
**INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E A VULNERABILIDADE DO
CONSUMIDOR: BREVES ANOTAÇÕES SOBRE
BIOMEDICALIZAÇÃO DE INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS**

***PHARMACEUTICAL INDUSTRY AND CONSUMER
VULNERABILITY: BRIEF NOTES ON BIOMEDICALIZATION OF
HEALTHY INDIVIDUALS***

EDITH MARIA BARBOSA RAMOS

Pós-Doutora pela Fundação Oswaldo Cruz -FIOCRUZ. Doutora pela Universidade Federal do Maranhão. Doutoranda em Direito pela UFPA. Mestra em Direito pela UFMG. Professora da Graduação e Mestrado da UFMA. Professora do Curso de Direito e Coordenadora do Mestrado Profissional em Direito da Universidade CEUMA. E-mail: edith.ramos@ufma.br

DENNIS VERBICARO

Doutor pela Universidade de Salamanca (Espanha). Mestre pela UFPA. Professor da Graduação e dos PPGD da UFPA e do CESUPA. Procurador do Estado do Pará e advogado. E-mail: dennisverbicaro@bol.com.br

PASTORA DO SOCORRO TEIXEIRA LEAL

Doutora em Direito pela PUC-SP. Mestre e graduada em Direito pela UFPA. Professora da Graduação e do PPGD da UFPA. Professora Titular da Universidade da Amazônia. E-mail: pastoraleal@ufpa.br



RESUMO

Objetivo: analisar as implicações do crescimento econômico da indústria farmacêutica e a vulnerabilidade do consumidor saudável. Com essa finalidade, abordou questões como a publicidade de medicamentos para indivíduos saudáveis como estratégia determinante para o processo de biomedicalização da vida.

Metodologia: utiliza-se o método de pesquisa dedutivo, com procedimento descritivo-explicativo e técnica de pesquisa de revisão bibliográfica e documental.

Resultados: as modificações sofridas pelo complexo médico-industrial promovidas pelo embate com o capital financeiro, e a reconfiguração das relações entre doença e estados saudáveis impactaram o comportamento dos consumidores.

Contribuições: destaca-se a necessidade de aperfeiçoamento da regulamentação nacional para a publicidade de medicamentos, o desvelamento das estratégias de *marketing* da indústria farmacêutica na criação de novas doenças e a vulnerabilidade do consumidor saudável diante do poder econômico do mercado da saúde.

Palavras-Chave: Consumidor; Medicamentos; Mercado; Saúde; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Objective: to analyze the implications of the economic growth of the pharmaceutical industry and the vulnerability of healthy consumers. For this purpose, it addressed issues such as the advertising of medicines for healthy individuals as a determining strategy for the process of biomedicalization of life.

Methodology: a deductive research method is used, with a descriptive-explanatory procedure and a bibliographic and documental review research technique.

Results: the changes suffered by the medical-industrial complex promoted by the clash with financial capital and the reconfiguration of the relationship between disease and healthy states impacted the behavior of consumers.

Contributions: It is highlighted the need to improve the national regulation for the advertising of medicines, the unveiling of the pharmaceutical industry's marketing strategies in the creation of new diseases and the vulnerability of the healthy consumer in view of the economic power of the health market.



Keywords: *Consumer; Medicines; Market; Health; Vulnerability*

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo teve por objetivo analisar as implicações do crescimento econômico da indústria farmacêutica e a vulnerabilidade do consumidor saudável. Com essa finalidade, abordou questões como a publicidade de medicamentos para indivíduos saudáveis enquanto estratégia determinante para o processo de biomedicalização da vida. As possibilidades e desafios do Código de Defesa do Consumidor e das resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na fiscalização e controle da publicidade de medicamentos isentos de prescrição médica.

Constatou-se que o setor da saúde é parte fundamental da economia dos países desenvolvidos, gerador de riquezas e empregabilidade altamente qualificada. Sua vinculação com outros mercados globais e estratégicos caracteriza a saúde como um valor econômico e social essencial ao ser humano e, ao mesmo tempo, um elemento de inovação disruptivo de primeira ordem.

Iñesta e Oteo (2011, p. 2.714) ressaltam que nos últimos 40 anos o mercado da saúde foi o setor de mais rápido crescimento nos Estados Unidos da América e na Europa e que representou, em 2011, um volume de negócios superior aos 3,5 bilhões de euros. O ingresso do capital financeiro e de sua lógica no setor da saúde ocasionou mudanças nas regras do jogo econômico, mas também acarretou modificações profundas nas relações individuais e coletivas no tocante a concepção de saúde, adoecimento e atenção. Não raro, decisões profissionais passaram a estar subordinadas aos administradores do sistema com o objetivo de maximizar lucros, com limitação a utilização de serviços, por meio de controle de prescrições médicas e hospitalares.

No artigo *Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico*, Iriart e Merhy (2017) relatam que foram várias as estratégias que o complexo médico-industrial, principalmente a indústria farmacêutica, utilizou para renovar sua influência na definição do modelo médico hegemônico e



capturar o usuário/paciente, redefinido suas estratégias de negócios de cliente/consumidor.

O objetivo principal deste artigo é demonstrar a condição de vulnerabilidade do paciente/usuário do mercado da saúde e as implicações de sua transformação em cliente/consumidor, em uma sociedade pautada pela produção em massa e marcada pelo vertiginoso avanço das tecnologias da comunicação.

O modelo atual de sociedade é baseado no estímulo permanente ao consumo. Essa conformação social impacta decisivamente o comércio de medicamentos. Pode-se conceituar medicamento como o produto resultado de pesquisa científica, tecnologia e inovação que visa ser empregado após diagnóstico em situações de adoecimento ou risco à saúde dos indivíduos. Assim, em princípio, o medicamento deveria ser prescrito por um profissional da saúde ao paciente (doente), de forma particularizada e específica, para o tratamento de alguma enfermidade. No entanto, a transformação do medicamento em bem de consumo alterou e subverteu completamente essa lógica.

A população é cotidianamente incentivada pelos meios de comunicação a consumir desenfreadamente antigos e novos fármacos. Os consumidores são conduzidos por processos de *marketing* a adquirem toda sorte de produtos farmacêuticos. Se por um lado os medicamentos visam melhorar a qualidade de vida das pessoas, por outro lado, enquanto bens de consumo, transformaram-se em necessidades criadas pela indústria para atender à crescente produção de velhas e novas substâncias.

Para cumprir o procedimento de coleta de dados foram analisados documentos oficiais e textos normativos expedidos por organismos nacionais, bem como documentos internacionais que tratam da temática. Desta forma, foram considerados válidos os documentos e textos normativos que permitiram o levantamento de informações no campo das dimensões indicadas na configuração do objeto pesquisado.

