

Medicalização do Sofrimento Psíquico na Cultura do Hiperconsumo¹

Davi Barros Tavares²
Marcio Acselrad³

UNIFOR - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE

RESUMO

Considerando que a medicalização do sofrimento psíquico atinge largas escalas na sociedade contemporânea de consumo, o presente trabalho propõe-se a investigar os fatores da cultura do hiperconsumo que funcionam como dispositivos que favorecem o processo da medicalização. Partiu-se de uma pesquisa bibliográfica com vistas a analisar a atual conjuntura da medicalização, na qual foram observados alguns atores que difundem o discurso medicalizante, como a publicidade, a psiquiatria hegemônica, a indústria farmacêutica e os valores da sociedade de consumo. As informações apresentadas e organizadas na pesquisa resultam na constatação de que a medicalização é produto tanto de interesses da indústria farmacêutica como da demanda do hiperconsumidor por felicidade, bem-estar e ausência de sofrimento.

PALAVRAS-CHAVE: Consumo. Medicalização. Ética. Publicidade. Propaganda.

INTRODUÇÃO

A sociedade de consumo se encontra em sua terceira fase e nela estão presentes de forma mais acentuada os valores do hedonismo, da busca incessante pela felicidade através da aquisição de bens materiais, da negação do sofrimento, dos lazeres, da leveza e do individualismo. A destradicionalização da sociedade tornou o sujeito ao mesmo tempo livre e instável: com o enfraquecimento da capacidade ordenadora das instituições como igreja e escola, o sujeito busca o consumo como fonte de segurança, além da medicalização e do consequente consumo de medicamentos que aliviam o sofrimento psíquico gerado por esse desamparo. O discurso psiquiátrico hegemônico e o DSM, unidos à indústria farmacêutica e à publicidade, funcionam como dispositivos da medicalização. Os valores da sociedade de hiperconsumo internalizados pelo sujeito contemporâneo, no entanto, são importantes fatores para a demanda de medicamentos que melhoram a performance e o humor, já que norteiam a busca do sujeito por felicidade e a produção publicitária que visa vender os medicamentos.

Para a produção deste artigo, a pesquisa bibliográfica foi o método utilizado. Ela consiste em “um procedimento metodológico que se oferece ao pesquisador como uma

¹ Trabalho apresentado no DT 2 – Publicidade e Propaganda do XIX Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste, realizado de 29 de junho a 1 de julho de 2017.

² Graduado do Curso de Publicidade e Propaganda da UNIFOR-CE, email: davibarrus@gmail.com

³ Professor do Curso de Publicidade e Propaganda da UNIFOR-CE, email: macselrad@gmail.com

possibilidade na busca de soluções para seu problema de pesquisa” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 37). Desta forma, buscamos analisar as relações existentes entre a medicalização e a sociedade de consumo: como ocorre a psiquiatrização da vida na contemporaneidade e quais os dispositivos que contribuem para que esse fenômeno ocorra, como os valores culturais da sociedade de consumo, a publicidade, a psiquiatria hegemônica e a indústria farmacêutica. Para tanto, utilizamos como principal referência teórica o autor Lipovetsky (2007). Foi feita, além disso, uma entrevista com um psiquiatra que atua na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará, para confirmar ou refutar as hipóteses levantadas a partir do levantamento bibliográfico. O nome do entrevistado será mantido em sigilo em cumprimento as normas éticas da pesquisa.

A SOCIEDADE DE HIPERCONSUMO

Bem-estar, felicidade e negação do sofrimento. Esses são alguns dos valores da sociedade de consumo como descreve Lipovetsky (2007). Diante da crescente medicalização do sofrimento na sociedade, foi desenvolvida a hipótese de que eles são os norteadores deste processo. Para obtermos uma resposta satisfatória, compreender o hiperconsumo deve ser a nossa ação primordial.

A sociedade de consumo, como descreve Lipovetsky (2007), é composta por três fases. A fase I começa por volta de 1880 graças às infraestruturas modernas de transporte e à comunicação. Foi nela que surgiram as máquinas de fabricação contínua que aumentaram a produtividade com custos mais baixos, o que prefigurou a produção em massa. Foi na fase I que se iniciou a democratização do acesso aos bens mercantis.

Grandes investimentos para a publicidade e as marcas começaram a surgir. A fase II inventou o consumo-sedução, o consumo-distração com os grandes magazines: estabelecimentos comerciais que vendiam grande quantidade de produtos com um lucro menor. Segundo Lipovetsky (2007), por meio da publicidade dos grandes magazines aconteceu a democratização do desejo, além de transformações dos locais de venda em palácios de sonho, com decorações luxuosas e vitrines de cor e luz, com ar de festa permanente e clima sensual que propiciavam a compra. “O grande magazine não vende apenas mercadorias, consagra-se a estimular a necessidade de consumir” (LIPOVETSKY, 2007, p. 31).

