



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Vera Regina da Silva Miguelote

**A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica:
uma co-produção de técnicos e técnicas de poder**

Rio de Janeiro

2008

Vera Regina da Silva Miguelote

**A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica:
uma co-produção de técnicos e técnicas de poder**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr.

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M636 Miguelote, Vera Regina da Silva.

A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica:
uma co-produção de técnicos e técnicas de poder / Vera Regina da Silva
Miguelote – 2008.
130f.

Orientador: Kenneth Rochel Camargo Jr.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Indústria farmacêutica – Teses. 2. Pesquisa médica – Financiamento –
Teses. 3. Marketing – Teses. 4. Poder (Ciências sociais) – Teses. I.
Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. II. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 615.012

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Vera Regina da Silva Miguelote

**A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica:
uma co-produção de técnicos e técnicas de poder**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 29 de abril de 2008.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr. (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Fabíola Rodhen
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Jane Dutra Sayd
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Vera Lúcia Luiz
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas Flávia, Carla e Cláudia, pela importância de existirem em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Kenneth, meu orientador, pela oportunidade do encontro, pela consistência do discurso e pela afetuosa maestria do percurso.

Ao grupo de orientação, pelo desprendido acolhimento; espaço ímpar de troca, parceria e aprendizagem.

À Vanessa Rangel, pelo carinho, pela sintonia de idéias e pela genuína disponibilidade.

À Vera Marques e Ângela Machado, pelo alegre e movimentado companheirismo; pela identificação sincera.

Ao Roberto Parada, pela afetuosa sustentação acadêmica; uma referência amiga e acolhedora.

À Leila Senna Maia, com quem compartilhei o ‘abracadabra’ do mundo acadêmico; momentos marcados pela intensidade das vivências.

À minha turma de mestrado, pela inesquecível convivência; nas aulas, nos descontraídos cafezinhos ou na densidade dos questionamentos.

À professora Anna Maria Campos, a quem devo grande parte de meu percurso acadêmico; com quem muito aprendi e compartilhei medos e inseguranças.

Aos professores do IMS, em particular ao George Kornis e ao Ruben Mattos; pelo acolhimento em etapa de observação participativa, que muito contribuíram para a minha formação.

À professora Jane Sayd, pela compreensão e sabedoria; em sintonia com os acontecimentos, uma afetuosa aliança.

À professora Rosângela Caetano, pela atenção e confiança com que me acolheu e contribuiu nas articulações finais da minha defesa.

À professora Maria Elizabeth Barros de Barros pela participação intensiva na definição do meu projeto de pesquisa.

À Maria Thereza Varella, pela disponibilidade a atentas leituras e valiosas sugestões; um agradecimento extensivo à Valéria pelo carinho com que me socorreu nas diversas situações de última hora.

À Cleidenir Formiga pela consideração ao confiar-me participação no Curso de Especialização em Gestão em Saúde.

Ao Álvaro Nascimento, pela desprendida contribuição; um gentil repasse de valiosas referências.

À minha querida filha Carla, pela paciência da leitura e carinhosa revisão do texto.

Ao querido amigo Ismar Nogueira de Queiroz, companheiro de todas as horas; incentivou, articulou e conspirou a favor deste processo.

Às minhas queridas irmãs Maria Helena e Ângela e à minha amiga Maria Nazareth (Lelé), pelo apoio incondicional e importantíssimo estímulo acadêmico.

Aos funcionários da secretaria, pelo trato cordial e aos da biblioteca, especialmente à Regina Tinoco, por ensinar os caminhos “das pedrinhas” e à Ana Beatriz Levy, pela gentil paciência na revisão bibliográfica.

Aos funcionários do laboratório de informática Anderson Noel, Marcia Luiza dos Santos e Artur Luiz, pelo atencioso suporte técnico.

Aos médicos entrevistados, pela disponibilidade em colaborar com a pesquisa e pelo protagonismo de suas experiências.

À Medicina, à Psiquiatria e ao mundo médico, por se oferecerem como campo aberto à permanente aprendizagem; um processo inerente a seu próprio exercício.

O papel do intelectual não é mais [...] dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as forma de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da “verdade”, da “consciência” e do discurso.

Michel Foucault.