O artigo foi estruturado nos seguintes tópicos: no primeiro capítulo foi



analisado, o mercado da saúde, a partir da compreensão da lógica de funcionamento da indústria farmacêutica e as reformas empreendidas para seu reposicionamento no mercado mundial. No segundo capítulo foi analisado o processo de biomedicalização da vida, como estratégia da indústria farmacêutica para ampliar seu mercado consumidor e alcançar pessoas saudáveis. Já no terceiro capítulo, buscou-se analisar o sistema de regulação e fiscalização da incorporação e publicidade de fármacos, para compreender os limites e possibilidades do ordenamento jurídico brasileiro na proteção do consumidor.

2 AS TRANSFORMAÇÕES DO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

Observa-se que o mercado da saúde está presente em diferentes formas e processos de globalização. Seus fatores de produção foram mundializados nas últimas décadas e acirraram-se de forma vertiginosa com a infecção do novo coronavírus. A conversão de pesquisa, tecnologia e inovação em produtos farmacêuticos não sofreu interrupção de continuidade, nem mesmo em razão das crises econômicas mundiais das últimas duas décadas, pelo contrário, verifica-se um processo de crescimento orgânico das grandes companhias por meio de aquisições e fusões.

Iñesta e Oteo (2011, p. 2.714) relatam que os insumos farmacêuticos representam em termos relativos mais de 50% dos ativos gerados pelo mercado da saúde e embora haja uma crise na inovação seu crescimento continua gigantesco em volume de vendas e resultados econômicos. Percebe-se que a rentabilidade do setor farmacêutico não sofreu mudanças significativas. Na verdade, observa-se que os rendimentos do mercado da saúde são elevados e muito sustentáveis em comparação com outros setores estratégicos da economia global. As empresas farmacêuticas enxergaram na Pandemia uma oportunidade de negócios sem precedentes (POSNER, 2020). Reportagens e dados dão conta de que a indústria farmacêutica, no ano de 2021, faturou próximo a um trilhão de reais, apenas com vendas imunizantes (LERNER, 2021).



A teia empresarial de base tecnológica biomédica representa um dos setores mais visíveis do desenvolvimento econômico e social das economias modernas. No entanto, Iñesta e Oteo (2011, p. 2.714) destacam que a indústria farmacêutica tem suas próprias incertezas estruturais e de mercado, derivadas da rápida caducidade dos direitos de propriedade industrial e inovação de certos fármacos líderes de venda; a incerta carteira de insumos no processo de pesquisa, haja vista a lentidão e baixa produtividade da área; o incremento do uso de fármacos biossimilares e genéricos; a pressão em relação aos preços dos medicamentos biológicos ou, os potenciais ajustes estruturais consequência de megafusões e mercados concentrados.

Essas conformações do mercado da saúde significam uma frenética e constante busca por maior competitividade e valor agregado em processos de inovação biomédicos, estrutura que tem gerado um novo modelo de negócios, competências e dinâmica do complexo médico-industrial e da saúde. Os autores lembram que as leis dos medicamentos de primeira geração, até os anos 1970, exigiam qualidade e segurança, no entanto a ausência da necessidade de comprovação de eficácia acabou resultando verdadeiras catástrofes, como o caso da talidomida no Brasil, em 1962. As leis da segunda geração de fármacos exigiram qualidade, segurança e eficácia comprovadas, por meio de ensaios clínicos controlados. A terceira geração além de exigir esses requisitos, incluiu critérios de eficiência e as condições para o uso racional de medicamentos (IÑESTA; OTEO, 2011, p. 2.714).

Alba e Escobar (2012, p. 283) destacam que em 1977 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a primeira lista de medicamentos considerados essenciais, com 186 fármacos. A partir daí, até o ano de 2003, essa lista já havia sido objeto de 11 revisões. Foi adotada por mais de 156 países e na atualização de 2019 contava com 1.092 recomendações para 554 medicamentos e 44 equivalentes. As listas modelo de medicamentos essenciais da OMS são atualizadas a cada dois anos desde a sua criação e, em 2021, incluiu novos tratamentos para vários tipos de câncer, análogos de insulina e novos medicamentos orais para diabetes, novos medicamentos para ajudar as pessoas



que desejam parar de fumar e novos antimicrobianos para tratar infecções bacterianas e fúngicas graves. Em geral os critérios de seleção de medicamentos essenciais evoluíram até chegar ao enfoque da medicina baseada em evidência. Esse processo foi importante na elevação das ciências médicas a condição hegemônica no sistema de saúde.

Os processos de reforma hegemônicos pelo capital financeiro que se iniciaram nos Estados Unidos da América nos fins dos anos 1980 e que se expandiram para outros países nos anos de 1990 desencadearam profundas alterações no complexo médico-industrial ao redor de todo o mundo. A penetração do capital financeiro no setor da saúde introduz novos sujeitos sociais, forjou mudanças na sistemática de regulação do setor e conformou novos modelos de seguridade que impactaram diretamente a administração e a prestação dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde, os administradores dos serviços e a indústria farmacêutica e de tecnologia médica sofreram inúmeras modificações gerenciais. Isso mostrou que o capital que opera na saúde compreende claramente que qualquer mudança efetiva no sistema produtivo da saúde deve começar em nível da micropolítica, em âmbito da produção do modelo tecno-assistencial, seja no setor público ou privado.

Historicamente, pode-se perceber que a indústria farmacêutica e de tecnologia da saúde dirigiu a promoção de seus produtos aos médicos, detentores privilegiados da relação com os pacientes e, desta feita, potenciais indutores de consumo e criadores de novas subjetividades na produção da saúde e na identificação da doença. Contudo, o mercado exigiu a ampliação desse espectro, as operadoras de saúde precisaram avançar um passo mais e não limitar o acesso a fármacos e inovação a chancela ou intervenção dos profissionais de saúde.

O mercado da saúde precisou criar novas subjetividades nos pacientes. Com esse escopo surgiu o conceito de consumidor da saúde, que nos anos de 1970 foi introduzido pelos movimentos de defesa do consumidor nos Estados Unidos da América. Sua estratégia publicitária foi desenhada para mostrar a



necessidade de que os pacientes/usuários se tornassem clientes/consumidores informados da oferta de serviços, seguros, fármacos e tecnologia, e que desta forma tivessem condições de tomar decisões racionais em termos de custo-benefício (IRIART; MERHY, 2017, p. 1008).

Em que pese as boas intenções dos movimentos de defesa dos consumidores estadunidense, a utilização da concepção de consumidor em relação ao paciente/usuário foi um retrocesso em termos de cidadania. O conceito de consumidor implica a possibilidade de exercer poder a partir do ato de aquisição monetária, o de cidadão está intrinsecamente vinculado a ideia de direitos, neste caso, especialmente direitos sociais (MARSHALL; BOTTOMORE, 2021).

Os interesses do capital financeiro confrontaram o complexo médico-industrial do início da segunda metade do século XX. Em meados da década de 1990, as grandes corporações farmacêuticas e produtoras de tecnologia começaram, silenciosamente, a desenvolver reformas para se reposicionar no mercado, com o escopo de redefinir o modelo saúde-doença-assistência. Esses processos exigiram mudanças no modelo hegemônico de Medicina, radicalizando a medicalização, criando a estrutura médica denominada biomedicalização.

