. In: MOREIRA, ANTONIA Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia, AB, 1998, p.87-114.

PALMONARI, Augusto; DOISE, Willem. Caractéristiques des representations sociales. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (direction). **L'étude des representations sociales**, Paris: Delachaux & Niestlé, 1986. Pg.12-33.

PASTORE, Karina; CARDOSO, Rodrigo. Os filhos da farinha, **Veja**, São Paulo: Abril, 26(4),2, 01 de jul.1998, p. 116-117.

PERRUSI, Artur. **Imagens da Loucura: Representação Social da doença mental na psiquiatria**, São Paulo: Cortez; Recife, Ed. da UFPE, 1995, 240p.

**PHARMÁCIA BRASILEIRA**. O Farmacêutico e a automedicação responsável. Ensaio, Brasília: Conselho Federal de Farmácia, ano 3, nº 22, set/out.2000.

PEREIRA, Cilene; STRINGUETO, Kátia. Nem todo remédio é santo, **ISTOÉ**, São Paulo: Três, 26(6), 15 de jul. de 1998, p.63-66.

QUEIROZ, Marcos S. Farmacêuticos e Médicos: Um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de Serviços em Paulínea. In: ALVES, Paulo César e MINAYO,

Maria Cecília de Souza (Org.). **Saúde e Doença: Um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p.153-166.

ROUQUETTE, Michel Louis. Representações e Práticas Sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, ANTONIA Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998, p.39-46.

SÁ, Celso P. Representações Sociais: O conceito e o estado atual de teoria. In: SPINK, Mary Jane (org). **O Conhecimento no Cotidiano: As representações sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1993, p.19-45.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo Central das Representações Sociais**, Petrópolis, RJ: Vozes, 1996, 189p.

SÁ, Celso Pereira de. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998a, 110p.

SÁ, Celso Pereira de. Prefácio. In: MOREIRA, ANTONIA Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998b, p.v-ix.

SÁ, Celso Pereira de. A Representação Social da Economia Brasileira Antes e Depois do "Plano Real". In: MOREIRA, ANTONIA Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998c, p.49-69.

SÁ, Celso Pereira de; ARRUDA, Ângela. O estudo das representações sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: Editora da UFSC, Edição Especial Temática 2000, p.11-31.

SALLES, Leila M.F. - **A Representação Social do Adolescente e da Adolescência: um discurso contrastante entre o genérico e o particular**. Tese de doutorado. PUC-SP, 1983, 222f.

SANTOS, Jaldo de Souza. **O Que Nos Ensinam os Genéricos**. PHARMÁCIA BRASILEIRA. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, ano 3, nº 19, mar/abr.2000.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro - **História Geral da Medicina Brasileira**, São Paulo: Hucitec - Editora da Universidade de São Paulo, 1991, Livros II, V e VIII, p.57-67, 117-131, 303-339.

SAWAIA, Bader Burihan. Representação e ideologia - o encontro desfeticizador. In: SPINK, Mary Jane (org.). **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993, p.73-84.

SIMÕES, Maria Jacira S.; FARACHE FILHO, Adalberto. Consumo de Medicamentos em Região do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 22(6), 1988, p. 494-499.

SIMONETTI, Eliana Gianella. Elas venceram. **Veja**, Especial: Abril, edição 1674, ano33, nº45, 08 de novembro de 2000, p.125-132.

SINGER, Paul et al. **Prevenir e Curar. O Controle Social Através dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988, 166p.

SILVA, Emília Vitória; HOEFLER, Rogério; MORAES, Lidiane Bueno. **Avaliação das Propagandas de Medicamentos Distribuídas Para a Classe Médica de Brasília**. Disponível em: [http://www.cff.org.br/cebrim/boletins/jul\\_ago\\_99/avalia.htm](http://www.cff.org.br/cebrim/boletins/jul_ago_99/avalia.htm). Acesso em 14/02/2000, 3p.

**SOBRAVIME**, Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos: Editorial, São Paulo, out.-dez.1999.

SONNEDECKER, Glenn - Evolución de la farmacia. In: **Remington Farmacia**, Buenos Aires: Panamericana, 1995, Vol.1,cap.2, p.25-37.

SOUSA TARGINO, Magnólia de Lima. **Representação Social da Gravidez na Adolescência: Um estudo na perspectiva do adolescente**. Dissertação de Mestrado, PUC-SP, 1995, 206f.

