

A nova “boa-nova”: marketing de medicamentos e jornalismo científico nas páginas da revista brasileira *Veja*

La nueva “buena nueva”: el marketing de medicamentos y el periodismo científico en la revista brasileña *Veja*

*The new gospel: medicine marketing and science journalism in the brazilian news magazine *Veja**

*Paulo Vaz*¹

*Daniel B. Portugal*²

Resumo *Este artigo analisa o status do medicamento na ética contemporânea, mostrando como ele se constrói em oposição ao típico objeto de consumo. Entretanto, não apenas tal separação se mostra problemática teoricamente, como, na prática, induz os laboratórios farmacêuticos a construir estratégias de marketing que exploram a credibilidade de pessoas e instituições. Procurando estudar a influência (seja direta ou indireta) de tais estratégias em matérias jornalísticas sobre saúde, analisamos reportagens sobre saúde da revista *Veja*.*

Palavras-chave: *Marketing de medicamentos. Consumo. Ética. Doença. Saúde.*

Resumen *Este artículo analiza la situación de las medicinas en la ética contemporánea, mostrando cómo ella está construida en oposición a los objetos típicos de consumo. Sin embargo, no sólo esa separación es problemática en la teoría, sino que también en la práctica induce a los laboratorios farmacéuticos*

¹ Paulo Vaz é professor do programa de pós-graduação em Comunicação e Cultura da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ). O autor agradece ao CNPq pelo apoio ao projeto Risco, portador e vítima virtual. E-mail: paulorgvaz@uol.com.br.

² Daniel Portugal é doutorando em Comunicação e Cultura na UFRJ. E-mail: dportuga@gmail.com.

a construir estratégias de mercadeo que explotan la credibilidad de las personas e instituciones. Tratando de estudiar la influencia (ya sea directa o indirecta) de esas estrategias en el material periodístico sobre salud, analizamos los informes sobre la salud de la revista Veja.

Palabras-clave: *Marketing de medicina. Consumo. Ética. Enfermedad. Salud.*

Abstract *This article analyses the status of medication in contemporary ethic, showing how it is built in opposition to the ordinary consumer good. However, this opposition is not only theoretically flawed but also, in practice, induces pharmaceutical labs to construct marketing strategies based on the exploration of the credibility of persons and institutions. In order to study the influence (direct or indirect) of such strategies in journalistic news about health, we analyzed news stories about diseases from the Brazilian news magazine Veja.*

Keywords: *Medicine marketing. Consumption. Ethics. Illness. Health.*

Data de submissão: 27/06/2012

Data de aceite: 24/09/2012

Medicamento e mercadoria

Grande parte dos discursos críticos à “sociedade de consumo” tende a focar em objetos e práticas caracterizados pelo prazer, pelo supérfluo e pelo conspícuo. Escutá-los nos faz pensar em carros, roupas, perfumes e bolsas. Dificilmente o consumo de medicamentos é incluído nesta categoria onde o prazer dos indivíduos é identificado pelos “críticos” como a fonte de inúmeros problemas sociais e sofrimentos humanos.

Talvez porque o uso de remédios pareça ser ditado pela “necessidade” e não pelos “desejos”, para utilizar uma divisão que remonta a Platão (2010). O filósofo separava os “desejos supérfluos”, que visam aos prazeres do corpo, dos “desejos necessários”, aqueles que seriam a condição para a preservação da boa forma do corpo e que não entrariam em conflito com a atitude virtuosa e contemplativa. Dentro da doutrina platônica, a divisão é coerente, pois, nela, o Bem é transcendente à matéria e ao corpo.

Entretanto, uma vez descartada a metafísica e o ascetismo platônicos, ou seus derivados cristãos, o esforço de separar o supérfluo do necessário no interior de práticas mundanas, imanentes, corre o risco de se assemelhar a um moralismo vazio, cuja principal função talvez seja a de explicar o sofrimento humano atribuindo-o a ações de entidades tais como “A propaganda”, ou “A mídia”, ou “O capital”. Tais demônios nos tentariam com o supérfluo. Restaria a nós – sóbrios servos da necessidade, da saúde e do bem-estar – não nos curvamos à sedução.

Nessa espécie de maniqueísmo do consumo, os medicamentos costumam ficar do lado do “Bem” (do necessário). Com efeito, o medicamento aparece, muitas vezes, como o próprio Bem encarnado: aquele que promete não os falsos prazeres do consumo, mas a verdadeira redenção da saúde. Os noticiários, jornais e revistas não cansam de espalhar esse novo evangelho, anunciando a salvação – isto é, saúde e longevidade – para aqueles que seguirem o caminho da medicalização.

Para observar que a saúde ganha atualmente, para os não religiosos, *status* parecido com o da vida eterna para os cristãos, basta observar a quantidade de rituais cotidianos aos quais ela nos obriga. Se a maioria de

nós não teme mais ofender a Deus por desobedecer a seus mandamentos, ninguém duvida que os “pecados” contra a saúde serão punidos no futuro com doença, sofrimento e morte. De fato, é difícil saber quem se sentiria, hoje, mais culpado ao comer uma generosa porção de toucinho de porco: um judeu ou um indivíduo de meia-idade com colesterol alto. Se antes fazíamos a lista dos sete pecados capitais, hoje listamos os sete piores alimentos para a saúde.

Em suma, os medicamentos ganham, hoje, a aura de objeto sagrado. Eles seriam consumidos não por querermos aparentar sermos mais poderosos ou belos do que os outros, mas pelo único motivo realmente legítimo: precisamos ser curados, precisamos garantir nossa saúde, este estado glorioso de nosso corpo aqui neste mundo. Enquanto a maioria das mercadorias teria como objetivo satisfazer os desejos supérfluos dos consumidores, oferecer-lhes prazeres e gerar lucro para quem as vende e para quem as produz, o medicamento seria destinado exclusivamente a aproximar os indivíduos do *summum bonum* de uma nova ética somática: a saúde.