Essa nova estrutura representou a medicalização de situações que anteriormente não eram consideradas problemas de saúde, tais como a gravidez e o parto. Elemento de destaque é que, ao mesmo tempo, a biomedicalização supõe a internalização da necessidade de autocontrole e vigilância pelo próprio paciente, não havendo necessariamente a obrigatoriedade da presença de um médico. Assim, o paciente deve estar apto não apenas a cuidar de seus próprios processos mórbidos, bem como estar informado e alerta a potenciais riscos e sinais que possam levar à patologia. Desta feita, a indústria farmacêutica optou por colocar mais produtos no mercado, não raro, apenas alterando minimamente a composição de alguns fármacos, para ampliar o espectro de condições para os quais poderiam ser indicados (IRIART; MERHY, 2017, p. 1009).



Essa construção foi reforçada pela interferência de especialistas custeados pela indústria farmacêutica em comitês científicos que redefiniram diagnósticos e configuraram novos quadros nosológicos, em muitos casos transformando riscos em doenças. Deve-se ressaltar que as associações de profissionais de saúde também contribuíram para essa nova modelagem, quando buscaram o estabelecimento de seguro aos profissionais que tratassem com certos fármacos e tecnologia determinados pacientes.

Esse processo foi introduzido em 1985, em casos referentes a contaminação ambiental ou outros riscos semelhantes, quando houve a diminuição, por exemplo, dos valores de exposição ambiental a um determinado produto químico. Se por um lado, isso significou maior precaução e a proteção de um número maior de pessoas expostas a determinados produtos químicos, por outro lado, significou, que de um dia para o outro, pessoas saudáveis passaram a ser consideradas doentes ou em risco de adoecimento, e por consequência isso promoveu a ampliação da utilização de medicamentos. Iriart e Merhy (2017, p. 1009) relatam, como exemplo, que esse processo ocorreu nos Estados Unidos da América quando os valores para hipertensão, colesterol, sobrepeso/obesidade e diabetes foram redefinidos no final da década de 1990.

Segundo os autores, esse procedimento permitiu que, somente nos Estados Unidos da América, 140.630.000 pessoas (75% da população adulta) pudessem ser diagnosticadas e tratadas para algumas dessas condições e riscos. Nesse mesmo sentido, ocorreu a redefinição de transtornos relacionados à saúde mental (depressão, déficit de atenção, autismo, ansiedade, entre muitos outros, tanto em crianças quanto em adultos) o que desencadeou a prevalência e consumo de medicamentos de eficácia duvidosa e em muitos casos iatrogênica. Soma-se a isso a intensa divulgação de novos tratamentos medicamentosos para problemas já conhecidos ou definidos como novidade, podendo-se citar como exemplo, casos de impotência masculina e baixa libido feminina, osteoporose, fibromialgia, síndrome das pernas inquietas, distúrbios pré-menstruais, entre outros. (IRIART; MERHY, 2017, p. 1009).



As atividades do complexo médico-industrial podem causar e causam danos aos pacientes/consumidores, sejam de natureza econômica, social, ambiental ou de saúde. Se por um lado, o mercado da saúde gera empregos, desenvolvimento e bem-estar, por outro lado, produz, direta e indiretamente, danos aos pacientes/consumidores. Verbicaro, Ataíde e Roiol (2018, p. 278) discutiram essa questão e entenderam que:

A perspectiva biomédica de olhar o paciente a partir da necessidade de conferir tratamento para a cura rápida das doenças segundo uma lógica onde se busca incluir o maior número de casos nas fórmulas gerais obtidas com as pesquisas leva, inequivocamente, a uma atitude reducionista do homem, desconsiderando todo o seu enraizamento sociocultural. Conforme será evidenciado a seguir, em que pese essa perspectiva tenha sido uma forma de obter a objetividade metodológica necessária ao impulso das pesquisas científicas, ela não apenas reforça a alienação do homem, decorrente das imposições de uma indústria cultural, orientadas à padronização do modo de pensar e agir dos indivíduos, como, também, perpetua os valores do capitalismo, como o imediatismo e a busca pelo lucro, este último evidenciado, por exemplo, pelos convênios entre médicos e empresas farmacêuticas, onde aqueles vão além para indicar onde obter a fórmula química da “felicidade artificial”, a preços elevadíssimos, para fazer frente ao funcionamento da “oficina do corpo e da mente humana”. O indivíduo sofre os abusos do poder econômico sob diversas formas, especialmente sob a forma de assédio ao consumo para adequar-se ao padrão ideal de felicidade vendido pela mídia, o qual pode assumir diversas formas, muitas vezes, sutis e subliminares, inviabilizando a possibilidade de defesa pelo exercício do senso crítico, fazendo-o sentir a frustração por nunca alcançar a plenitude prometida. Com efeito, essas frustrações podem ter diversas manifestações no corpo humano, de cunho físico e emocional ou psíquico. Ao recorrer ao médico, o perfil pragmático e medicamentoso na relação médico-paciente reforça a alienação e termina por ingressar, ela própria, na lógica do consumo.

Existem exemplos históricos importantes em que a indústria farmacêutica realizou práticas antiéticas, oferecendo produtos que reforçaram ou aumentaram problemas de saúde dos pacientes, como a comercialização de fármacos sem obediência as normativas de segurança, controle de risco e contraindicados para grupos populacionais (IRIART; MERHY, 2017, p. 1009). Diante de todas as questões apresentadas, a problemática que se coloca é a



real possibilidade de pacientes/usuários assumirem, no seio de uma sociedade massifica, a condição de clientes/consumidores da indústria farmacêutica.

3 DE PACIENTE/USUÁRIO A CLIENTE/CONSUMIDOR NO MERCADO DE SAÚDE

As estratégias utilizadas pela indústria farmacêutica para ampliar seu poder e dominar os mercados variam de acordo com os ordenamentos jurídicos internos de cada país. A partir de meados da década de 1990, nos Estados Unidos da América, a indústria pressionou fortemente o Estado para desregulamentar a publicidade direta de medicamentos e outras formas de divulgação; pressionaram também pela agilidade nos processos de aprovação e comercialização de novos medicamentos; passaram a integrar órgãos científicos de assessoramento e controle de fármacos, com isso, passaram a ter forte influência nas decisões sobre liberação ou proibição de medicamentos; da mesma forma passou a ocupar importantes espaços em grupos e associações de profissionais da saúde responsáveis pela definição de protocolos clínicos e manuais de diagnóstico, com o escopo de influenciar a criação de novas doenças, redefinição de outras e determinação do tipo de tratamento a ser seguido; cooptou associações de pacientes e familiares para atuarem como agentes de propaganda de seus produtos e criou novas modalidades de negócios (IRIART; MERHY, 2017). Verbicaro, Ataíde e Raiol (2018, p. 277) chamaram atenção para a atuação totalitária do mercado da saúde, quando afirma que:

(...) o não alcance da felicidade prometida pela via do consumo – prestígio, *status*, distinção social, saúde perfeita, beleza – lança o indivíduo em uma corrida vã, ilusória e psicologicamente danosa, impactando não apenas a esfera emocional, mas, também, fragilizando o corpo físico. Em suma, cria-se um estado acentuado de vulnerabilidade, incapaz de frear o empoderamento da corporação dos



médicos que, ainda impregnada por uma ideologia “totalitária” centrada no primado da verdade científica e do tratamento médico, acaba sendo, ela própria, inserida na lógica do consumo, arrastando consigo toda uma indústria de medicamentos e produtos relacionados à saúde.