Segundo Lipovetsky (2007), a fase II se inicia em 1950 e é chamada de “a sociedade da abundância”. Nela, o processo de democratização da compra dos bens duráveis foi aperfeiçoado. Ela pôs à disposição de quase todos “os produtos emblemáticos da sociedade de

afluência: automóvel, televisão, aparelhos eletrodomésticos” (LIPOVETSKY, 2007, p. 32). Isso se deu com a difusão do modelo tayloriano-fordista de organização da produção, que tem como característica principal a padronização dos produtos fabricados em grandes quantidades.

Na fase II também se instala a lógica moda que buscava reduzir o tempo de vida das mercadorias pela renovação rápida dos modelos e dos estilos. É a sociedade focada no progresso e no cotidiano “confortável e fácil, sinônimo de felicidade” (LIPOVETSKY, 2007 p. 35).

Eis um tipo de sociedade que substitui a coerção pela sedução, o dever pelo hedonismo, a poupança pelo dispêndio, a solenidade pelo humor, o recalque pela liberação, as promessas do futuro pelo presente. A fase II se mostra como sociedade do desejo, achando-se toda a cotidianidade impregnada de imaginário de felicidade consumidora, de sonhos de praia, de ludismo erótico, de modas ostensivamente jovens (LIPOVETSKY, 2007, p. 36).

Essa sociedade, para Lipovetsky (2007, p. 36), “criou em grande escala a vontade crônica dos bens mercantis, o vírus da compra, a paixão pelo novo, um modo de vida centrado nos valores materialistas”. Porém, desde 1970, denominada de sociedade de hiperconsumo,

A fase III, que aparece como a que, ampliando incessantemente a gama das escolhas pessoais, liberta as condutas individuais dos enquadramentos coletivos e desenvolve a individualização dos bens de equipamento. Para conceitualizá-la em uma fórmula, a fase III representa a passagem da era da escolha à era da *hiperescolha*, do monoequipamento ao multiequipamento, do consumismo descontínuo ao consumismo contínuo, do consumo individualista ao consumo *hiperindividualista* (LIPOVETSKY, 2007, p. 104).

Para Lipovetsky, o hiperconsumo é melhor definido pela destradicionalização da sociedade. A vida e as escolhas do sujeito passam a ser de sua inteira responsabilidade à medida que exerce o hiperindividualismo na atividade consumidora. “Chega uma hora em que todas as esferas da vida social e individual são, de uma maneira ou de outra, reorganizadas de acordo com os princípios da ordem consumista” (LIPOVETSKY, 2007, p. 128).

Uma sociedade tradicional é aquela na qual as instituições já dão como respondidas as questões fundamentais da existência humana: o que é amar e trabalhar, o que é uma família; em que se deve acreditar; por que motivos se deve morrer; por que e para que se vive, de que maneira, segundo que prescrições. Para essas questões fundamentais, a sociedade de consumo não tem *uma* resposta; em compensação, ela tem muitas (ROCHA, 2004, p. 113)

Rocha (2005, p. 114) aponta que “o homem moderno pretende ser livre (das tradições, das normas, das imposições sociais) - esta é talvez sua maior pretensão; mas, entregues à nossa liberdade, não sabemos como usufruir dela”. O consumo, então, “surge como a

derradeira esfera de produção de identidade, aquela que permitirá ao indivíduo criar a si mesmo” (ROCHA, 2005, p. 115).

Essas sociedades privilegiam o conforto material e a eliminação dos esforços, “assim, instalam-se novos hábitos que levam os indivíduos a passar da busca do prazer à evitação do sofrimento” (LIPOVETSKY, 2007, p. 159-160). A medicalização do sofrimento, então, se encaixa aqui como uma busca de felicidade constante por meio do consumo de medicamentos.

Em um tempo marcado pelo enfraquecimento dos enquadramentos coletivos e pela exigência, martelada em toda parte, de tornar-se um eu, ator de sua vida, responsável por suas competências, a tarefa de ser sujeito torna-se extenuante, depressiva, cada vez mais difícil de assumir. Daí decorreriam a emergência dos desequilíbrios psíquicos, a cascata dos sentimentos de insuficiência pessoal e de insegurança interior (LIPOVETSKY, 2007, p. 201).

É percebido, então, que a destradicionalização e o individualismo presentes na sociedade de consumo exercem um papel importante nos processos de sofrimento e desamparo vividos pelo sujeito. O consumo funcionaria como uma forma de supri-los.

A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO

“Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias”, afirma Costa e Silva (*apud* Aguiar, 2004, p. 85), denominando esse processo de “psiquiatrização”. Guarido (2007, p. 159) afirma que “estamos atualmente [...] convivendo com sofrimentos codificados em termos de uma nomeação própria do discurso médico, que se socializa amplamente e passa a ordenar a relação do indivíduo com sua subjetividade e seus sofrimentos”. Ao fenômeno de interpretação da vida a partir de um saber médico, atribui-se o termo medicalização.