Outro motivo para não incluir um medicamento na classe das mercadorias é o processo de escolha. Enquanto a decisão sobre que roupa comprar cabe ao consumidor, é o médico – esse novo tipo de sacerdote da saúde – quem escolhe o medicamento e dentre seus critérios estariam a verdade e a solidariedade, isto é, estariam seu conhecimento sobre a doença, seu conhecimento sobre a substância mais eficaz para combatê-la e seu cuidado com o bem-estar do paciente. Ele não procuraria o lucro, como faz o vendedor.

Em suma, um medicamento seria o oposto dos objetos típicos da sociedade de consumo: ao invés do prazer sensual, a cura do sofrimento; ao invés do supérfluo, o necessário; ao invés da melhoria de um desempenho, o retorno ao que se era antes de adoecer; ao invés do paraíso artificial, a eliminação do mal-estar; ao invés dos equívocos e perigos da sedução, o rigor da verdade e a graça da generosidade.

O crescimento espetacular da indústria farmacêutica desde meados da década de 80 do século passado nos obriga, porém, a questionar se,

dado o caráter quase sagrado dos medicamentos, os laboratórios farmacêuticos não estariam, hoje, vendendo um novo tipo de indulgência.

Pelo resultado econômico, os medicamentos foram uma das mercadorias mais bem-sucedidas nos últimos 30 anos. Eis um dado: a receita da indústria farmacêutica no mundo era de cerca de 300 bilhões de dólares em 1995 e passou para 800 bilhões em 2010 (ELLIOTT, 2010a). Como a população mundial não aumentou na mesma proporção, esse aumento espetacular da receita ocorreu ou pelo aumento do preço dos remédios, ou pelo crescimento do número de pessoas tidas como doentes. Considerando que os preços dos medicamentos não aumentaram tanto assim e que é virtualmente impossível ter havido uma mudança tão brutal em menos de 15 anos no padrão de morbidade da população mundial, parte do que aconteceu foi simplesmente resultado de marketing; mas de um marketing apropriado à indústria farmacêutica: aquele que, para vender o medicamento, vende antes a doença; do mesmo modo que quem queria vender a salvação, tinha que vender antes o pecado.

Dizendo de outro modo: para vender mais medicamento é necessário aumentar o número de pessoas que se consideram ou são consideradas doentes. E, com efeito, diversos discursos de convencimento são produzidos pelos laboratórios com este objetivo – de peças publicitárias a artigos médicos escritos por *ghostwriters*, como veremos adiante. A indústria farmacêutica tem, portanto, grande interesse em influenciar os processos sociais de subjetivação de modo a ampliar o número de indivíduos que emprestam sentido às suas vidas, e especialmente a seus sofrimentos, com base na categoria biomédica de “doença”.

Se tivéssemos apresentado o problema em termos do conceito de sociedade de controle proposto por Deleuze, a explicação para a relevância dos interesses da indústria farmacêutica nos processos de subjetivação seria mais direta, articulando forma do capitalismo e procedimentos de poder. A sociedade disciplinar estava associada ao capitalismo de produção, cuja ênfase residia na constituição de corpos dóceis, produtivos economicamente e submissos politicamente. Como o louco era parente do perverso sexual e vizinho do delinquente (FOUCAULT, 1984), o duplo

do psiquiatra era o policial: cuidar daquele que sofre através da internação em asilos podia ser um mero pretexto para afastar o indesejável e perturbador do convívio social. Já a sociedade de controle está associada ao capitalismo de superprodução (DELEUZE, 1990). Os processos de subjetivação atuam no sentido de constituir “bons consumidores”, capazes de sustentar um padrão “frenético” de consumo. O duplo do psiquiatra – e, mais genericamente, do médico – torna-se o vendedor, pois os doentes, cada vez mais, são constituídos como consumidores usando medicamentos quando não “precisam” – isto é, para modificar estados que, se fossem aplicados os critérios de normalidade de meados do século XX, não seriam considerados patológicos.

Assim como a proximidade entre psiquiatra e policial não era abstração irrelevante de teórico, bastando recordar do que se fazia com dissidentes na Rússia ou com imorais no Ocidente, a proximidade entre médico e vendedor é um problema de imagem que os laboratórios procuram manejar em diversos países do mundo. Em fevereiro de 2012, foi assinado um novo acordo definindo os limites do comportamento ético entre o Conselho Federal de Medicina e as empresas farmacêuticas operando no território brasileiro. É sugestivo que o acordo precise enunciar, por exemplo, que a realização de congressos em navios de cruzeiro pode comprometer a dimensão acadêmica do evento; que é legítimo financiar passagem e estadia para os médicos, mas ilegítima a extensão da verba a seus familiares; tampouco cabe distribuir o recurso de auxílio à participação em congressos tendo como critério o número de receitas de um dado medicamento assinadas pelos médicos. Afinal, se o congresso se realizar em um navio ou em um “resort” de luxo e se a ida e estadia de familiares forem pagas pelo laboratório, como distinguir entre o convite para participar de um evento científico e o prêmio de vendedor do mês? Se essa prática costumeira da indústria farmacêutica fosse amplamente conhecida, uma suspeita sobre o critério adotado pelo médico pairaria na mente dos pacientes toda vez que um medicamento lhe fosse receitado: pensou em minha saúde ou em sua próxima viagem?

As estratégias de marketing

Para indicar a relevância econômica das práticas ligadas ao cuidado com a saúde entendida como bem-estar, basta fazer referência à experiência cotidiana de cada um. Primeiro, a experiência do espaço público. A paisagem urbana das grandes cidades foi transformada pela multiplicação de academias, lojas de produtos naturais, farmácias, hospitais, prédios de empresas dedicadas a testes diagnósticos ou especializados em consultórios médicos. Agora, a experiência do espaço privado. Nos Estados Unidos, arquitetos e designers se esforçam para reformar o espaço dos banheiros de modo a fazer caber um armário de medicamentos maior, mais largo e mais profundo do que o modelo anterior; afinal, é preciso lugar para mais medicamentos, loções, cremes e “nutracêuticos” (CRITSER, 2007).