RESUMO

MIGUELOTE, Vera Regina da Silva. *A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica: uma co-produção de técnicos e técnicas de poder*. 2008. 130p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Este estudo abordou o contexto de uma engrenagem macropolítica, na qual o poder dominante (representado pela indústria farmacêutica) se articula à indústria do conhecimento, condicionando construção e divulgação de conhecimento biomédico à mesma lógica da produção e distribuição capitalista de mercadorias. A indústria farmacêutica tem investido em projetos de pesquisas clínicas, com o objetivo de legitimar, cientificamente, seus produtos. A investigação deste papel financiador de ensaios clínicos baseou-se nos depoimentos de quatro médicos, professores de Medicina, co-participantes de projetos da indústria farmacêutica. Os resultados evidenciaram que os protocolos das pesquisas são elaborados pela própria indústria, sem participação do médico colaborador; o acesso à íntegra dos dados coletados é de exclusividade dos coordenadores centrais da pesquisa; e, os resultados dos ensaios, apresentados através de resumos, são previamente submetidos a critérios de seleção de dados. Com o objetivo de articular saber médico a expectativas de mercado, o poder dominante se exerce através de técnicas de poder (estratégias de marketing), atribuindo aos médicos o papel de técnicos de poder, a serviço de seus interesses. Essa relativização de valores clama por uma crítica revisão ética.

Palavras-chave: Produção de conhecimento. Indústria farmacêutica. Financiamento de Pesquisa. Estratégia de marketing. Técnicas e técnicos do poder.

ABSTRACT

This study is an approach to the macro-political engine where the dominant power (represented by the pharmaceutical industry) articulates with the knowledge industry promoting the construction and transmission of a biomedical knowledge with the same logic production and distribution of capitalist commodities. The pharmaceutical companies have been investing in clinical research projects with the intention to scientifically legitimate its products. The investigation of the financial role of these clinical trials was based on the interviews with four physicians who are also medicine professors engaged in these pharmaceutical projects. The results showed that the research protocols are elaborated by the pharmaceutical industry without the participation of the engaged doctors; the whole access to the research data is only available to the main research supervisors and the results are submitted to previous data selection. The dominant power of the pharmaceutical industry is exercised through market power techniques. It establishes a technical power position to the physicians enrolled in the research who are also in service of the industries interests. This relativistic approach concerning health values claims for a critical and ethical revision.

Keywords: Knowledge production. Pharmaceutical industry. Research funding. Market strategies. Power technicians and techniques.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	7
1	ESTUDO DESCRITIVO EXPLORATÓRIO	12
1.1	Descrição	12
1.2	Tratamento dos dados	14
1.3	Resultados de frequências simples e percentuais	18
1.4	Resultados: associações significativas entre variáveis.....	21
1.5	Discussão dos resultados	24
2	DOR CRÔNICA EM ONCOLOGIA.....	30
2.1	Definição, mecanismos neurofisiológicos e subjetividade da dor.....	30
2.2	Dor em câncer.....	33
3	A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	37
3.1	O Surgimento da medicina moderna ocidental.....	37
3.2	Normal, patológico e “biopoder”.....	39
3.3	Determinação social dos papéis de doente e de médico.....	42
4	MODELOS DE MEDICINA NO OCIDENTE.....	46
4.1	O modelo biomédico (biomedicina)	47
4.2	O modelo biopsicossocial (medicina centrada no paciente)	53
4.3	O paciente moderno.....	61
5	SAÚDE- MODELO E MODELO DE SAÚDE	65
5.1	A Política Nacional de Humanização (PNH).....	65
5.2	Sistemas terapêuticos de cuidado e cura	70
6	A COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICOS E PACIENTES	78
6.1	Setting terapêutico	83

6.2	Dificuldades e expectativas dos médicos	86
6.3	Dificuldades e expectativas dos pacientes.....	96
6.4	Interação com a família	105
7	CONCLUSÃO.....	108
	REFERÊNCIAS	111
	APÊNDICE A – Questionário clínica da dor.....	124

I - Apresentação

Esta dissertação faz parte do meu interesse, como médica psiquiatra, em compreender a condição médica no mundo atual. Relacionado aos fundamentos da medicina e suas implicações na prática clínica, esse interesse resultou de discussões do conteúdo teórico das disciplinas (que cursei durante o curso de mestrado no IMS) direcionadas ao estudo da construção de conhecimento médico. Ao constatar que parte importante das atividades de pesquisa está sob controle de interesses comerciais da indústria farmacêutica, compreendi que a colaboração dos médicos nos projetos de pesquisa da indústria implicava uma co-produção de conhecimento. Assim, esta dissertação tem como objetivo colaborar com a compreensão do papel desempenhado pelo médico em sua relação com a indústria. A relevância do tema e a lógica de abordagem são delineadas na introdução (segundo capítulo), através de revisão bibliográfica seletiva sobre o assunto.