O psiquiatra entrevistado afirma que a medicalização seria a ação de tratar determinados problemas de saúde, física ou psíquica, com o instrumento da medicação. Para ele, a medicalização é também uma patologização do sofrimento.

O termo tem sido utilizado para ilustrar os diferentes âmbitos em que esse discurso tem conquistado espaço: medicalização do sofrimento (IGNÁCIO e NARDI, 2007), da infância, da escola (GUARIDO, 2007), da existência, da vida e do consumo (LIPOVETSKY, 2007).

A competência médica estende-se a todos os domínios da vida para melhorar-lhes a qualidade. [...] Os bens de consumo integram cada vez mais a dimensão da saúde: alimentos, turismo, habitat, cosméticos, a temática da saúde tornou-se um argumento

decisivo de venda. A fase III anuncia-se como o tempo da medicalização da vida e do consumo (LIPOVETSKY, 2007, p. 53-54).

Em diversos trabalhos científicos, a medicalização tem sido alvo de críticas que servirão aqui para problematizar este processo, nos fazendo perceber a importância de pesquisá-lo. Guarido (2007) afirma que a medicalização presente na escola revela, por um lado, alunos que, em outros tempos, seriam marginalizados e vistos como ineducáveis, e que agora estão estudando graças ao uso de medicamentos. A autora descobre, por outro lado, a falência do sistema educacional. Um sistema educacional que levasse em conta a subjetividade dos alunos seria o ideal. Entretanto, a medicalização tem agido de maneira a “normalizar” os “alunos ineducáveis” por meio do uso de psicotrópicos.

Em vez de revolucionar o ensino e sua estrutura, o Ocidente prefere, pelo contrário, remediar os efeitos das anomalias geradas por um ensino inadequado à nossa época. Remediar os efeitos significa, neste caso, encarregar a medicina de responder onde o ensino fracassou (MANNONI, 1988 *apud* GUARIDO, 2007, p. 156).

A respeito disto, Ignácio e Nardi (2007, p. 89) afirmam que a medicalização age “instaurando uma normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento [...] não se torna objeto de reflexão e busca de construção de outras formas de ser”.

Ewald e Oliveira (2004, p. 6) expõem que “os problemas do espírito, como eram chamados, se transformaram em doenças mentais [...] colocando diante da psicofarmacologia um mercado gigantesco e lucrativo”. Sobre isso, os autores propõem “perguntarmos se isso é reflexo de um silenciamento da subjetividade na sociedade moderna ou se é uma proposta de silenciamento bioquímico do sofrimento psíquico” (EWALD; OLIVEIRA, 2004, p. 6).

Para Pessotti (2003), “encontrar um nome para a ameaça ou o sofrimento é uma forma de reduzir a ansiedade. Um diagnóstico médico de depressão reduz a ansiedade do paciente, dá um nome ao seu fantasma”.

Giannetti (2002, p. 149) encherça nas “pílulas da felicidade” aspectos da sociedade do desempenho: “a finalidade dessas drogas não é fazer com que o paciente volte à normalidade ou se sinta menos mal, mas sim levar o usuário a ficar “mais do que bem”, isto é, a ir além da sua condição normal”.

Diante das crescentes pesquisas envolvendo a medicalização, é possível afirmar que os autores comungam de que é preocupante o fenômeno da hipermedicalização. Pessotti (2003) afirma que no século V a.C. havia um tratamento que “prescrevia, além de dietas, poções ou fármacos que corrigissem o desarranjo humoral, práticas outras que configuravam uma primitiva psicoterapia” no tratamento da enfermidade chamada melancolia. A medicalização

na contemporaneidade, no entanto, banaliza os diagnósticos e utiliza medicações como intervenção diante da vida, como afirma Guarido (2007). Para Pessotti (2003), “o que há, na verdade, é uma sociedade depressiva e uma epidemia de diagnósticos de depressão”.

Segundo Guarido (2007, p. 153), desde que o primeiro medicamento psiquiátrico foi produzido em 1952, “a indústria farmacêutica investe, ano após ano, mais e mais recursos no estabelecimento de pesquisas na área da psicofarmacologia e investe grande parcela de recursos no marketing de novas drogas.”

Pessotti (2003), afirma que a vida se psiquiatizou, ou seja, está sendo interpretada por uma visão psiquiátrica devido aos “meios de comunicação de massa, da propaganda da indústria farmacêutica e da difusão do DSM, o Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais”, utilizado por psiquiatras como referencial para diagnosticar pacientes.

É possível afirmar, então, que a medicalização do sofrimento psíquico é crescente na medida em que está atrelada ao marketing e à publicidade, ao consumo e à indústria farmacêutica? Para Aguiar (2004, p. 42), o DSM “surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde”.