Em outras palavras, o dinamismo econômico da indústria farmacêutica dependeu de mudanças culturais profundas, não se originando apenas na descoberta de novos medicamentos. De um lado, ele dependeu da crescente aceitação cultural de um modo específico de desdobramento das relações de cada indivíduo consigo mesmo, com os outros e com seu futuro, que passam a ser estabelecidas através da mediação de objetos técnicos, sejam eles computadores, máquinas de diagnóstico ou substâncias químicas. De outro lado, o dinamismo econômico dependeu da eleição da saúde como valor maior a orientar as decisões dos indivíduos. O crescimento da indústria farmacêutica se deveu a uma mudança cultural que elegeu o cuidado com o bem-estar mediado por objetos técnicos como valor maior a ser perseguido pelos indivíduos. Nossa cultura tecnológica é também uma cultura terapêutica.

A centralidade do esforço de permanecer belo, jovem, magro e feliz por muito tempo no conjunto das preocupações existenciais dos indivíduos ajuda a explicar por que a indústria farmacêutica pôde ter crescido tanto nos últimos 30 anos. Mas é preciso seguir perguntando: em que medida essa transformação ética está ligada aos impactos dos enormes esforços das indústrias farmacêuticas para ampliar seu mercado?

Para refletir sobre as transformações éticas, é importante fugir tanto do tipo de reducionismo teórico que enxerga os valores e as formas de dar sentido aos objetos como mero efeito das condições materiais, quanto da posição ingênua que os coloca em uma redoma de vidro impenetrável. Se os valores e os sentidos sofrem transformações importantes sob o impacto de interesses muito concretos, não é menos verdade que estes interesses muito concretos também se constituem com base em valores e classificações que permitem definir que objetos (materiais ou imateriais) são passíveis de interesse em primeiro lugar.

Será importante manter em mente o caráter complexo de tal relação na análise que segue. Seu objetivo é estudar as formas através das quais as estratégias de marketing dos laboratórios farmacêuticos podem influenciar valores e significados culturais relacionados à doença com o objetivo de ampliar o mercado de medicamentos.

A maior parte da receita da indústria farmacêutica vem dos medicamentos protegidos por patentes e de venda controlada, consumidos sob a restrição da receita médica. Os economistas caracterizam esse mercado como imperfeito, no sentido de que a forma como se dá a demanda impossibilita que o desejo dos consumidores ajuste a oferta para atingir um preço de equilíbrio: quem irá consumir o produto não decide sobre a ocasião do consumo e, dependendo do modo como funciona a saúde pública no país, o consumidor tampouco é quem despense recursos, pois os medicamentos podem ser comprados ou reembolsados pelo Estado (ELLIOTT, 2010a; LAKOFF, 2006).

Dadas essas características, como é possível moldar a demanda para uma substância patenteada? Os analistas de marketing operam com a diferença temporal entre criar um mercado e competir num mercado já criado (APPLBAUM, 2006). Antes de a Coca e a Pepsi competirem, é preciso existir um mercado para refrigerantes, isto é, para bebidas doces, não alcólicas, gaseificadas e que substituem a água. Posto desse modo, percebemos como foi preciso tempo para que os indivíduos se acostumassem com a ideia de beber um refrigerante quando estavam com sede. No caso de um medicamento, criar o mercado significa criar

a doença; concretamente, isso significa aumentar o número de pessoas que são diagnosticadas como doentes por seus médicos ou que se diagnosticam como doentes em potencial e tentam, depois, persuadir seus médicos da acuidade do seu diagnóstico.

Uma primeira forma para fazer existir uma doença é agir sobre aqueles que diagnosticam, afetando o que sabem. Se a base da prescrição de um remédio deve ser o conhecimento do médico e se vender medicamentos dá muito dinheiro, já se antecipa o que é preciso fazer para aumentar a receita: agir sobre os procedimentos de atualização de conhecimento praticados pelos médicos.

Em alguns países, a atualização periódica é exigida oficialmente. Os laboratórios, em acordo com ou em substituição às universidades, passaram a atuar nas práticas de formação continuada, financiando cursos e congressos médicos (ELLIOTT, 2010b). Há também a estratégia de identificar e estabelecer uma relação com os médicos formadores de opinião numa dada especialidade, que recebem, então, financiamento para pesquisas e para participarem de palestras e mesas-redondas. Se o relacionamento é sólido, podem ser associados à prática, cada vez mais comum, de *ghostwriting* (ELLIOTT, 2010a). Esses formadores de opinião aceitam colocar seus nomes como autores de artigos que foram redigidos pelos cientistas dos laboratórios e que serão publicados nas revistas mais prestigiadas – isto é, as mais consultadas pelos médicos para se informarem sobre uma determinada doença.

Além de afetarem – através da atuação em cursos e outros tipos de formação continuada e através da redação de artigos científicos – aquilo que os médicos em geral aceitam como verdade médica, os laboratórios também utilizam estratégias específicas para lidar com médicos sobrecarregados, que têm pouco tempo ou interesse para assinar revistas científicas caras e ler assiduamente os artigos relevantes para sua especialidade. É aqui que entra o representante comercial, não apenas distribuindo brindes e amostras grátis, mas sendo, também, capaz de resumir as supostas vantagens científicas do medicamento fabricado pelo seu laboratório em comparação com as alternativas dos concorrentes – isto é,

os representantes comerciais também cumprem uma função de atualização do conhecimento dos médicos (REIDY, 2005).

A segunda forma genérica de fazer existir a doença e, assim, criar a demanda para o medicamento é agir diretamente sobre o indivíduo, induzindo-o a se conceber como doente em potencial, isto é, criando meios para que ele se diagnostique e vá consultar um médico para confirmar o sentido que atribuiu a seu sofrimento e qual é o meio de cura. Um dos obstáculos a ser contornado nesse processo de se pensar como um doente em potencial é a credibilidade daquele que afirma existir a doença com determinados sintomas, causas e prevalência. Os laboratórios evitam ser vistos como agentes da disseminação desse entendimento da doença, pois seria facilmente perceptível seu interesse em alargar o mercado.