O terceiro capítulo, dividido em dois grandes tópicos, corresponde aos pilares de sustentação teórica desta dissertação. No primeiro, intitulado “A indústria do conhecimento: Uma poderosa engrenagem”, é abordado o contexto de uma engrenagem macropolítica, na qual o poder dominante (representado pela indústria farmacêutica) se articula à “indústria” do conhecimento, condicionando a construção e a divulgação de conhecimento biomédico à mesma lógica da produção e distribuição capitalista de mercadorias. Configurando um poderoso direcionamento de interesses econômicos, um conjunto de técnicas estratégicas garante o consumo de medicamentos e incentiva a produção e divulgação de artigos científicos. Utilizado para dar credibilidade a resultados de seu interesse, o investimento da

indústria farmacêutica no financiamento de pesquisas transformou o processo de legitimação científica em estratégia de marketing.

O segundo tópico teórico, “Poder-saber: uma articulação indissociável”, analisa as relações contemporâneas de poder com o objetivo de compreender a dimensão micropolítica do processo de produção de conhecimento médico. Sustenta-se na concepção de poder de Foucault (1995), para compreender, na dimensão biopolítica da sociedade, a força do poder econômico da indústria - que, utilizando-se estrategicamente da articulação saber/poder, se faz dominante na configuração contemporânea. Na dimensão epistemológica, baseia-se nos conceitos de Fleck (1979) - *coletivo de pensamento e estilo de pensamento* - para atribuir ao discurso médico contemporâneo uma condição facilitadora das estratégias de marketing da indústria farmacêutica. Na perspectiva biopolítica contemporânea, o investimento da indústria farmacêutica em projetos de pesquisas clínicas é resultante de uma reconfiguração de forças. Nesse sentido, a articulação de aspectos epistemológicos a interesses econômicos deve ser entendida como uma posição estratégica de poder.

O quarto capítulo trata da metodologia do estudo. De natureza qualitativa, o método de entrevistas semi-estruturadas foi utilizado como ferramenta de investigação da interação entre o médico e a indústria financiadora de pesquisas. A coleta de informações se deu através do depoimento de quatro médicos, professores de Medicina, co-participantes de projetos de pesquisas financiados pela indústria farmacêutica. Na avaliação temática, foram selecionados três temas recorrentes: a forma de inserção do médico nas pesquisas, o processo de construção das evidências clínicas e a compreensão dos médicos sobre a construção contemporânea do saber.

No quinto capítulo, a análise e discussão dos resultados baseiam-se nos temas acima discriminados. Através da análise empírica desse material, são desenvolvidas duas perspectivas de avaliação: a primeira relaciona-se à forma como a indústria farmacêutica, na qualidade de financiadora, coordena e direciona pesquisas, e a segunda refere-se ao modo como os médicos prescritores estão compreendendo a produção contemporânea de conhecimento médico.

E, por último, no sexto capítulo, são apresentadas as conclusões relativas à interação entre os médicos colaboradores de pesquisas e a indústria financiadora, nos processos de co-produção do conhecimento médico.

II - Introdução

Esta dissertação parte do pressuposto de que, em função das importantes mudanças econômicas e do enorme avanço tecnológico ocorridos nas últimas décadas, o discurso médico técnico-científico atrelou-se ao desenvolvimento econômico, transformando a medicina num território dominado por forças capitalistas e mercantilistas.

A ciência começou a se articular com a indústria quando, da linha de pesquisa sobre um corante tolerado pelo organismo humano, surgiu o primeiro quimioterápico (final do século XIX e início do XX). A farmacologia foi desenvolvida por Paul Ehrlich; em 1904, com o vermelho de Trypan, contra tripanossomos e, em 1910, com o Salvarsan, um composto arsenical efetivo contra a sífilis. Nesse momento surgiu a terapêutica de bases científicas; que se consolidou definitivamente na síntese das primeiras sulfas, em 1937. Assim, o nascimento da química fina marcou o início do desenvolvimento da indústria farmacêutica (SAYD, 1998).

Com o advento da guerra, o conhecimento científico avançou: por um lado, a ciência descobriu os antibióticos, indispensáveis à sobrevivência dos soldados; por outro lado, a tecnologia mudou a história do conflito armado, ao criar armas cada vez mais poderosas e eficazes na sua tenebrosa tarefa. A história revela, portanto, uma produção científica intimamente articulada com a área militar e a medicina, tendo como pano de fundo a produção industrial (BERNAL, 1964).