Cada diagnóstico é emitido de acordo com a pré-catalogação de sintomas disponíveis no DSM. Pessotti (2003) afirma que esses sintomas são diversos e as suas combinações são variadas. E essa afirmação é dada pelo próprio DSM 5: “embora o DSM-5 continue sendo uma classificação categórica de transtornos individuais, reconhecemos que transtornos mentais nem sempre se encaixam totalmente dentro dos limites de um único transtorno” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 42).

O psiquiatra Costa e Silva (*apud* Aguiar, 2004, p. 85) afirma que a diversidade de diagnósticos psiquiátricos traz mais benefícios “aos interesses e à saúde financeira da indústria que à saúde dos pacientes”. Podemos afirmar, assim, que os diagnósticos podem ser instrumentalizados como justificativas para a venda de produtos da indústria farmacêutica? E que funcionam como um discurso que promove o consumo de medicamentos?

O psiquiatra entrevistado afirma que interessa aos laboratórios farmacêuticos que o discurso do diagnóstico, a crença e as estatísticas de que a depressão é a doença que mais impacta no trabalho mundialmente. “Interessa que esse discurso ganhe a mídia, porque muitas pessoas sem senso crítico acabam entendendo que o sofrimento é uma doença que precisa ser resolvida com medicação”. Para ele, a afirmação de que a depressão é o transtorno que mais incapacita se trata de uma intenção mercadológica e capitalista.

Segundo Guarido (2007, p. 159), “a produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais”. Uma vez que o sujeito sofre devido a sua própria condição biológica de animal mortal auto-consciente, parece não haver outra saída senão a medicação. Será? “Se o caminho da reflexão e da intenção subjetiva não dão conta do desejo de reduzir o fardo de uma autoconsciência que pesa e faz sofrer, por que não tomar o atalho da intervenção objetiva por meio da manipulação tecnológica” (GIANNETTI, 2002, p. 145), isto é, por meio de medicamentos?

A promessa de aliviar os sofrimentos existenciais é semelhante às características da sociedade de hiperconsumo, em que o sofrimento parece não ser uma opção. O discurso médico, então, caminha de mãos dadas com os valores e o *ethos* da sociedade de consumo. “A felicidade é o valor central, o grande ideal celebrado sem tréguas pela civilização consumista” (LIPOVETSKY, 2007, p. 348). Para quem não consegue atingir a performance (e, a se crer nos dados disponíveis, estes passam a ser a maioria), tem-se a alternativa medicalizante.

Para nosso entrevistado, o psiquiatra é o instrumento que pode proporcionar os medicamentos que vão deixar o sujeito muito melhor a curto prazo e os valores da sociedade de consumo são certamente uns dos fatores mais interferentes para isso. Ele explica que isso se deve ao *american way of life*, ideal de vida estável, tranquila e alegre, discurso que se globalizou. Sendo assim, quase não é mais permitido que o sujeito seja triste, “pois esse sujeito não produz ou consome e se torna um prejuízo para a sociedade capitalista”. A tentativa de medicalizar a vida está atrelada a vender mais remédios: “não é à toa que o Prozac, um dos antidepressivos mais vendidos ainda hoje, é apelidado de pílula da felicidade”. Ele afirma que “a felicidade permanente e a qualquer custo continua sendo o ideal de massa perseguido desde o *american way of life*, e ele está permeando qualquer material de consumo e está nas relações de compra e venda”. Nas famigeradas propagandas de margarina, os ideais de beleza, felicidade e bem-estar físico podem ser vistos com facilidade.

Pesquisas recentes revelam que o domínio sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade está sendo alterado desde que ele passou a fazer parte do DSM. “With the changes in the medical setting, important areas of medicalization are moving from a professional-medical dominance to a market dominance.”⁴ (CONRAD; LEITER, 2004 *apud* BIANCHI *at al*, 2016, p. 455). Com isso, os índices de diagnósticos de TDAH têm aumentado e ido além das fronteiras dos Estados Unidos, ao que Conrad e Bergey (2014 *apud*

⁴ “Com as mudanças na configuração médica, áreas importantes da medicalização estão migrando de um domínio médico profissional para um domínio de mercado”. Tradução nossa.

BIANCHI *at al*, 2016, p. 455) denominam de “impeding globalization of ADHD”.⁵ Podemos, então, afirmar que a medicalização do sofrimento é parte de uma estratégia mercadológica e que os valores do hiperconsumo suscitam o uso de medicamentos?

A PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS

Segundo Conrad e Bergey (2014 *apud* BIANCHI *at al* 2016, p. 456), o pouco conhecimento sobre o TDAH é o motivo pelo qual seu mercado de medicamentos é encolhido na sociedade. E é aqui que a publicidade de medicamentos entra em questão.