A estratégia de se aproveitar da credibilidade alheia que mais nos interessa neste trabalho é a produção de reportagens nos meios de comunicação de massa. As empresas farmacêuticas (direta ou indiretamente) procuram afetar o que se convencionou denominar de jornalismo científico. Adiante, analisaremos reportagens da revista *Veja* entre os anos 2000 e 2004, procurando observar em que medida os discursos ali construídos estão em consonância com o objetivo do marketing farmacêutico.

Antes, entretanto, uma questão permanece. Se a estratégia de marketing básica dos laboratórios é afetar aquilo que os médicos e os indivíduos consideram ser verdade a respeito do caráter patológico de seus estados orgânicos e mentais, que doenças podem efetivamente ser “vendidas”?

A mudança no conceito de doença

Para a medicina moderna, a contrapartida anatômica para sintomas definiu as doenças orgânicas. As doenças mentais, por sua vez, eram definidas pelo inverso, isto é, pela ausência de contrapartida anatômica. As famosas curas por hipnose das paralisias histéricas por Charcot eram o modo de definir o lugar da doença mental no conjunto das patologias: elas sofriam, embora nada houvesse em sua anatomia que explicasse

aquele estado. De resto, as doenças mentais, na modernidade, são associadas a vontades e atos desviantes. Pensava-se ainda – visão psicanalítica por excelência – que o descontrole sexual e os “equivocos” na escolha de objeto de desejo estavam na origem de toda doença mental. Em síntese, a doença mental na modernidade se definia apenas por sintomas privilegiando o ato desviante, tinha como causalidade transgressões sexuais reais ou imaginadas e quem diagnosticava era o psiquiatra.

Essa conceituação da doença – se orgânica, contrapartida anatômica para sintomas; se mental, ausência de contrapartida e manifestação de “segredos de alcova” no desvio moral e legal – não permite ampliação do mercado com base em ações de marketing. De fato, em ambos os casos, a doença é um fenômeno minoritário e ampliar o número de doentes encontra obstáculos. Fenômeno minoritário porque a doença é evento pouco frequente e que atinge, a cada momento, um número reduzido de pessoas. O normal, no sentido de saudável, estava conectado ao normal, no sentido estatístico, no sentido do que é mais frequente. Em *Vigiar e Punir*, Foucault escreve que a norma mescla a verdade e a lei, pois é regularidade observada e regulamento proposto (FOUCAULT, 1996). Normalizar, portanto, é massificar, é fazer com que todos se pareçam por eleger como ideal o regular, o frequente e o majoritário.

Além de supor um número estreito de doentes, o conceito de doença tornava difícil a ampliação. De um lado, os sintomas sem contrapartida não constituíam uma doença orgânica e, de outro lado, ninguém saía à cata de um médico se não houvesse sintoma – e, portanto, não havia busca de contrapartida sem experiência de sofrimento e limitação. No caso das doenças mentais, a associação com o desvio já garantia que o são fosse também o normal estatístico, pois é um contrassenso supor que o ato transgressivo seja aquele sabidamente praticado pela maioria.

Essa experiência moderna de doença começa a oscilar em meados do século XX, com o que se costuma chamar de transição epidemiológica, originada no próprio sucesso da medicina, especialmente o desenvolvimento de vacinas e antibióticos. A causa principal de morte deixa de ser as doenças infectocontagiosas, como sífilis e tuberculose, e se torna as

doenças crônico-degenerativas, principalmente as doenças cardiovasculares e os cânceres. Para estas, a sequência temporal “sintoma, contrapartida anatômica e intervenção” é problemática, pois ou a manifestação do sintoma tende a coincidir com a morte ou aparece quando nenhuma intervenção tem eficácia.

Para continuar sendo forma privilegiada do esforço dos seres humanos de se manterem em vida enquanto der, a medicina ocidental desenvolveu então o conceito de fator de risco no estudo das doenças crônico-degenerativas. Para estas, é preciso diagnosticar – descobrir alguma alteração anatômica ou fisiológica – antes de haver sintoma. O que se descobre, então, não é a doença já constituída, mas, sim, o que indica a sua mais ou menos provável manifestação futura. A hipertensão, fator de risco para doenças cardiovasculares, foi provavelmente a primeira contrapartida anatômica na ausência de sintoma. Foi também a primeira forma de os indivíduos se medicarem sem estar doentes e sem nada sentir.

De fato, a dissociação entre sintoma e contrapartida anatômica foi o que abriu a possibilidade de “vender doença”. Para as doenças infecto-contagiosas, a estratégia de atemorizar e, ao mesmo tempo, prometer a salvação só é factível em casos de epidemia. No caso, porém, da contrapartida anatômica de um fator de risco, isto é, do que indica a eventualidade de sintomas no futuro, é factível aumentar o número de portadores simplesmente por variar o limiar quantitativo a partir do qual se define uma anormalidade, uma probabilidade tida como inaceitável de adoecer no futuro. Esse movimento de generalização da condição de portador implica que o saudável tenha sido desvinculado do normal estatístico. De fato, o normal no sentido médico ganha uma dimensão de idealidade que faz dos saudáveis uma minoria; mais precisamente, algo que muitos conseguem ser desde que consumam medicamentos, desde que incorporem uma prótese tecnológica.

Quando a contrapartida anatômica é um fator de risco, temos, então, aberta uma possibilidade inexistente no conceito moderno de doença: as pessoas se medicam na ausência de sintomas. Esse mercado

pode crescer indefinidamente, pois o que define a necessidade do consumo é a possibilidade de reduzir a chance de doença, mesmo que essa redução seja mínima.