SPINK, Mary Jane Paris. O Estudo Empírico das Representações Sociais. In: Spink, Mary Jane Paris (org.) **O Conhecimento no Cotidiano: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1993, p.73-84.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo; TEIXEIRA, Enéas Rangel. Trabalhando com Representações Sociais em Enfermagem. In: GAUTHIER, Jacques Henri Maurice et al. **Pesquisa em Enfermagem: Novas Metodologias Aplicadas**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.51-59.

THIOLLENT, Michel. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. São Paulo: Polis, 1982, 269p .

TURA, Luiz Fernando Rangel. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: Jodelet, Denise e Madeira, Margot (org.) **AIDS e Representações Sociais: à busca dos sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998, p.121-154.

VALA, Jorge. Representações Sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. **Psicologia Social**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1993, p.353-384.

VIEIRA, Sônia. **Introdução à Bioestatística**. Rio de Janeiro: Campus, 1980, 294p.

WAGNER, Wolfgang. Sócio-gênese e características das Representações Sociais. In: MOREIRA, ANTONIA Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998, p.3-25.

## **VIII - ANEXOS**

## QUESTIONÁRIO

Data \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_

Caro colega: As informações contidas neste questionário têm caráter confidencial, não visando identificá-lo. Suas respostas às questões abaixo terão, tão somente, finalidades científicas, e desde já a entrevistadora se compromete a não revelar, em nenhuma hipótese, a identidade de qualquer um dos entrevistados. Agradeço sua participação.

Início : \_\_\_\_\_ horas  
 Término: \_\_\_\_\_ horas

## 1- Sexo

- 1.1. ( ) Masculino  
 1.2. ( ) Feminino

2- Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Idade:\_\_\_\_\_

## 3- Estado Civil

- 3.1. ( ) Solteiro  
 3.2. ( ) Casado  
 3.3. ( ) Viúvo  
 3.4. ( ) Divorciado/desquitado  
 3.5. ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

4- Universidade onde concluiu o curso de graduação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

## 5- Qual sua formação?

- 5.1. ( ) Farmacêutico.  
 5.2. ( ) Farmacêutico- hab. Bioquímico.  
 5.3. ( ) Farmacêutico - hab. Industrial.  
 5.4. ( ) Outros. Qual: \_\_\_\_\_

## 6- Possui algum curso de pós-graduação?

- 6.1. Sim  
 6.2. Não (vá para a questão 8).

## 7- Qual(is) o(s) tipo(s) de curso?

- 7.1. Especialização  
 7.2. Mestrado  
 7.3. Doutorado

## 8- Como mantém sua atualização profissional? (pode-se marcar mais de uma alternativa)

- 8.1. Não tem encontrado tempo para manter-se atualizado.  
 8.2. Através da leitura constante de periódicos (revistas, anais, jornais, boletins especializados etc.)  
 8.3. Através de cursos que são oferecidos na sua área (pelo menos 1 por ano)  
 8.4. Através de congressos.



9- Tempo de atuação profissional: \_\_\_\_\_

10- Número de horas que dedica à essa atuação: \_\_\_\_\_ (horas/semanais)

11- Qual sua faixa salarial líquida?

- 11.1. ( ) Menos de 3 salários-mínimos (Menos de R\$ 453,00)  
 11.2. ( ) De 3 a 4 salários-mínimos. (De R\$ 453,00 a R\$ 604,00)  
 11.3. ( ) Mais de 4 e menos de 6 salários-mínimos. (De R\$ 605,00 a R\$ 905,00)  
 11.4. ( ) De 6 a 8 salários-mínimos. (De R\$ 906,00 a 1.208,00)  
 11.5. ( ) Mais de 8 mais salários-mínimos. (Mais de R\$ 1.208,00)

12- Você tem outra fonte de renda, que não seja atividade farmacêutica?

- 12.1. ( ) Não  
 12.2. ( ) Sim. Qual? 12.2.1.( ) Comércio.  
 12.2.2.( ) Indústria.  
 12.2.3.( ) Ensino.  
 12.2.4.( ) Outros.  
 Qual (is) ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

13- Qual seu local de trabalho?