Para Iriart e Merhy (2017) o objetivo central era recuperar a capacidade de influenciar os processos subjetivos relacionados ao processo saúde-doença-assistência, para estimular as decisões de consumo por meio dos usuários, uma vez que a indução aos prescritores (médicos e demais profissionais da saúde) estava limitada pelas normas das seguradoras de saúde. Entende-se que as estratégias de *marketing* direto aos pacientes são importantes, mas percebe-se que a maior de todas as mudanças ocorreu exatamente na aposta de vender medicamentos, procedimentos e equipamentos para as pessoas saudáveis. Este é o processo mais inovador que a indústria desenvolveu nos últimos vinte anos (IRIART; MERHY, 2017, p. 1010).

Para explicar esses processos faz-se necessário diferenciar biomedicalização de medicalização. Esta última tem por foco a doença, o cuidado e a reabilitação, já a biomedicalização se concentra na saúde como um mandato moral que internaliza o autocontrole, a vigilância e a transformação pessoal. A biomedicalização implica governança e regulação de indivíduos e populações através da reconstrução do discurso hegemônico no campo da saúde, que se apresenta como a nova verdade científica. Como afirmam os autores estudados “con la biomedicalización se pasa de un creciente control de la naturaleza (el mundo alrededor del sujeto) a la internalización del control y transformación del propio sujeto y su entorno, transformando la vida misma” (IRIART; MERHY, 2017, p. 1010).

Iriart e Merhy (2017, p. 1010) destacam ainda que outros conceitos foram úteis para avançar nessa análise, conceitos que diziam respeito as concepções de tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são produzidas nas relações, notadamente entre usuários e prestadores. As tecnologias leve-duras referem-se a conhecimentos estruturados, tais como os protocolos clínicos. As tecnologias duras são os equipamentos materiais, entre os quais



poder-se-ia citar equipamentos e dispositivos tecnológicos para diagnóstico e tratamento utilizados nos serviços de saúde. Ocorre que estão incluídas entre as tecnologias leve-duras as chamadas “novidades científicas” que embora não tenham sido definidas oficialmente tornaram-se conhecidas pelos meios de comunicação, assim como estão incluídas nas tecnologias duras os medicamentos, pequenos aparatos de uso doméstico e até mesmo computadores pessoais.

Esse novo modelo médico-industrial possibilitou o consumo em massa de biotecnologias, incluindo a tecnologia dura como medicamentos, instrumentos de diagnóstico e outros equipamentos. Este é o caso da aquisição pelos pacientes, com recursos próprios, de equipamentos como: esfigmomanômetros (notadamente os digitais), dispositivos para controle de glicose, oxímetros de dedo, entre muitos outros equipamentos hospitalares que passaram a ter uso doméstico.

No caso da tecnologia leve-dura pode-se destacar desenvolvimento de sistemas de informação que facilitaram a elaboração e penetração de tecnologias na vida cotidiana das pessoas, por meio da captura de enormes quantidades de dados de saúde de indivíduos e grupos por corporações, a disseminação massiva de informações sobre doenças, condições e riscos, e formas de detectá-las, tratá-las e preveni-las. Para exemplificar, pode-se citar a criação de portais de saúde desenvolvidos por empresas que, muitas vezes, são subsidiárias da indústria farmacêutica.

Esses portais convidam os usuários para um diálogo e enlace virtual, buscando informações sobre as suas condições de saúde, a utilização de medicamentos, os exames realizados e em quanto tempo, quais tratamentos já realizaram ou estão realizando. Assim, os portais de saúde são apresentados como formas mais apropriadas e céleres para auxiliar os usuários no gerenciamento da própria saúde.

A partir da massificação das tecnologias duras e leve-duras, tornou-se possível, com a utilização da tecnologia leve, moldar a subjetividade dos usuários que acabaram focando sua a atenção em determinados processos e



não em outros, construindo nos usuários a sensação de empoderamento na gestão de sua saúde independentemente dos profissionais da área.

Iriart e Merhy (2017, p. 1.010) alertam que um objetivo importante do mercado da saúde é capturar a maior quantidade de informações dos usuários, para que possam produzir estratégias comunicacionais/relacionais e de *marketing* cada vez mais precisas e elaboradas de acordo com grupos sociais, faixas etárias, etc. As tecnologias consideradas duras, como computadores e a internet, facilitam a divulgação do uso de medicamentos e sua aquisição, evitando, não raramente, as regulamentações nacionais pelos ordenamentos jurídicos locais.

Da mesma forma, os portais de saúde e outros meios de comunicação divulgam informações detalhadas sobre doenças e tratamentos, disponibilizam questionários e entrevistas aos usuários, com o escopo de avaliar os riscos corrente ou potencial desse tipo de ação. Muitas redes sociais dedicadas a temas de saúde foram criadas pela própria indústria farmacêutica e/ou cooptadas por ela e hoje ocupam destaque na construção de tecnologias leves e facilitam o processo de criação de novos processos de subjetivação. Iriart e Merhy (2017, p. 1.010) alertam que essas redes criam fortes laços de identificação nos quais os usuários começam a se definir, ou a seus familiares, pelo problema de saúde que sofrem ou acreditam sofrer. Nessa conjuntura, os usuários como consumidores são sujeitos ativos do próprio processo de biomedicalização e não consumidores passivos.

Esse modelo de clínica, sem organismo de controle, tem desenvolvido um conjunto discursivo fantasioso, que dissemina a ideia que os usuários podem manter-se jovens e fortes se adotarem o controle sobre o risco que os ameaçam, notadamente aqueles referentes ao estilo de vida. Esse discurso é acompanhado de intensa divulgação de “conhecimento necessário”, por meio de ferramentas de comunicação de fácil acesso e compartilhamento. Os usuários passam a consumir cada vez mais esse tipo de clínica. Bem como, passam a compartilhar todas essas notáveis informações com seus familiares e amigos (IRIART; MERHY 2017, p. 1011). O sistema público de saúde faz parte dessa



estratégia, o próprio Ministério e as secretarias de saúde estaduais e municipais têm investido massivamente no fornecimento de informações mais diretas sobre medicamentos, tipos de tratamento e de profissionais especializados no assunto.