Além das que se definem pela contrapartida anatômica que indica a probabilidade de sintomas no futuro, passa a haver também a possibilidade de doenças orgânicas que se definem só pelos sintomas, mas que não são doenças mentais. Doenças tão mais fáceis de serem vendidas quanto mais os seus sintomas estiverem próximos do que antes seria visto como normalidade ou como incômodo aquém do limiar da atenção médica (ELLIOTT, 2010b). Um exemplo é a síndrome do intestino irritável. Seu diagnóstico se dá por exclusão de contrapartida anatômica – não é vírus, bactéria ou câncer – e pela presença de sintomas como diarreia ou prisão de ventre frequentes ou alternância entre estes estados. O mal de Alzheimer também pode ser incluído nesse grupo, pois não tem contrapartida anatômica, apenas uma definição funcional, sintomática, e a separação entre dificuldades cognitivas a definir doença e o que seria resultado do processo natural de envelhecimento tampouco é nítida (ELLIOTT, 2010b). Assim, será possível aumentar o número de indivíduos que são diagnosticados como doentes; no limite, todo idoso poderá ser medicado. Uma vez mais, a normalidade é um ideal desvinculado do que é majoritário em termos fisiológicos e de comportamento.

O mal de Alzheimer indicou, implicitamente, uma quarta possibilidade de vender uma doença. Trata-se da construção de sintomas cuja distinção com processos anteriormente vistos como naturais é muito pouco clara. O exemplo maior é a “disfunção erétil”, também passível de um trabalho de redefinição do sintoma que torna todo indivíduo acima da adolescência como um doente em potencial. Pode-se propor que, nesse caso, o critério de normalidade não tem mais como referência um processo natural e, sim, o bem-estar do indivíduo, tornado ideal de felicidade.

A normatividade do bem-estar será também uma alavanca a impulsionar o surgimento de novas doenças mentais e, assim, de novos consumidores. Acompanhada de uma visão que insiste em reduzir a vida

mental dos sujeitos a reações químicas, tal normatividade se transforma na melhor estimuladora para a venda de psicotrópicos. Afinal, que um transtorno resulte de um desequilíbrio químico, isso só indica a possibilidade de um tratamento por remédios, pois o que define qualquer transtorno não é mais sua causa, mas, sim, seus sintomas.

Além disso, quando a referência de grande parte das doenças mentais é o bem-estar individual, o desvio de uma normatividade não é mais o ato imoral ou criminoso e, sim, o sofrimento nas suas inumeráveis formas. Apoiando-se na incerteza sobre a normalidade do estado mental de cada um, incerteza sempre possível de ser alimentada dada a impossibilidade de acesso direto à mente dos outros, e prometendo incessantemente a todos nós que é possível viver melhor, os esforços de marketing das empresas farmacêuticas puderam aumentar de modo espetacular o número de consumidores de medicamentos por elevar o número de pessoas que se consideram e são consideradas doentes.

Notícias de saúde na revista *Veja* de 2000 a 2004

Ao longo deste artigo, observamos como o marketing dos laboratórios farmacêuticos atua no sentido de “vender a doença” para, em seguida, vender o medicamento. Vimos que as estratégias de marketing incluem diversas ações que dificilmente poderiam ser divulgadas sem causar indignação em grande parte dos consumidores de medicamentos. Entretanto, mais até do que as particularidades dos meios utilizados, o que preocupa é o efeito global do marketing farmacêutico.

Ações de marketing podem atuar de maneira indireta, tentando, por exemplo, conseguir aquilo que se convencionou chamar “publicidade espontânea”. A ideia aqui é produzir algum evento ou objeto que desperte a atenção dos meios de comunicação, sendo amplamente noticiado. Quando se trata de pensar a relação de reportagens que “vendem a doença” e as ações de marketing de medicamentos, portanto, não precisamos necessariamente pensar em uma relação direta de compra da re-

portagem por parte dos laboratórios, embora não pareça improvável que tal prática também ocorra. De uma maneira ou de outra, o que importa observar é como reportagens em revistas de notícias como a *Veja*, em consonância com os interesses dos laboratórios, estimulam seus leitores a encarar seus sofrimentos ou condições indesejáveis como doenças, a temer tais doenças e a considerar o medicamento como a melhor forma possível de curá-las.

Para a realização da análise que segue, foram coletadas 23 reportagens da revista *Veja* entre os anos de 2000 e 2004. Considerando o quadro conceitual descrito anteriormente sobre as doenças que podem ser objeto de marketing, tivemos 10 reportagens sobre fator de risco (5 sobre doenças cardiovasculares, 2 sobre cânceres, 2 sobre a necessidade de fazer *check-up* e 1 sobre o diabetes), 6 sobre doenças mentais, 4 sobre a possibilidade de evitar a redução da atividade sexual a partir da meia idade e 2 sobre dores crônicas. Houve ainda uma reportagem cujo tema era os “super-remédios” fabricados pelos laboratórios.

A notória atitude pró-*business* da revista *Veja* limita o alcance das conclusões sobre as estratégias de marketing das indústrias farmacêuticas no Brasil; mas a redução se deveu à facilidade de acesso, pelo arquivo digital da revista. Apesar de reconhecer a limitação, cabe dizer que a análise qualitativa de uma amostra de reportagens sobre depressão nesse período mostrou uma forte coincidência de temas e conteúdo nas revistas *Veja*, *Época* e *Isto É*. Não há por que supor que essa semelhança valesse apenas para uma doença.

Quanto ao período selecionado, estudos sobre antidepressivos na Argentina e no Japão mostram que esse é um momento onde os laboratórios procuraram ampliar o mercado globalizando a concepção de mente e a atitude preventiva norte-americanas. Ao mesmo tempo, a restrição, em princípio, permitiria uma maior nitidez das estratégias de marketing, pois foi só a partir do final de 2003 que começaram a surgir artigos e livros criticando as práticas da indústria farmacêutica. Até então, portanto, era possível desdobrar suas estratégias sem considerar possíveis críticas.

Selecionamos apenas reportagens de capa. O motivo é a presunção de que os temas para tais reportagens foram pensados e investigados com mais cuidado; no caso, portanto, é reduzido o peso do argumento sobre o ritmo industrial da produção de notícias na explicação de absurdos jornalísticos.