Se encararmos o argumento da psiquiatria biológica, o DSM e o tratamento medicamentoso como fatores de um discurso que conduz ao consumo, poderíamos “diagnosticá-lo” com o termo publicidade? Quanto a esta, podemos afirmá-la como um dispositivo pedagógico do consumo? Sobre esse assunto, Lipovetsky (2007, p. 174) afirma que “instigando os desejos de consumo, desculpabilizando o gosto pelo gasto, a publicidade teve a ambição de reorganizar completamente os modos de vida tradicionais: criou uma nova cultura cotidiana baseada numa visão mercantilizada da vida”.

Para respondermos tais questionamentos, é necessário compreendermos o que se entende por publicidade. Este termo é frequentemente utilizado junto ao termo propaganda, podendo assumir o mesmo significado.

Em geral, não se fala em publicidade com relação à comunicação persuasiva de ideias. Neste caso, o termo propaganda é mais adequado, pois inclui objetivos ideológicos, comerciais, etc. O significado do termo publicidade mostra-se mais abrangente no sentido de divulgação, ou seja, tornar público, informar, sem que isso implique necessariamente em persuasão”. (BARBOSA; RABAÇA, 2001 *apud* BRANDÃO, 2006, p. 54).

Para Silva (1976 *apud* BRANDÃO, 2006, p. 55), “embora usados na prática como sinônimos, os termos publicidade e propaganda não significam rigorosamente a mesma coisa”. Há uma distinção na origem dos termos: propaganda assumia o sentido de propagação da fé católica e, posteriormente, adquiriu significado político. No século XX, “tornou-se um vocábulo indesejável, devido aos abusos da propaganda nazifascista e seus processos de violentar a consciência das massas” (SILVA, 1976 *apud* BRANDÃO, 2006, p. 55).

Publicidade possuía um sentido jurídico no início, mas no século XIX passou a designar um sentido comercial. “Dada a origem eclesiástica da palavra propaganda (ato de propagar a fé) e o sentido político indesejável que tomou posteriormente, preferiu-se durante

⁵ “Iminente globalização do TDAH”. Tradução nossa.

muitos anos a utilização do vocábulo publicidade” (SILVA, 1976 *apud* BRANDÃO, 2006, p. 55).

A partir da década de 1960, o termo “propaganda” conquistou terreno e hoje confunde-se em alguns casos com “publicidade”. Em linhas gerais, “propaganda” compreende a intenção de implantar, inculcar uma ideia, uma crença na mente alheia, ou seja, são as atividades que tendem a influenciar o cidadão, com objetivo comercial, religioso ou político-social. (BRANDÃO, 2006, p. 55).

Publicidade, segundo Brandão (2006, p. 55), “significa divulgar, tornar público, ou seja, é a arte de despertar no público o desejo de compra, levando-o à ação”. A propaganda, por sua vez, é definida pelo Código de Ética dos Profissionais da Propaganda (1957, p. 1) como “a técnica de criar opinião pública favorável a um determinado produto, serviço, instituição ou ideia, visando a orientar o comportamento humano das massas num determinado sentido”. Podemos relacionar essa última definição ao que Habermas denominou o princípio da publicidade: “as opiniões pessoais de pessoas particulares podem transformar-se numa opinião pública através do debate racional crítico de um público de cidadãos que esteja aberto a todos e livre de dominação” (THOMPSON, 1995, p. 147).

A propaganda, então, preserva a característica da esfera pública de manter um consenso, porém não a partir de um debate racional crítico, mas a partir de uma lógica mercadológica. Seria, no entanto, um engano afirmar que a propaganda é arbitrária e oposta ao ideal democrático da esfera pública, pois “a publicidade exalta apenas o que é consenso. Quanto mais a comunicação se pretende criativa e social, mais põe em cena sistemas referenciais que ela não constituiu propriamente, já consagrados pelo corpo social” (LIPOVETSKY, 2007, p. 182).

Para Aguiar (2003, p. 11), a maneira como a pessoa “apresentará seus sintomas ao médico será como aprendeu nas revistas semanais e nos programas de televisão, que ensinam os sintomas da depressão”. Porém, “contrariamente às aparências, a publicidade adapta-se mais à sensibilidade social do que impõe novos caminhos”. (LIPOVETSKY, 2007, p. 183). Sendo assim, podemos afirmar que a medicalização é uma resposta à demanda do turboconsumidor em vez de uma realidade criada pela publicidade: “a medicalização do existencial é menos a resposta à ditadura do desempenho que o efeito do poder do imaginário do bem-estar e da qualidade de vida, englobando daí em diante o campo psíquico” (LIPOVETSKY, p. 290).

O psiquiatra entrevistado afirma que a recomendação “boca-a-boca” no Brasil é forte. O paciente que vai ao consultório supondo ter determinada condição médica e qual prescrição

medicamentosa pode receber, “não é alguém entendido nas questões médicas e farmacológicas, mas é influenciado por alguma fonte que geralmente não é uma fonte médica imparcial e crítica, mas um familiar, um programa televisivo ou uma pesquisa na internet”.