Os avanços tecnológicos e nas comunicações são instrumentos facilitadores da radicalização da medicalização. Essas tecnologias facilitaram o acesso aos usuários, seja por meio de computadores pessoais, tablets e telefones celulares. As mensagens sobre saúde-doença-assistência são apresentadas como mandatos morais, postulando que, se os indivíduos não controlarem proativamente a própria saúde, representarão um fardo econômico para o resto da sociedade. Como afirmado por Verbicaro, Ataíde e Raiol (2018, p.269):

No campo das ciências biomédicas, por sua vez, a lógica que tem conduzido as pesquisas científicas e a clínica médica é a de que todo o esforço na produção de meios para o aperfeiçoamento do corpo deve ser feito, ainda que essa lógica resulte na coisificação da pessoa enferma, contribuindo ao estímulo da crença de que apenas as ciências biomédicas são capazes de dar respostas ao sofrimento do homem. O pesquisador perde de vista a multiplicidade das dimensões do ser humano, generaliza os resultados das investigações e anula a concepção de homem como ser concreto.

Nesse momento pode-se perceber a biomedicalização da vida. O usuário estará cotidianamente preocupado com a prevenção e promoção da própria saúde e de seus familiares, tendo em vista a internalização do mandato moral de manter-se saudável e praticar diuturnamente a vigilância em saúde em âmbito individual.

Ser saudável nesse contexto configura-se em uma responsabilidade individual, é obrigação do usuário controlar a própria doença assim como controlar condições potenciais de adoecimento, com testes laboratoriais, genéticos ou outros, como consumo autônomo de fármacos, dispositivos médicos e outros produtos e serviços biotecnológicos. Illich (1975, p. 47) já alertava que:



Com a medicina curativa aplicando cada vez mais seus esforços em doentes para os quais ela é ineficaz, dispendiosa e penosa, surgiu um novo capricho: a prevenção da doença realizada por novos profissionais encarregados da manutenção dos corpos. Após os cuidados de doença, cuidados de saúde tornaram-se uma mercadoria, isto é, qualquer coisa que se consome e não qualquer coisa que se faz. Quanto mais o salário pago pela firma é alto quanto mais elevada a função dentro da organização partidária é elevada, mais é necessário gastar para que essa estimável engrenagem da sociedade esteja bem lubrificada. O consumo de cuidados preventivos é cronologicamente o último dos sinais de *status* social da burguesia. Para estar na moda, é preciso hoje consumir *check-up*. Essa expressão inglesa faz parte agora do vocabulário cotidiano do francês, do sérvio, do espanhol, do malaio e do húngaro. A extensão do controle profissional a cuidados dispensados a pessoas em perfeita saúde é uma nova manifestação da medicalização da vida. Não é preciso estar doente para se transformar num paciente. "O conceito de morbidade simplesmente foi estendido e recobre situações em que não há morbidade em sentido estrito, mas probabilidade que uma tal morbidade apareça num devido prazo.

Para Iriart e Merhy (2017, p. 1011) o que alarma é que os instrumentos oferecidos para cumprir este mandato moral são basicamente as informações veiculadas nas redes de comunicação de massa, o que inclui ferramentas via internet e outros mecanismos de comunicação. Sob o argumento de controle de riscos, o mercado da saúde instrui sobre doenças e enfermidades, por meio de dados computacionais oferecem diagnóstico e controle de doenças, como, por exemplo, o caso da pressão arterial ou dos níveis de glicose em equipamentos domésticos e o incentivo a utilização de determinados fármacos.

No contexto da biomedicalização, os profissionais de saúde em seu papel tradicional de líderes do processo de cuidado são cada vez mais dispensáveis. Esse processo inclui a transformação de pacientes em consumidores ativos com direito a receber informações de outras fontes e cuidar de sua saúde por conta própria, e até mesmo consumir produtos sem a intervenção de um profissional da saúde; em alguns casos, os usuários são ensinados a influenciar médicos e outros profissionais a prescrever o 'produto desejado'. No seio da biomedicalização encontra-se o consumidor da saúde, um



sujeito proativo, repleto de informações, inserido em um sistema de acesso cômodo e rápido, mas, ao mesmo tempo, um sujeito extremamente vulnerável.

4 O MERCADO DA SAÚDE E A VULNERABILIDADE DO CONSUMIDOR SAUDÁVEL

Para garantir mercado consumidor, a indústria farmacêutica trava uma batalha com o sistema de regulação de alguns países, e tem se utilizado de diferentes táticas para ampliar sua teia no âmbito do tecido social, seja utilizando-se de técnicas de cooptação de profissionais de saúde, seja adestrando e criando “novos desejos” nos consumidores. Um dos mecanismos utilizados pela indústria farmacêutica para garantir e subjugar o mercado consumidor é a criação de subjetividades dependentes de medicamentos. Nesse contexto não importa que o consumidor do fármaco seja uma pessoa doente ou saudável, o que interessa é o consumo.

Henry Gadsden, Diretor da Merck, afirmou emblematicamente que “Meu sonho, há muito tempo, é produzir medicamento para as pessoas saudáveis. Assim, a minha empresa poderá vender produtos para todo mundo”. A assertiva de Gadsden reflete a ambição premente da indústria farmacêutica, notadamente nas últimas décadas. Da condição de insumo essencial a prevenção, manutenção e recuperação de enfermidades, os medicamentos alçaram patamar de produto de consumo, objeto de monopólios e concentração financeira (NASCIMENTO, 2017).

Vince Parry, especialista em publicidade, revelou algumas das táticas utilizadas pela indústria farmacêutica para favorecer a criação de problemas de saúde. Segundo ele, muitas vezes, é abordado um estado de saúde pouco conhecido que ganha uma nova atenção, ou redefinido um problema de saúde já bastante conhecido, utilizando uma nova nomenclatura, ou é criada, do nada, uma “nova” disfunção de um comportamento comum do indivíduo. Parry explica como a indústria define seus produtos de sucesso, como o Viagra e o Prozac,



bem como desenha a forma como ela cria mercados para esses medicamentos (MOYNIHAN; WASMES, 2006).

Trata-se da criação de novas ideias sobre doença e estados de saúde. O objetivo, nessa lógica, é criar uma ligação entre estado de saúde e o medicamento, com o fim de otimizar a venda de novos fármacos. Um relatório do Business Insight mostrou que a capacidade de “criar mercados de novas doenças” se reflete em vendas que chegam a bilhões de dólares. Uma técnica que apresenta excelentes resultados, segundo o relatório, consiste em mudar a forma como as pessoas lidam com suas disfunções. Os indivíduos precisam ser convencidos de que essas disfunções, até então aceitas como comuns, são problemas de saúde que necessitam de intervenção medicamentosa (MOYNIHAN; WASMES, 2006). Illich (1975, p. 46) relata que:

Todas as idades são medicalizadas, tal como o sexo, cociente intelectual ou a cor da pele. Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um corpo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente do sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero na idade em que o especialista decide que ele é demais. A puberdade, a depressão, a esterilidade, o alcoolismo, o homossexualismo, a obesidade permitem classificar os cidadãos em categorias de clientes. Nos Estados Unidos, foi proposta a regularização da pressão arterial de 20 milhões de habitantes fazendo-os consumir, cada um, 500 dólares de pílulas por ano. Somente pelo fato de tomar-se a pressão de todo mundo, os hipertensos se transformam num novo grupo de doentes.