As reportagens sobre saúde convenientes aos interesses dos laboratórios farmacêuticos costumam apresentar três elementos retóricos. O primeiro aproxima a possibilidade da doença por propor que há mais doentes do que se pensava, que parte significativa desses doentes não sabe que sofre da doença e que não ter cuidado dela lhes trouxe consequências sérias – em suma, que você, leitor, pode estar doente sem o saber e que é melhor cuidar de si. O segundo elemento individualiza a doença, por propor ao leitor formas de se autodiagnosticar. O terceiro elemento descreve a causa da doença de modo a assegurar que os medicamentos sejam vistos como uma terapia necessária.

As doenças cardiovasculares e os cânceres não precisam ter sua prevalência superestimada, pois são as causas maiores de morte em nossa atualidade. Aproximar-se da idade em que a maioria dos seres humanos morre já assegura que o medo dessas doenças se instale em nossas mentes. Para aumentar o mercado, basta acentuar a eficácia da terapia. Quem se submete a *check-up* regularmente, nos diz a revista, recebe em troca uma mercadoria inestimável: “maior quantidade de anos de vida saudável” (VARELLA; POLES, 2000, p. 118). Os exames são tão benéficos que “a idade média de homens e mulheres que os fazem rotineiramente baixou de 45 para 35 anos” (BUCHALLA, 2003, p. 77) – como é costume nessas reportagens, não somos informados sobre a fonte desse dado epidemiológico. A exceção nas reportagens sobre fatores de risco é o diabetes. Relativamente desconhecida, cabe avisar ao leitor que dos estimados (sabe-se lá por quem) 10 milhões de brasileiros com diabetes, a metade não sabe que está doente e mais cinco milhões estão no estágio denominado de pré-diabetes. É preciso ficar preocupado com essa possibilidade de ser um dos muitos que desconhecem estar doentes ou quase doentes, pois o diabetes, doença lenta e sorratei-

ra, pode ter como efeitos cegueira, amputação de membros, infarto ou derrame (OYAMA, 2002).

Um argumento semelhante sobre a suficiência da passagem do tempo em produzir a preocupação vale para a redução da atividade sexual a partir da meia-idade. Como se trata do prazer e não de aconselhar sobre as formas de evitar a morte, o discurso pode ser alegre e sugestivo. A testosterona, dita ser droga milagrosa na edição 1650, seria “diretamente responsável pelo desejo” e repor sua perda “pode despertar leões adormecidos – ou transformar tímidas ovelhinhas em tigresas” (OYAMA, 2002, p. 90). Como a consequência negativa do descuido é apenas a perda do prazer que se poderia ter nessa vida, o discurso recomendando a cuidar de si não ameaça e, sim, incita o leitor a lutar pelo seu direito ao prazer. Se, no passado, os indivíduos se resignavam às limitações impostas pela falta de desejo, hoje eles “se preocupam com o problema e querem uma solução” (OYAMA, 2002, p. 86). Até porque a “nova revolução sexual está sendo gestada nos laboratórios” (OYAMA, 2001, p. 102) e tem dois pilares: “o restabelecimento da normalidade hormonal e o estímulo da disposição sexual” (CARELLI, 2002, p. 74-75).

As reportagens que tratam de doenças mentais e da dor como doença são as que apresentam as estatísticas de prevalência mais impressionantes e que alertam para as graves consequências de pensar que elas se resumiriam a um incômodo. A dor crônica atingiria 60% dos brasileiros e, “por si só, pode levar à morte” (BUCHALLA, 2002, p. 74). A dor de cabeça, tormento que atinge “a nove entre 10 pessoas” (PASTORE, 2003, p. 80), quando tem a forma da enxaqueca, pode causar “de problemas gastrointestinais a distúrbios do sono” (PASTORE, 2003, p. 85), mesmo se os pacientes não sentem dor.

Em relação às doenças mentais, há desde a prevalência agregada, para todos os transtornos, de 30% da população (LIMA, 2004), até a de doenças específicas, como o transtorno obsessivo-compulsivo, que atingiria a sete milhões de brasileiros (PASTORE; NEIVA, 2004) – o grupo das fobias, por exemplo, atingiria a 25% da população norte-americana. O caso dos distúrbios do sono é exemplar: no Brasil, metade da popula-

ção adulta “experimenta uma noite maldormida por semana” (ZAKABI, 2003, p. 103). Mas não se pode pensar que isso é um mal-estar à toa, pois a falta de sono de boa qualidade e na duração necessária provoca “depressão, hipertensão, contribui para o infarto, o derrame cerebral e o agravamento do diabetes” (ZAKABI, 2003, p. 107). Se o leitor ainda não estiver convencido da necessidade de levar a sério suas insônias, talvez ele mude de opinião quando souber que dormir mal causa aumento de peso (ZAKABI, 2003).

Após trazer a possibilidade de doença para o horizonte de preocupações do leitor, é preciso lhe dar a capacidade de se autodiagnosticar. Um primeiro modo de facilitar essa internalização da possibilidade é o uso de testes. Assim como em outras revistas, as reportagens da *Veja* trazem dois tipos de testes: um que mensura o nível de conhecimento e o outro que permite ao indivíduo saber quem ele é, identificar-se. O teste de conhecimento apareceu nas reportagens sobre o direito ao prazer sexual; com questões difíceis, sua função parecia ser a de dizer a um indivíduo que ele precisava saber ainda mais sobre seu corpo e as possibilidades de prazer que contém. Os testes com a função de identificação surgiram nas reportagens sobre doenças cardíacas e nas doenças mentais. A mesma forma: escores quantitativos a partir das respostas dadas. A diferença é que enquanto para as doenças cardíacas, as perguntas admitiam respostas precisas, nas doenças mentais critérios vagos de intensidade ou frequência permitiam ao indivíduo conceber-se doente se assim o desejasse e temesse.

Outras ferramentas retóricas são o uso de testemunhos, depoimentos ou histórias de vida de personalidades específicas narradas na terceira pessoa. A primeira função desses relatos é a de legitimar o direito ao prazer e acabar com possíveis estigmas. Quando o foco é a erradicação do estigma, é bastante comum o uso de depoimento de celebridades, estimulando considerações do tipo “se até eles têm tal doença, eu também posso ter”.