Os termos publicidade e propaganda, como sinônimos de comunicação, podem ser compreendidos num sentido mais abrangente. De igual modo, os termos transmitir e anunciar podem ser sinônimos de comunicar e publicar. Segundo Martino (HOHLFELDT; MARTINO; FRANÇA, 2001, p. 15-16), as palavras transmitir e anunciar são expressões variantes ou usos figurados de um sentido primordial e mais geral que exprime relação. Esses termos estão de acordo com a etimologia do termo comunicação.

Para o CONAR, a propaganda deve ter patrocinador identificado e deve ser ostensiva, ou seja, deve ser percebida como propaganda. A ANVISA faz regulamentações semelhantes:

Fica vedado utilizar técnicas de comunicação que permitam a veiculação de imagem e/ou menção de qualquer substância ativa ou marca de medicamentos, de forma não declaradamente publicitária, de maneira direta ou indireta, em espaços editoriais na televisão; contexto cênico de telenovelas; espetáculos teatrais; filmes; mensagens ou programas radiofônicos; entre outros tipos de mídia eletrônica ou impressa (ANVISA, 2008, p. 4).

O Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária (CONAR, 2013, p. 41), na súmula nº 2, de 15 de agosto de 1988, define que o produto farmacêutico que só pode ser comercializado mediante prescrição médica “não poderá ser anunciado em veículo de comunicação de massa e sua divulgação poderá ser imediatamente sustada”. A respeito disso, o psiquiatra entrevistado afirma que há um cuidado em proibir a propaganda de medicamentos tarja preta, por exemplo, porque estes podem causar dependência física e uso abusivo. Ele questiona até mesmo se deveria ser produzida a propaganda de medicamentos isentos de prescrição como Doril, pois “essa propaganda pode não ser pertinente, visto que, no Brasil, a automedicação acontece com facilidade”.

Essas informações veiculadas em revistas e programas de televisão, porém, seriam classificadas como publicidade, apenas com o objetivo de informar, ou como propaganda, com o objetivo de comercializar? O artigo 5º da Resolução de Diretoria Colegiada nº 96 (ANVISA, 2008, p. 4-5), regulamenta que as empresas de medicamentos “não podem oferecer [...] brindes, benefícios e vantagens aos profissionais prescritores [...], aos que exerçam atividade de venda direta ao consumidor, bem como ao público em geral”. Entretanto, não são abrangidos os “brindes institucionais [...] que não veiculem propaganda de medicamentos, artigos científicos, livros técnicos publicados, revistas científicas e publicações utilizadas para atualização profissional” (ANVISA, 2008, p. 4-5).

Segundo os artigos 27 e 32 (ANVISA, 2008, p. 10, 12), a propaganda de medicamentos de venda sob prescrição e controle especial é “restrita aos meios de comunicação”, como revistas de conteúdo técnico, “destinados exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos”. Segundo o artigo 33 (ANVISA, 2008, p. 12), “a distribuição de amostras grátis de medicamentos somente pode ser feita pelas empresas aos profissionais prescritores em ambulatórios, hospitais, consultórios médicos e odontológicos”. E para o artigo 35, “as embalagens secundárias das amostras grátis não podem veicular designações, símbolos, figuras, imagens, desenhos, slogans e quaisquer argumentos de cunho publicitário, exceto quando aprovado pela Anvisa” (ANVISA, 2008, p. 12).

Para o psiquiatra entrevistado, as propagandas acontecem através de material distribuído aos médicos, como amostras grátis de medicamentos e material teórico científico no local de trabalho e nos grandes eventos médicos em forma de simpósios, congressos e jornadas. Para o entrevistado, “esse propagandista pode apresentar um novo remédio, mas cabe ao médico prescrevê-lo ou não, além do cuidado e do senso crítico de que o discurso do representante não é necessariamente uma verdade do que acontece na prática”. O médico deve saber que o propagandista presta um serviço ao laboratório. “Amostras grátis incentivam a preferência de um medicamento em detrimento de outro devido a sua maior acessibilidade”.

Na regulamentação contida no artigo 42 (ANVISA, 2008, p. 14), “qualquer apoio ou patrocínio [...] aos profissionais de saúde para participação em eventos científicos [...] não deve estar condicionado à [...] propaganda ou publicidade de algum tipo de medicamento”. Para o artigo 43 (ANVISA, 2008, p. 14), a Anvisa deve ser informada caso algum evento científico permita a propaganda ou a publicidade de medicamentos.

Uma das hipóteses que levantamos aqui é a de que a publicidade de medicamentos que precisam de prescrição funciona em forma de propaganda indireta e não ostensiva. O artigo 44 parece considerar essa possibilidade ao regulamentar a divulgação de campanhas sociais:

A divulgação de campanha social deve ter como único objetivo informar ações de responsabilidade social da empresa, não podendo haver menção a nomes de medicamentos, nem publicidade destes produtos, da mesma forma que nenhuma propaganda ou publicidade de medicamentos pode se referir às ações de campanhas sociais da empresa (ANVISA, 2008, p.14).