Ocorre que em virtude do grande espectro de disfunções existente, há grande dificuldade em diferenciar uma pessoa doente de uma pessoa saudável. Os limites entre o normal e o patológico é muito elástico e muda em razão do país e do período histórico. E quanto maior o leque que engloba a definição de uma patologia mais amplo o mercado consumidor. Illich (1975, p. 56) afirma que:

O sexto sintoma da iatrogênese social pode ser caracterizado como a eliminação do *status* de saúde graças à multiplicação ilimitada dos papéis de doente. Em todas as sociedades, as pessoas de atitudes ou comportamento estranhos constituem uma ameaça, enquanto seus



traços singulares não são designados de maneira formal e desde que sua conduta anormal não seja assimilada num papel conhecido. Ao atribuir-se um nome e um papel às anormalidades que atemorizam, essas pessoas se transformam em membros de uma categoria formalmente reconhecida.

Em outras palavras, há 30 anos, Ivan Illich (1975) já havia alertado para a expansão do *establishment* médico e para a medicalização da vida. Esses dois processos têm minado a capacidade do ser humano de enfrentar a realidade do sofrimento e da morte, e pretende ter autoridade sobre as pessoas que não estão doentes.

Uma estratégia utilizada pela indústria farmacêutica para criar a ideia de que o consumo de medicamentos é algo natural e necessário passa pela publicidade, que tem a função de difundir a ideia de que a utilização de medicamentos (reconhecidos ou não pelas agências sanitárias) é uma decisão do consumidor, assim como é uma decisão do consumidor comprar um sapato de marca X ou um carro de marca Y. Essa lógica tem sido sedimentada em razão do grande acesso dos consumidores a informações veiculados nos meios de comunicação sobre estados mórbidos, doenças, sobre a preservação ou melhoria da saúde dos indivíduos.

Algo que chama atenção é a vinculação do estado saudável ao consumo permanente de determinados fármacos, que não exigem prescrição, disponíveis em farmácias, drogarias e *sites* da internet, que podem ser indicados por familiares e amigos, ou mesmo por internautas de diferentes partes do mundo.

Os medicamentos assumem a condição de bens essenciais para a manutenção e melhoria da saúde de pessoas saudáveis, ou seja, ninguém precisa estar doente para ser um consumidor permanente e ativo de medicamentos. Mas, para além dos medicamentos existem outros bens de consumo do mercado da saúde que são dirigidos ao consumidor, como relataram Verbicaro, Ataíde e Raiol (2018, p. 281):

É oportuno observar que o próprio comportamento em relação à saúde insere-se na lógica do consumo. A angústia crescente relacionada ao corpo e à mente reflete no aumento dos serviços de consulta médica,



medicamentos, análises, tratamentos, exames, profilaxia. Consume-se não só medicamentos, mas, também, “transmissões, artigos da Web, obras de divulgação, guias e enciclopédias médicas”. O discurso pró-saúde invade o universo existencial do ser humano, tornando enfermidade o que constitui natural expressão comportamental e psicológica da personalidade, como sucedeu durante décadas com a homossexualidade. Ao expandir o discurso pró-saúde, cria-se a oportunidade para o aumento da venda de bens de consumo: alimentos orgânicos, *spa*, novas modalidades de condicionamento físico (circuito, treino funcional, *crossfit*, *personal trainer*), equipamentos ergonômicos, aplicação de *botox*, procedimentos redutores de medidas, entre outros. Com efeito, o discurso pró-saúde reforça as bipolaridades “juventude/velhice”, “magreza/gordura”, “saúde/doença”, fomentando a batalha moral contra a doença mencionada no tópico 4 da pesquisa. A intensificação do poder das normas e do aparato médico torna o indivíduo otimista quanto ao controle do seu corpo. No entanto, ao decidir cuidar de si e consultar-se, o indivíduo tende a perder o protagonismo quanto à própria saúde, transferindo o seu poder à máquina tecnocientífica encarregada de oferecer uma resposta imediata e com resultado rapidamente verificável, o que contribui ao aumento da dependência e dos gastos.

Verifica-se, pois, que as estratégias de *marketing* da indústria farmacêutica têm focado de forma agressiva as pessoas saudáveis. As intempéries da vida, queixas comuns e instabilidade de humor decorrentes de um dia estressante no trabalho são transformadas em síndromes do pânico. Pessoas saudáveis são cotidianamente transformadas em doentes. A indústria farmacêutica tem sabido explorar, em campanhas publicitárias e outras táticas, o medo da morte, da velhice e da doença. Como alertam Moynihan e Wasmes (2006, n.p.):

A maioria de habitantes dos países desenvolvidos desfruta de vidas mais longas, mais saudáveis e mais dinâmicas que as de seus ancestrais. Mas o rolo compressor das campanhas publicitárias, e das campanhas de sensibilização diretamente conduzidas, transforma as pessoas saudáveis preocupadas com a saúde em doentes preocupados. Problemas menores são descritos como muitas síndromes graves, de tal modo que a timidez se torna um “problema da ansiedade social”, e a tensão pré-menstrual, uma doença mental denominado “problema disfórico pré-menstrual”. O simples fato de ser um sujeito “predisposto” a desenvolver uma patologia torna-se uma doença em si.



Nesse contexto, cabe alertar que os sujeitos alvo da publicidade de medicamentos, como qualquer consumidor, é um indivíduo vulnerável. No Brasil, a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor – CDC) estabelece a proibição da publicidade enganosa e em seu artigo 37, § 2º considera abusiva, dentre outras a publicidade discriminatória de qualquer natureza, a que incite à violência, explore o medo ou a superstição, se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança, desrespeita valores ambientais, ou que seja capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança.

Como pode ser observado, o Código de Defesa do Consumidor regula a publicidade ao estabelecer um limiar ético para essas atividades. Esse Código foi a primeira medida legislativa brasileira que abordou a publicidade de insumos, foi promulgada durante o Governo Fernando Collor de Melo. O objetivo desta Lei é garantir o direito do consumidor atribuindo ao produtor, a responsabilidade da produção, do serviço e da qualidade. Nesse sentido, apesar de o Código não tratar diretamente de aspectos de saúde, a publicação infere e reforça a importância da regulação de insumos que possam interferir na saúde pública. (ARAUJO; FEITOZA-SILVA; SILVA, 2021).