Uma segunda função é o diagnóstico a partir de um fragmento autobiográfico, que pode ser retomado por outros. Alguém pode, por exemplo,

narrar como a doença lhe afetava, falar sobre os tipos de sensações e sofrimentos ligados à doença de uma maneira íntima, de modo a aproximar o leitor da situação descrita e estimulá-lo, assim, a conceber-se também como doente. Tal estímulo será inútil, entretanto, se o autodiagnóstico não for legitimado, mesmo que a ida ao médico para confirmação continue a ser requerida. Por isso, encontramos histórias como a de Vanessa Anastácio, uma estudante que “descobriu que tinha depressão aos 23 anos, ao ler uma reportagem sobre o assunto. Identificou-se com os sintomas, foi ao médico e ouviu o diagnóstico” (LIMA, 2004, p. 122). Nesta reportagem, a história da vida de Vanessa aparece duas páginas após uma tabela com os sintomas de diversos transtornos mentais e sugestões de tratamento. A história desempenha a função de encorajar os leitores a se autodiagnosticarem a partir da tabela e legitima as sugestões de tratamento oferecidas. Ficamos a par, por exemplo, de um erro de Vanessa: inicialmente, ela “não queria fazer terapia, pois achava que era ‘coisa de gente louca’” (LIMA, 2004, p. 122). Depois, entretanto, a estudante corrige sua opinião sobre o tratamento. O resultado é o mesmo que o de virtualmente todas as outras reportagens sobre doenças mentais: “A terapia cognitivo-comportamental, associada aos medicamentos, fez com que ela melhorasse” (LIMA, 2004, p. 122). De fato, em todas as reportagens do *corpus* (portanto, para todas as doenças analisadas), quando havia depoimentos ou histórias de vida, a grande maioria deles explicitava que o uso do medicamento transformou, para melhor, a vida das testemunhas.

As ferramentas retóricas em questão ganham ainda mais importância no caso das reportagens sobre dor e doença mental, pois se trata de fazer com que os indivíduos sejam capazes de julgar sobre a normalidade de suas sensações e emoções – a dor, a tristeza, o medo etc. Na maioria das vezes, sugere-se ao leitor que aquilo que aparenta ser uma mera variação no campo relativamente largo da normalidade pode ser, na verdade, uma anormalidade que requer tratamento. Em outros termos, a normalidade começa a ser apresentada cada vez mais como um estado ideal de saúde e bem-estar e, portanto, como um estado fora da norma, por mais contraditória que seja tal definição.

Com tal definição de saúde, entretanto, a diferença imaginária entre medicamentos e drogas fica mais difícil de sustentar. Quanto mais a saúde é definida como um estado ideal, mais a busca pela saúde se iguala à busca por sensações de bem-estar. Quando estados mentais ligados a sofrimento, apatia, ansiedade etc. definem por conta própria uma doença, qual é a diferença, além da receita médica, entre tomar um antidepressivo e usar substâncias como cocaína, heroína ou ecstasy?

Talvez devido a essa dificuldade, a entrada no mercado dos remédios costuma ser saudada por uma linguagem religiosa. O medicamento aparece como materialização do Bem, enquanto, nas reportagens sobre drogas, estas aparecem como a materialização do Mal.

Em 11 reportagens, tipicamente após a descrição das agruras causadas pela doença, o medicamento é introduzido literalmente pela expressão “há uma boa notícia” – o evangelho tecnomédico. O leitor, portanto, fica tranquilizado ou mesmo desejoso de se conceber como um doente, pois assim se reconhece imperfeito aos olhos da todo-poderosa tecnologia biomédica e coloca-se em suas mãos para ser salvo.

Essa dimensão messiânica é reforçada pela ausência quase total da discussão sobre os efeitos colaterais dos medicamentos. Assim, eles são expostos como o único caminho de salvação para indivíduos querendo ainda uma vez afastar a morte, aliviar-se de seu mal-estar cotidiano e ter o que lhe é de direito: o máximo de prazer possível nessa vida. Se as reportagens da revista tivessem intenção de adotar pontos de vista minimamente críticos em relação ao uso de medicamentos, não teria sido difícil, se considerarmos que vários desses medicamentos saudados como novos messias desapareceram do mercado posteriormente devido aos efeitos colaterais nada desprezíveis que causavam.

Um dos casos mais grave de ausência de discussão sobre efeitos colaterais é a proposta de substituição – reiterada nas duas reportagens sobre dor – dos remédios tradicionais pelos novos medicamentos. Os tradicionais, como o paracetamol, receitado para bebês, são antigos, sem cobertura de patente, baratos e comprados sem necessidade de receita pela quase ausência de efeitos colaterais. A revista aceita argumentar que es-

ses remédios seriam perigosos para tratar as dores crônicas, pois sua ineficácia conduziria à dependência. A revista quer persuadir seus leitores que seguro mesmo seria, por exemplo, o *Oxycontin*, um opiáceo, cuja cápsula de 160mg saiu de circulação em 2006 nos Estados Unidos por terem seu “uso inapropriado”, ou então o *Vioxx*, remédio que também foi retirado do mercado no mesmo país após denúncia de que aumentava o risco de doenças cardiovasculares e que já teria provocado de 50 mil a 100 mil ataques cardíacos.

Em última instância, o desprezo dos efeitos colaterais e dos custos do uso de medicamentos de um modo geral, somado à tendência de encarar a doença como o afastamento de um padrão ideal – felicidade para as doenças mentais, pontuação máxima nas taxas ligadas ao risco de doenças para as orgânicas –, só pode levar a um lugar: o de indicar o uso de medicamentos para todos. Com efeito, uma das reportagens chega ao ponto de sugerir exatamente isso. Como acontece com a maior parte das afirmações claramente exageradas ou simplesmente absurdas, esta aparece na forma de citação, atribuída a um médico entrevistado: “a questão agora não é mais saber quem deve tomar a estatina, mas quem não deveria tomar” (BUCHALLA; NEIVA, 2004, p. 91).