O estudo de Hochman (2002) sobre a relação entre o mundo científico e a dinâmica capitalista ultrapassou divergências teórico-metodológicas entre diversos autores (Khun, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina) e conseguiu integrar os conceitos de comunidade científica, mercado, credibilidade e arena transepistêmica. Considerando essa integração, a produção de conhecimento configura-se como um caso especial de produção e distribuição capitalista de mercadorias. Com esse pressuposto, a ciência só pode ser entendida a partir da determinação social do seu conteúdo (BOURDIEU, 2005).

A despeito da multiplicidade de interesses no mundo científico, a credibilidade na ciência é conferida no campo da pesquisa: a principal instância de validação do conhecimento. Na medida em que a produção econômica passou a depender desse valor, legitimar conhecimento através da pesquisa ganhou destaque nas negociações políticas e econômicas. Conhecimento, revestido de cientificidade, passou a ser uma das principais estratégias de marketing da indústria farmacêutica. Foi nesse contexto que a indústria farmacêutica surgiu como financiadora de pesquisas e apropriou-se da possibilidade de direcionar interesses na área biomédica.

No entanto, segundo Angell (2007), embora o lançamento de um medicamento no mercado seja um trabalho árduo e demorado, as indústrias farmacêuticas “nem de longe desempenham o papel de pesquisa e desenvolvimento (P&D) no qual gostariam que o público acreditasse” (p. 37). A participação da indústria farmacêutica na pesquisa básica, por exemplo, equivale à oitava parte do total de financiamento. Predominantemente financiada pelo serviço público, a produção desse tipo de pesquisa é “quase sempre realizada em universidades ou laboratórios de pesquisas do governo, seja nos EUA ou no exterior” (p.38).

As descobertas fundamentais acontecem na pesquisa básica; os pesquisadores identificam no nível celular em que ponto da cadeia fisio/patológica a doença pode ser combatida por um agente farmacológico. Embora seja a parte mais longa e difícil da P&D, as grandes indústrias farmacêuticas contribuem aí muito pouco. A fase de desenvolvimento é dividida em duas etapas: a pré-clínica e a clínica. As pesquisas pré-clínicas correspondem aos processos de síntese e desenvolvimento de uma substância, para verificar se as moléculas em estudo têm as propriedades identificadas na pesquisa básica. É aqui que a indústria farmacêutica começa a se envolver (ANGELL, 2007).

A indústria mantém enormes arquivos de moléculas, candidatas a medicamentos. No desenvolvimento pré-clínico, após identificação por métodos informatizados, as moléculas são sintetizadas ou extraídas de fontes animais, vegetais ou minerais. Somente uma pequena parte das moléculas, candidatas a medicamentos, consegue passar pelo desenvolvimento e avançar para a importantíssima etapa dos testes clínicos em seres humanos. Através de sucessivas avaliações de ordem clínico-epidemiológicas, o produto é testado em escalas cada vez maiores, para verificar eficácia, aspectos de custo/benefício e efeitos colaterais. Submetidas a critérios de cientificidade e credibilidade, são essas pesquisas que legitimam o produto à obtenção de licença para tratamento de doenças específicas.

A área de atuação efetiva da indústria farmacêutica é a etapa de ensaios clínicos, ou seja, a ponta do desenvolvimento. Paradoxalmente, embora seja a parte menos criativa do processo, os testes clínicos são os mais dispendiosos. A aprovação de um medicamento exige três fases da etapa de ensaios clínicos:

Fase I: com pequeno número de voluntários categorizados como normais.

Fase II: envolve centenas de pacientes portadores de doença ou condição médica pertinente, cujo resultado é comparado com grupo semelhante de pacientes que não recebem o medicamento.

Fase III: avalia segurança e eficácia da droga em milhares de pacientes (ANGELL, 2007, p. 43).

Embora a maioria dos ensaios clínicos patrocinados pela indústria seja para testar novas drogas ou procedimentos, muitos deles são de medicamentos já à venda – chamados de estudos “pós-comercialização” ou “da Fase IV”. Com o objetivo de expandir mercado, esses estudos estão em busca de novos usos para medicamentos antigos.