Em 2000, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) assumiu a responsabilidade pela regulamentação da publicidade de medicamentos no Brasil, e editou a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 102, de 30 de novembro de 2000, hoje revogada, com o escopo de aprovar o Regulamento sobre propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas cujo objeto seja a divulgação, promoção ou comercialização de medicamentos de produção nacional ou importados, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal das emissoras de rádio e televisão. Em substituição a resolução precedente foi editada a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n. 96 da ANVISA, de 17 de dezembro de 2008, com o escopo de dispor sobre propaganda, publicidade,



informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos.

Campanhas publicitárias que envolvem medicamentos são desenvolvidas para gerarem a impressão de segurança quanto a utilização e confiança quanto eficiência do fármaco. Como observado, a indústria farmacêutica é um dos setores da economia mais rentáveis e estáveis do mundo. De acordo com o Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos de São Paulo, a indústria farmacêutica movimentou em território brasileiro, no ano de 2018, cerca de 62,5 bilhões de reais (LEONARDI; MATOS, 2020, n.p.).

A publicidade objetiva atrair consumidores, difundir marcas e produtos, proporcionando uma ampliação lucrativa do setor. O Brasil está entre os cinco maiores consumidores de medicamentos do planeta. Em espaços assim, o *marketing* ganha destaque. No primeiro semestre de 2019, o setor farmacêutico investiu no Brasil cerca de R\$ 4,7 bilhões em publicidade, o que garantiu a 7ª posição no *ranking* mundial. Há uma forte relação entre publicidade de medicamentos e automedicação, uso irracional, intoxicação e banalização do uso de fármacos (SILVA; SILVA; BOKEHI; CASTILHO, 2021).

A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 96/2008 restringiu a publicidade de medicamentos, limitando apenas aos medicamentos isentos de prescrição. No entanto, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região, em 2017, atendeu pedido interposto pela Associação Brasileira de Emissoras de Rádio e Televisão (Abert) e declarou que a competência da ANVISA está limitada ao poder de regulação e que proibição de direitos e liberdades individuais (como a liberdade de expressão da indústria farmacêutica) só poderá ser regulamentada por ato legislativo próprio (SILVA; SILVA; BOKEHI; CASTILHO, 2021).

Apesar da existência de normas legais (Código de Defesa do Consumidor) e infralegais (RDC nº 98/2008 da ANVISA), de modo geral, observa-se no Brasil que a publicidade de medicamentos é abusiva e repleta de irregularidades. O quadro de permissividade brasileiro tem fragilizado o consumidor, já vulnerável, e colocado em risco a saúde de muitas pessoas. O modelo regulador da publicidade de medicamentos apresenta debilidades



(NASCIMENTO, 2017), entre as quais pode-se citar: 1. As ações fiscalizatórias sobre publicidade de medicamentos da ANVISA ocorrem *a posteriori*, ou seja, após a veiculação das peças publicitárias, após o risco sanitário ter sido instalado; 2. A própria ANVISA dá conta que mais de 90% (noventa por cento) das peças publicitárias de medicamentos apresentam irregularidades, sendo que a mais comum é a falta de informação sobre as contraindicações; 3. As multas aplicadas pela ANVISA às empresas farmacêuticas são de valor irrisório e são, via de regra, incorporadas no preço do medicamento, pois não há norma que proíba esse procedimento. No fim das contas são os próprios consumidores que acabam pagando pelas multas; e 4. O atual modelo regulador acaba estimulando o consumo de fármacos sem prescrição, sem receita médica, ao tornar obrigatória a frase “Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado” (Art. 22, VII, da RDC nº 96/2008 da ANVISA).

Esse tipo de advertência, na verdade, tem efeito contrário, pois ao invés de inibir, estimula o consumo irracional e desnecessário do medicamento, fortalece a cultura da automedicação. A mensagem gerada pela frase pode ser interpretada da seguinte forma, primeiro, e por conta própria, o consumidor deve adquirir e consumir o medicamento e somente após a não obtenção de êxito na melhoria da saúde deverá procurar assistência profissional.

A publicidade de medicamentos induz a automedicação, seja para aquelas pessoas que possuem acesso a sistemas sofisticados de saúde, seja para as pessoas que em razão da vulnerabilidade social encontram dificuldades de acesso ao sistema público de saúde. A utilização de medicamentos ao menor sintoma, e até de forma antecipada, antes mesmo de qualquer sintoma, é algo corriqueiro na atual sociedade. A percepção que os fármacos são produtos que envolvem riscos à saúde e à vida do consumidor é pouco visibilizada. A publicidade e a facilidade de acesso aos medicamentos internalizaram a ideia de que os fármacos são seguros e estão livres de qualquer efeito adverso posterior.

Um fator que chama atenção na atualidade no mundo é a quantidade de farmácias por habitante. Em média no Brasil existe uma farmácia para cada 2.700 habitantes. Na Argentina existe uma farmácia para cada 3.200 habitantes.



No México existe uma para cada 3.000. Na França existe uma para cada 2.900. Nos Estados Unidos da América existe uma para cada 5.300 habitantes e na África do Sul existe uma farmácia para cada 13.400 habitantes (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020). Esses dados refletem perfeitamente a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Farmácia que mostrou que a automedicação é um hábito entre 77% dos brasileiros que usaram medicamento num período de 6 meses (SOMBRA, 2020).

Dados levantados pela Close-Up Retail Market indicam os dez medicamentos isentos de prescrição médica mais vendidos no Brasil, quais sejam: Novalgina, Neosaldina, Dorflex, Sal de Frutas ENO, Buscopan Composto, Vick-Vaporub, Allegra, Lissador, Systane UI e Tylenol (NASCIMENTO, 2021). O Dorflex é o campeão de vendas, com cerca de 23.951.935 unidades vendidas de um total de 1.300.380.965 de medicamentos vendidos e isentos de prescrição médica.

Esses dados demonstram que embora o Brasil possua uma das legislações consumeristas mais avançadas do mundo e que disponha de uma agência estatal reguladora e de fiscalização sanitária não consegue realizar o controle e o monitoramento da publicidade da indústria farmacêutica e nem proteger o consumidor diante da força avassaladora do complexo médico-industrial. As fragilidades na fiscalização constituem risco iminente à saúde dos indivíduos, pois essa lógica de medicalização e biomedicalização induz o profissional ao erro na prescrição e motiva o consumidor a automedicação.

Nesse sentido, entende-se a necessidade de constituição de um novo modelo regulatório que possibilite o rastreamento de irregularidades antes que a publicidade de medicamentos venha a público, concomitante a isso, há a necessidade de aplicação de multas proporcionais aos ganhos da indústria farmacêutica quando da publicidade enganosa. Não se pretende coibir a atividade publicitária da indústria farmacêutica, mas garantir que esse setor da economia respeite os dispositivos constitucionais e legais que alçaram a saúde a categoria de direito fundamental.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que toda a construção acerca da proteção do consumidor e do uso racional de medicamentos apresentam-se no contexto em que os determinismos de mercado preponderaram em relação ao direito à saúde. Em verdade, demonstrou-se que, até mesmo representantes do setor da saúde e pesquisadores no âmbito da inovação e tecnologia médica, na condição de responsáveis pela formulação de diretrizes de acesso a medicamentos e outros insumos em nível global, levaram consigo o jogo de mercado que, ao final, permanece fundado na base de lucro e concentração de poder.