Conclusão

Foi possível perceber nas reportagens estudadas a afirmação reiterada de que a vida dos indivíduos poderia melhorar e ser prolongada se usassem medicamentos. Podemos resumir as observações da seção anterior dizendo que a forma como as doenças e os medicamentos são apresentados nas reportagens é, quase sempre, a soma de alguns ou de todos os seguintes itens: (1) sugestão de que todo tipo de dor ou sofrimento possui origem orgânica – o que implica em dizer implicitamente que eles são curáveis através de medicamentos; (2) desprezo pelos custos financeiros e efeitos colaterais do medicamento; (3) descrição exagerada, chegando ao uso de léxico religioso, a respeito dos benefícios dos medicamentos; (4) descrição

exagerada dos horrores das doenças; (5) sugestão de que todos devem viver muito e em perpétua euforia, sem nenhum tipo de dor ou sofrimento, de modo que continuar a sofrer ou a sentir dor quando se pode tomar um medicamento é apresentado como uma atitude simplesmente imoral; (6) apresentação dos sintomas da doença de uma maneira tal que permita que muitos se vejam como doentes; (7) uso de ferramentas retóricas tais como testes, depoimentos e testemunhos que facilitam a identificação do leitor com o papel de doente. O resultado é evidente: os leitores são incentivados a se verem como doentes e a consumirem medicamentos, em plena consonância com os interesses da indústria farmacêutica.

Embora a revista *Veja* seja um alvo fácil para a indignação, ela não foi a única nem no Brasil, nem em outros países, a conter reportagens que, às vezes, chegam a parecer *releases* distribuídos pelas assessorias de imprensa dos laboratórios. Estes, por sua vez, embora estejam sendo processados por realizarem práticas idênticas à da indústria do tabaco, escondendo dados que mostram como suas mercadorias causavam danos aos consumidores, foram aqui questionados principalmente por ampliar o mercado ao fazer com que as pessoas se pensassem e fossem pensadas como doentes.

O mais importante, de todo modo, não é acusar ou desculpar as revistas e os laboratórios, mas encontrar um lugar de questionamento que frise nossa capacidade de problematizar as relações que ora estabelecemos com nosso sofrimento e morte. A estratégia de marketing dos laboratórios procura nos persuadir de que somos vulneráveis e que poderíamos sofrer menos do que sofremos. Essa é uma estratégia de poder que tem uma longa história na cultura ocidental e que já foi conceituada por Espinosa e Nietzsche, quando questionavam as características das crenças religiosas, e por Foucault, quando criticava a normalização e mostrava seus nexos com o poder pastoral. A forma contemporânea dessa estratégia talvez mereça ser denominada pelo neologismo “farmacologização”, pois realça o quanto fantasiemos o poder do medicamento, utilizando-o imaginariamente para lidar com o medo de sofrer e de morrer e para fortalecer nossas esperanças de viver uma vida longa e repleta de prazeres.

Referências

- APPLBAUM, Kalman. Educating for global mental health: the adoption of SSRIs in Japan. In: PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur (Orgs.). *Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. Durham: Duke University Press, 2006.
- BUCHALLA, Ana Paula. Novas armas contra a dor. *Veja*, n. 1737, 6 fev. 2002.
- _____. Checkup. *Veja*, n. 1799, 23 abr. 2003.
- BUCHALLA, A.; NEIVA, P. Estatinas: a grande surpresa da medicina. *Veja*. n.1858, 16 jun. 2004.
- _____.; NEIVA, P.; PASTORE, K. A nova cartilha do coração. *Veja*, n. 1761, 24 jul. 2002.
- CARELLI, Gabriela. Sua idade sexual. *Veja*, n. 1738, 13 fev. 2002.
- CRITSER, Greg. *Generation Rx: how prescription drugs are altering American lives, minds and bodies*. Nova Iorque: Mariner Books, 2005.
- DELEUZE, Giles. *Pourparlers*. Paris: Minuit, 1990.
- ELLIOTT, Carl. *Better than well*. Nova Iorque: W. W. Norton & Company, 2003.
- _____. *White Coat, Black Hat*. Beacon Press: Boston, 2010a.
- _____. Pharmaceutical propaganda. In: METZL, Jonathan M.; KIRKLAND, Anna (Orgs.). *Against Health: how health became the new morality*. Nova Iorque: New York University Press, 2010b.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- _____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- LAKOFF, Andrew. High contact: gifts and surveillance in Argentina. In: PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur (Orgs.). *Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. Durham: Duke University Press, 2006.
- LIMA, João Gabriel de. O equilíbrio do cérebro e da alma. *Veja*, n. 1882, 1 dez. 2004.
- OYAMA, Thais. Prazer, a vez da mulher. *Veja*, n. 1702, 3 mai. 2001.
- _____. Em busca do desejo. *Veja*, n.1766, 28 ago. 2002.
- PASTORE, Karina. Dor de cabeça. *Veja*, n. 1809, 2 jul. 2003.
- PASTORE, K.; NEIVA, P. Diabetes: o inimigo oculto. *Veja*, n. 1787, 29 jan. 2003.
- _____. Mentas que aprisionam. *Veja*, n. 1852, 5. mai. 2004.
- PLATÃO. *A república*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2010.

- Reidy, Jamie. *Hard sell: the evolution of a Viagra Salesman*. Kansas: Andrew McMeel Publishing, 2005.
- VARELLA, Flávia; POLES, Cristina. Check-up. *Veja*, n. 1655, 23 jun. 2000.
- VEIGA, Alda. Sexo depois dos 40. *Veja*, n. 1650, 24 mai. 2000.
- WATTERS, Ethan. *Crazy like us: the globalization of the American psyche*. Nova Iorque: Free Press, 2010.
- WOLOSHIN, Steven; SCHWARTZ, Lisa M. Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick. *PLOS Medicine*, v. 3, n. 4, p. 452-5, 2006.
- ZAKABI, R. Insônia. *Veja*, n. 1821, 24 set. 2003.