Já existem estudos que apontam para a possibilidade de um caráter tendencioso nesses ensaios clínicos financiados pela indústria farmacêutica. A “necessidade” de legitimar cientificamente resultados de interesse econômico desdobrou-se na possibilidade de investir na produção de conhecimento, mas também na publicação seletiva de resultados (ANGELL, 2007). Configurando a indústria do conhecimento, essa engrenagem será abordada no capítulo de sustentação teórica. Trata-se de uma dinâmica através da qual grande parte das atividades de pesquisa, assim como da produção e distribuição de conhecimento biomédico, está sob controle de interesses comerciais privados.

Dada a importância do conhecimento no processo de decisão, os médicos, para se manterem atualizados, acompanham relatórios de pesquisa que alimentam a literatura médica. Levando-se em conta que a produção científica encontra-se cada vez mais subjugada aos interesses da

indústria, esse contexto aponta distorções que envolvem conflitos de interesses e abusos de poder.

A literatura recente tem dado destaque ao interesse da indústria farmacêutica em promover seus produtos, através de sua interação com educação e pesquisa na área médica. Embora não sejam atividades tipicamente promocionais, cursos de atualização médica, educação continuada e programas direcionados a residentes têm sido, freqüentemente, financiados pela indústria farmacêutica. Na medida em que a representação acadêmica confere credibilidade a essas atividades, a participação de professores universitários passou a fazer parte das estratégias de marketing da indústria (STEINMAN, BERO, CHREN, LANDERFELD, 2006).

Em geral, as últimas recomendações, apresentadas como avanços no cuidado médico, são divulgadas por conferencistas financiados pela indústria farmacêutica, apresentados como *experts*, com expressivas credenciais em centros médicos acadêmicos de prestígio. Considerando que, para a maioria dos médicos, a participação em programas de educação continuada se tornou mandatário, e as indústrias farmacêuticas passaram a atuar no sentido de persuadir os médicos a mudarem suas práticas prescritivas, Abramson (2005) destaca sua preocupação com esse processo.

A indústria farmacêutica direciona um investimento específico ao corpo médico. Com enorme poder econômico, oferece grande variedade de incentivos: promoção de eventos, gastos com viagens, hotelaria, brindes, livros e panfletos publicitários, etc. As empresas monitoram preferências, hábitos e desejos dos médicos. Um professor de Clínica Médica da Universidade Federal de São Paulo relata, em artigo da revista *Época* (nov. 2007), que quando o propagandista descobriu que era corintiano, ofereceu ingressos para uma partida importante,

com direito a tribuna de honra e comes e bebes. Em função de casos como esse, a questão do conflito de interesses tem sido tema de artigos em revistas e periódicos.

Financiado pela Comissão Européia, o grupo de *lobby Consumers International* publicou em Londres, em outubro de 2007, um estudo chamado “*Drugs, doctors and dinners: How drug companies influence health in the developing world*”, apontando falhas éticas das principais indústrias farmacêuticas da Europa. Após constatar que, no período entre 1995 e 2005, o investimento em marketing foi o dobro do investimento em pesquisas, denuncia as táticas estratégicas de marketing direcionadas aos médicos. O relatório considera que a opinião do médico sobre um determinado produto farmacêutico não só influencia como determina seu sucesso de vendas. Em função disso, nos países em desenvolvimento, o médico se transformou no principal alvo das atividades promocionais das empresas farmacêuticas.

Um estudo coordenado pelo pesquisador Eric Campbell, publicado no *The New England Journal of Medicine* (Out/2007), sobre a influência da indústria na prática médica, conclui que, embora muitos profissionais neguem que receber presentes influencie as prescrições, 94% dos médicos têm algum tipo de relação com a indústria farmacêutica (Revista Época, nov/2007, p. 114).

É nesse contexto de conflito de interesses que se dá a interação entre a indústria farmacêutica financiadora e o médico colaborador de pesquisas; envolvendo questões éticas, políticas e científicas. Esta pesquisa se sustenta nos aspectos acima relacionados para: investigar de que forma o médico se insere no processo de pesquisa financiado pela indústria farmacêutica; analisar a dinâmica dos processos de construção de evidências clínicas desenvolvida por essa

indústria; e avaliar a divulgação e assimilação dos conhecimentos médicos produzidos a partir desses processos de pesquisa.

III – Bases de sustentação teórica

1 - Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem

Há uma poderosa engrenagem através da qual a indústria farmacêutica, com o objetivo de sustentar comercialmente seus produtos, passou a direcionar interesses na área biomédica. Configurando um contexto através do qual a indústria farmacêutica precisa dar credibilidade científica a resultados de seu interesse, o processo de produção de conhecimento médico passou a fazer parte dessa arena de negociação.