- 13.1.( ) Farmácia.  
 13.2.( ) Drogeria.  
 13.3.( ) Laboratório de Análises Clínicas.  
 13.4.( ) Ensino 13.4.1.( ) Médio  
 13.4.2.( ) Superior  
 13.5.( ) Outros. Qual (is)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

14- Seu trabalho é vinculado:

- 14.1. ( ) Ao setor público.  
 14.2.( ) Ao setor privado.  
 14.3.( ) À Autarquias e Fundações.  
 14.4.( ) À Universidades.  
 14.5.( ) Outro (s). Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15- Que atividades você realiza, enquanto profissional?

- 15.1 ( ) Manipulação de Medicamentos.  
 15.2 ( ) Dispensação de Medicamentos.  
 15.3 ( ) Assessoramento e Responsabilidade Técnica a Farmácias e/ou Drogeria.  
 15.4 ( ) Gerenciamento de Farmácias e/ou Drogerias.  
 15.5 ( ) Magistério superior das matérias privativas específicas do curso de farmácia.  
 15.6 ( ) Exames em laboratório de Análise Clínicas  
 15.7 ( ) Outro (s). Qual (is)? \_\_\_\_\_

..

16- Você gosta de sua profissão?

16.1 ( ) Sim.

16.2 ( ) Não.

16.3 ( ) Mais ou menos.

Explique o porquê de sua escolha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17- A atuação de um farmacêutico é:

17.1 ( ) Essencial.

17.2 ( ) Importante.

17.3 ( ) Tem relativa importância.

17.4 ( ) Dispensável

Explique o porquê de sua escolha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO II

- 1 Dentre as atribuições de um farmacêutico, qual a que você considera mais importante? Por quê?

---

---

---

- 2 Você gostaria de trocar de profissão? Por quê?

---

---

---

- 3 Qual(is) o(s) objeto(s) que você mais identifica com sua profissão?

3.1. ( ) Tubos de ensaio.

3.2. ( ) Medicamentos.

3.3. ( ) Um cálice com a cobra.

3.4. ( ) Gal e pistilo.

3.5. ( ) Microscópio.

3.6. ( ) Outro(s). Qual (is)?

Justifique sua escolha:

---

---

---

- 4 Você considera adequada a atual legislação, que exige a presença de um farmacêutico na farmácia e/ou drogaria durante todo horário de funcionamento? Por quê?

---

---

---

---

- 5 Você acha que um farmacêutico têm algum papel frente à saúde pública? Por quê?

---

---

---

---

## QUESTIONÁRIO II

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- 1) Pode-se pensar em medicamento sem pensar em SAÚDE?
  - a) Não, não se pode.
  - b) Sim, pode-se.
  - c) Não sei.
  
- 2) Pode-se pensar em medicamento sem pensar em DOENÇA?
  - a) Não, não se pode.
  - b) Sim, pode-se.
  - c) Não sei.
  
- 3) Pode-se pensar em medicamento sem pensar em CURA?
  - a) Não, não se pode.
  - b) Sim, pode-se.
  - c) Não sei.

### Gráfico 1- Núcleo Central das R.S. da palavra medicamento da Amostra em estudo.

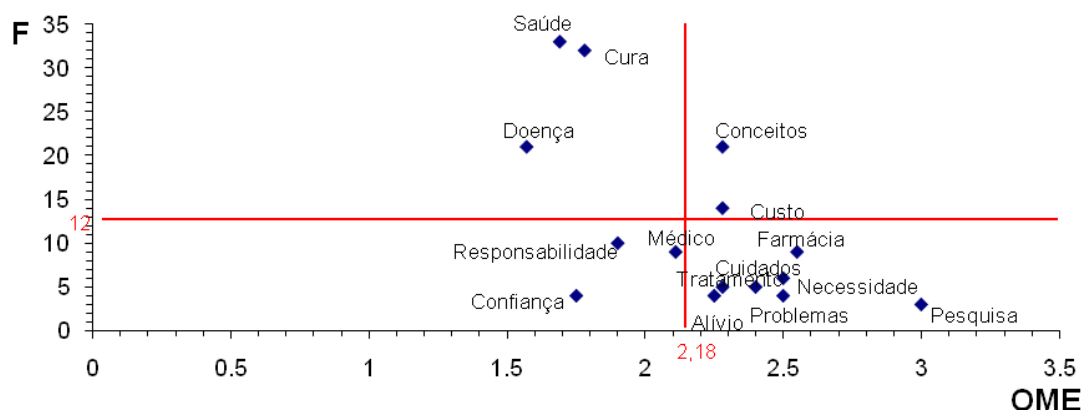


Gráfico 2 - Frequência de evocações X Frequência de Importância