Logo, foi importante destacar que toda e qualquer diretriz de proteção ao consumidor construída no âmbito dos organismos nacionais e internacionais passa a ser forjada em um ambiente de extrema pressão do mercado, e não o cidadão, figura como sujeito principal. Por essa razão, dificilmente, o cidadão terá condições de enfrentar a força e a construção de “verdades científicas” do mercado da saúde.

Verificou-se no estudo o panorama preocupante da publicidade de medicamentos no Brasil. Se por um lado, indústria farmacêutica tem investido cada vez mais na publicidade de medicamentos, por outro lado, o arcabouço normativo brasileiro, constituído pela CRFB/88, pelo CDC e Resoluções da ANVISA não tem conseguido garantir a devida proteção ao consumidor. A indústria farmacêutica com o escopo de potencialização os lucros, acaba por combinar estratégia de supervalorização de benefícios dos fármacos com a ocultação dos riscos associados ao uso de tais tecnologias.

Com a constatação da fragilidade da regulamentação publicitária no país e o número crescente de automedicação, conclui-se que a biomedicalização da vida tem alcançado de forma facilitada seus objetivos, qual seja incutir no consumidor saudável a necessidade do consumo de medicamentos. A vulnerabilidade crescente do consumidor saudável diante da teia do mercado da saúde escancara a gravidade do processo de conversão de medicamentos em



bem de consumo. A lógica do mercado não é compatível com a garantia da saúde do consumidor.

As prioridades do mercado da saúde, conforme exposto nessa investigação, em relação a produção e venda de medicamentos, passa pela ampliação do mercado consumidor, que tem a pretensão de alcançar os indivíduos saudáveis, aprofundando cada vez mais com suas estratégias a condição de vulnerabilidade do consumidor e transformando a saúde em mero detalhe nesse processo de biomedicalização da vida.

REFERÊNCIAS

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada- RDC Nº 102, de 30 de novembro de 2000**. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/23517143/do1-2016-08-25-resolucao-rdc-n-102-de-24-de-agosto-de-2016-23517010 Acesso em: 22 de jan. 2022.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada- RDC Nº 96, de 17 de dezembro de 2008**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/propaganda/legislacao/arquivos/8812json-file-1> Acesso em: 22 de jan. 2022.

ARAUJO, Julia dos Santos Coli de. FEITOZA-SILVA, Michele. SILVA, Bianca Ramos Marins. Propaganda de medicamentos no Brasil: o que mudou? **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e3510615438, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15438>.

BRASIL. Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Código de Defesa do Consumidor**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm . Acesso em 23 de jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A desigualdade no consumo de medicamentos**. Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5658&titulo=A+desigualdade+no+consumo+de+medicamentos#:~:text=No%20Brasil%2C%20existe%20uma%20farm%C3%A1cia,prescri%C3%A7%C3%A3o%2C%20segundo%20levantamento%20da%20IQVIA> . Acesso em 23 de jan. 2022.



ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. 3. ed. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IÑESTA, Antonio. OTEO, Luis Angel. **La industria farmacéutica y la sostenibilidad de los sistemas de salud en países desarrollados y América Latina**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2713-2724, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CFk86c5CnPXT3z7ySz93sCC/abstract/?lang=es> . Acesso em 22 de jan. 2022.

IRIART, Celia. MERHY, Emerson Elias. Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. **Interface** (Botucatu). 2017; 21(63):1005-16.

LEONARDI, Egle. MATOS, Julio. **Indústria farmacêutica tem crescimento acelerado**. Disponível em: <https://ictq.com.br/industria-farmaceutica/1380-industria-farmaceutica-tem-crescimento-acelerado> . Acesso em 23 de jan. 2022.

LERNER, Sharon. **A indústria farmacêutica enxerga pandemia como oportunidade única para negócios**. Disponível em: <https://ictq.com.br/industria-farmaceutica/1355-industria-farmaceutica-enxerga-pandemia-como-oportunidade-unica-para-os-negocios> Acesso em 22 de jan. 2022.

MACHADO, Alba. MONCADA, Escobar. Evolución del consumo de medicamentos de alto costo en Colombia. **Rev Panam Salud Publica**. 31(4), 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9383> Acesso em 22 de jan. 2022.

MARSHALL, T.H.; BOTTOMORE, Tom. **Cidadania e classe social**. Trad. Luiz Antônio Oliveira de Araújo. São Paulo: Editora UNESP, 2021.

MOYNIHAN, Ray. CASSELS, Alan. As estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros espalhando o medo e transformando qualquer problema banal de saúde numa “síndrome” que exige tratamento. **Le Monde Diplomatique**, 2006. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/os-vendedores-de-doencas/> Acesso em 22 jan. 2022.

NASCIMENTO, Alvaro. Propaganda de medicamentos faz mal à saúde. 22 de agosto de 2017. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/636#:~:text=%E2%80%9CMeu%20sonho%2C%20h%C3%A1%20muito%20tempo,o%20medicamento%20nas%20%C3%BAltimas%20d%C3%A9cadas> Acesso em 22 de jan. 2022.



NASCIMENTO, Victoria. **Ranking Top 10 medicamentos isentos de prescrição.** 24 de março de 2021. Disponível em: <https://guiadafarmacia.com.br/ranking-top-10-medicamentos-isentos-de-prescricao/> Acesso em 23 de jan. 2022.

SOMBRA, Diego. Tomar remédio por conta própria, um hábito que traz riscos à saúde. 31 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2020/01/31/tomar-remedio-por-conta-propria-um-habito-que-traz-riscos-a-saude/#:~:text=Realizado%20ano%20passado%2C%20o%20estudo,menos%20uma%20vez%20por%20m%C3%AAs> Acesso em 23 de jan. 2022.

SILVA, Juliana Fróes da Cruz Silva. SILVA, Patricky Santos, Bokehi, José Raphael. CASTILHO, Selma Rodrigues de. Análise da publicidade de medicamentos isentos de prescrição em tv aberta. **R. Dir. sanit.**, São Paulo v.21, e-0006, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/162988> Acesso em 22 jan 2022.

VERBICARO, Dennis. ATAÍDE, Camille da Silva Azevedo. RAIOL, Raimundo Wilson Gama. A inserção da medicina e da indústria de medicamentos na lógica do consumo e sua contribuição para o agravamento da condição do homem hipermoderno sob o enfoque da bioética e da dignidade humana. **Revista de Direito do Consumidor.** vol. 117/2018, p. 267 – 300. Maio – Jun. Disponível em: <https://revistadedireitodoconsumidor.emnuvens.com.br/rdc/article/download/781/695> Acesso em 23 de jan. 2022.