Se notarmos que a propaganda de medicamentos de venda sob prescrição é hiperregulamentada, podemos afirmar que ela não exerce uma função medicalizante? Essa poderia ser uma resposta plausível, pois este tipo de propaganda é permitida apenas para os

profissionais prescritores, enquanto os consumidores não estabelecem contato com ela não sendo orientados a consumir medicamentos por este dispositivo.

Devemos, então, investigar se há outras formas de propaganda medicalizante. Podemos, por exemplo, considerar como propaganda indireta o ato de propagar tratamentos medicamentosos do sofrimento psíquico por meio de jornais, programas de tv, revistas, blogs e outros meios de comunicação. O financiamento do site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção por laboratórios de medicamentos é um exemplo de publicidade medicalizante:

No site da Associação afirma-se que ele é patrocinado, entre outras instituições, associações profissionais, federações e companhias nacionais e internacionais, pela Novartis e Shire Pharmaceuticals, além da anuidade paga pelos membros. No site da Associação, explicam o que é o TDAH, suas causas, diagnóstico e tratamento, bem como aconselhamento aos familiares e pacientes, e divulgam as atividades e considerações dos profissionais que atuam neste campo. Entre outras ações, a Associação oferece treinamento para profissionais da saúde e da educação sobre o TDAH⁶ (BIANCHI *at al* 2016, p. 458).

A ABDA, “Responsável pela propagação do discurso biomédico sobre o TDAH no país, na forma de pesquisas acadêmicas difundidas tanto em seu site como em revistas voltadas para a legitimação do TDAH como transtorno orgânico⁷ (BIANCHI *at al* 2016 p. 458).

“Algumas empresas de pesquisa de mercado sugerem que o mercado global de medicamentos para o TDAH é encolhido porque não há ainda nenhum conhecimento sobre o transtorno”⁸ (BIANCHI *at al* 2016 p. 456). Podemos, então, supor que a publicidade, ao desembocar em vendas, considerando o aumento do consumo de medicamentos, se assemelha a uma espécie de propaganda indireta, principalmente porque essa “publicidade”, no caso do TDAH, é patrocinada por laboratórios. A afirmação de Kotler sobre publicidade corrobora o que estamos a pesquisar:

Os artigos de jornais e as reportagens parecem aos leitores relatos autênticos, originados das pesquisas da própria mídia. Portanto, os leitores provavelmente consideram os artigos de jornais sobre produtos e empresas como tendo um grau

⁶ *On the website of the Association is stated that it is sponsored, among other institutions, professional associations, federations and national and international companies, by the Novartis and Shire Pharmaceuticals, besides the annuity paid by the members. In the website of the Association, they explain what ADHD is, its causes, diagnosis and treatment, as well as to provide advice for family members and patients, and disseminate activities and considerations of professionals working in this field. Among other actions, the Association provides training to health and education professionals about ADHD* (tradução nossa).

⁷ *Responsible for the dissemination of biomedical discourse about ADHD in the country, in the form of academic research disseminated both on its website and in journals aimed at the legitimation of ADHD as an organic disorder* (tradução nossa).

⁸ *Some market research companies suggest that the global market of drugs for ADHD is shrunk because there is still no knowledge about the disorder* (tradução nossa).

mais alto de veracidade do que se aparecessem patrocinados por um vendedor (KOTLER, 1988, p. 400).

Ainda a respeito das funções da publicidade, Kotler (1988, p. 400) afirma que ela pode “atingir muitos compradores em potencial que, de outra forma, evitam os vendedores e as propagandas. Isto acontece porque a mensagem está embalada de tal maneira que o atinge como uma notícia, em vez de uma comunicação direta de vendas”.

Se o comum entre publicidade e propaganda é o ato de informar, e o que as diferencia, segundo informações dadas por Kotler (1988), é que a primeira não possui patrocinador e a segunda possui um patrocinador identificado, podemos afirmar que o que ocorre na sociedade, é a publicidade, ou a propaganda indireta, a corroborar a medicalização do sofrimento psíquico.

“O marketing moderno exige mais do que desenvolver um bom produto, determinar corretamente seu preço e torná-lo facilmente acessível ao cliente. A empresa que quer mais do que apenas vendas eventuais deve desenvolver um programa eficaz de comunicação” (KOTLER, 1988, p. 380). Se a comunicação persuasiva é uma estratégia de vendas, a medicalização do sofrimento é apenas uma área, de tantas outras, que o hiperconsumo se apropriou. Diante das afirmações de que “o tempo que chega é o da hipermercadoria medicalizada” (LIPOVETSKY, 2007, p. 54) e de que na contemporaneidade “não se consomem mais apenas medicamentos, mas também transmissões, artigos de imprensa para o grande público, páginas da Web, obras de divulgação, guias e enciclopédias médicas” (LIPOVETSKY, 2007, p. 53), podemos concluir que além da mercantilização dos medicamentos, há também a medicalização do consumo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade de hiperconsumo é aquela onde residem os valores do hedonismo, do imediatismo, da negação do sofrimento e do bem-estar. É nela onde se encontra o hiperconsumidor que busca a felicidade por meio das aquisições materiais, aquele que desfruta de um mundo hiperdemocrático, possível graças à destraditionalização da sociedade. Foi essa a tarefa da publicidade, ao mesmo tempo que propagou o consumismo. A publicidade, porém, não aponta caminhos, mas “exalta apenas o que é consenso”, como afirma Lipovetsky (2007, p. 182).

É nessa sociedade hiperdemocrática marcada pelo desejo e pela compra-prazer que, paradoxalmente, o sujeito se encontra desamparado. A partir da negação do sofrimento e da

busca por bem-estar, ele recorre, além de tantas outras mercadorias, ao consumo de medicamentos.

A medicalização do sofrimento psíquico cresce como um discurso hegemônico da psiquiatria biológica e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais é utilizado como um referencial para diagnosticar os pacientes. Ambos, o discurso psiquiátrico e o DSM, unidos à indústria farmacêutica, se configuram como dispositivos do consumo de medicamentos.

A publicidade de medicamentos que precisam de prescrição, apesar de ser hiperregulamentada pelo CONAR e pela ANVISA, exerce um papel importante na medicalização do sofrimento, apresentando-se em formato de propaganda indireta ou de publicidade informativa em veículos de comunicação.

O discurso medicalizante difundido pela comunicação, como um fenômeno que cresce unido ao consumo de medicamentos, pode ser visto como uma estratégia de vendas, uma comunicação persuasiva em função da indústria farmacêutica.

Além dos dispositivos mercadológicos como a publicidade, existe a demanda do sujeito por bem-estar e desempenho. A medicalização é, portanto, produto tanto de interesses da indústria farmacêutica como da demanda do consumidor por bem-estar, felicidade e ausência de sofrimento: valores que norteiam a sociedade e produzem a medicalização do sofrimento psíquico na cultura do hiperconsumo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. de. **Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea**. Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130903_port.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

AGUIAR, A. A. de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed. 5a. Edição. Washington: Associação Americana de Psiquiatria, 2013.

ANVISA. **Resolução de Diretoria Colegiada**, nº 96, 17 Dez 2008. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/propaganda/rdc/rdc_96_2008_consolidada.pdf>. Acesso em 31 Out. 2016.

BIANCHI, *at al.* **Medicalization beyond physicians: pharmaceutical marketing on attention deficit and hyperactivity disorder in Argentina and Brazil (1998-2014)**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.2, p.452-462, 2016.

BRANDÃO, E. R. **Publicidade on-line, ergonomia e usabilidade:** o efeito de seis tipos de banner no processo humano de visualização do formato do anúncio na tela do computador e de lembrança da sua mensagem. Rio de Janeiro: PUC-Rio, Departamento de Artes e Design, 2006.

CÓDIGO de ética dos profissionais da propaganda. Out 1957. Disponível em: <<http://www.secom.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao/arquivo-de-outros-documentos/codigo-de-etica-profissionais-da-propaganda.pdf/view>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CONAR. **Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária.** 19 jul. 2003. Disponível em: <<http://www.conar.org.br/codigo/codigo.php>>. Acesso em: 10 out 2016.

EWALD, A. P.; OLIVEIRA, D.M. **Mídia farmacêutica:** sociedade de consumo e fabricação da loucura. 2004. Disponível em: <http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/3/35/GT6-texto4-_Midia_farmaceutica_-_Ariane_e_Dayse.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

GIANNETTI, E. **Felicidade:** diálogos sobre o bem-estar na civilização. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GUARIDO, R. **A medicalização do sofrimento psíquico:** considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 33, n. 1, p.151-161, 2007.

HOHLFELDT, A.; MARTINO, L. C.; FRANÇA, V. V. **Teorias da comunicação:** conceitos, escolas e tendências. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. **A medicalização como estratégia biopolítica:** um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. Psicologia e Sociedade, Porto Alegre, v.19, n. 3, p. 88-95, 2007.

KOTLER, P. **Marketing.** Edição compacta. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1ª Ed. 1988.

LIMA, T. C. S. de. MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico:** a pesquisa bibliográfica Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007.

LIPOVETSKY, G. **A Felicidade Paradoxal:** ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. São Paulo: Companhia das letras, 2007.

PESSOTTI, I. Para compreender a 'vida dura'. **Folha de São Paulo.** São Paulo, 26 jan. 2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs2601200303.htm>>. Acesso em: 10 set. 2016.

ROCHA, S. P. V. **O homem sem qualidades:** modernidade, consumo e identidade cultural. São Paulo: Comunicação, mídia e consumo. Vol.2, n. 3, p 111-122, mar, 2005. Disponível em: <<http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/28/28>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna:** Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 4ª Ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 199