Em função das importantes mudanças econômicas e do enorme avanço tecnológico ocorridos nas últimas décadas, o discurso médico técnico-científico atrelou-se ao desenvolvimento econômico. Nessa configuração de poder, a medicina está cooptada por um contexto que articula desenvolvimento tecnológico e produção de conhecimento científico a interesses econômicos. Fazendo parte de um conglomerado chamado complexo médico-industrial, os diversos pontos de negociação da produção científica configuram a indústria do conhecimento (CAMARGO JR., 2007).

À medida que a produção econômica passou a depender da ciência como valor, a articulação entre a indústria farmacêutica e a indústria do conhecimento configurou-se numa poderosa engrenagem sustentada por estratégias de marketing. Considerando que o campo de pesquisa é a principal instância de validação do conhecimento empírico, financiar programas de pesquisa e produzir conhecimento científico - de acordo com seus interesses – passou a ser estratégia fundamental de marketing da indústria farmacêutica.

Assim, a produção de conhecimento médico, legitimado cientificamente através de pesquisas, alimenta a produção de artigos; garantindo, ao mesmo tempo, circulação de conhecimento e venda de medicamentos. Nesse sentido, a produção de conhecimento médico transformou-se em linha de produção sustentada pela pesquisa, e a informação tornou-se uma mercadoria alavancadora do consumo.

Parte importante das atividades de pesquisa, da produção e distribuição de conhecimento biomédico está largamente sob controle de interesses comerciais privados. Considerando os conflitos de interesses e abusos de poder, é possível dimensionar a gravidade dos efeitos dessas distorções nas políticas públicas de saúde, pois, nas intervenções médicas, o conhecimento tem papel chave no processo de decisão (CAMARGO JR., 2007).

Capturada pelo sistema capitalista, a produção da ciência passa por um processo que coloca ciência, cientistas e mercado na mesma mesa de discussão. Os recursos são definidos nessa interação; porém, além do conhecimento, outros interesses também entram na negociação. Isso significa que todas as questões referentes à pesquisa são discutidas numa arena que inclui agências de financiamento, administradores, indústrias, editores, diretores de instituições científicas e fornecedores. Uma estrutura denominada por Knorr-Cetina (1981) como “arena transepistêmica” de negociação.

Inúmeros problemas surgem desse contexto. Considerando que o que está em jogo é a legitimação do saber, já se localiza uma contradição: embora o referencial de verdade esteja na ciência, as escolhas técnicas não são determinadas exclusivamente por cientistas. Esse aspecto no processo de construção social do saber médico contrapõe a importância dessa produção científica à defesa dos interesses da indústria em legitimá-la através da ciência.

1.1 - Estratégias de marketing na legitimação do conhecimento

A credibilidade da pesquisa na área de medicamentos está condicionada à exigência de legitimação científica do uso do medicamento, cuja finalidade, na lógica biomédica, destina-se ao combate, preferencialmente, de doenças específicas. Essa demanda ancora-se na produção de pesquisas que “demonstrem”, de forma “cientificamente” apropriada, a eficácia do novo medicamento na especificidade de sua indicação.

Em função “dessa necessidade” e com a finalidade de alavancar vendas, a indústria desenvolveu, como estratégia, variadas formas de apropriação criativa de resultados de pesquisa. Trata-se da utilização de técnicas de enviesamento de resultados, tais como expansão da base de usuários das novas drogas, ou, até mesmo, criação de novas doenças ou exagero na ameaça de agravos – o que, na literatura de língua inglesa, é denominado *disease mongering* (MOYNIHAN & HENRY, 2006).

Em seu estudo sobre o processo de construção de novas disfunções ou doenças, Payer (2006) identificou dez táticas de manipulação de pesquisas: 1- atribuir a uma função normal algo de errado a ser tratado; 2- imputar sofrimento onde não existe; 3- definir ampla proporção da população como passível de sofrimento pela doença; 4- definir condição de deficiência ou desequilíbrio; 5- dar a voz a *spin doctors*, especialistas em comunicação (que interpretam resultados de acordo com os interesses em jogo); 6- particularizar enfoque sobre o tema; 7- exagerar benefícios do tratamento a partir de dados estatísticos seletivos; 8- pontuar de forma distorcida o objetivo; 9- promover tecnologias, tratando-as como “magicamente” livres de riscos; 10- pegar um sintoma, sem nenhum significado, e fazê-lo soar como sinal de doença séria (TIEFER, 2006).

Considerando que a dualidade normal-patológico é estruturante no pensamento biomédico (CANGUILHEM, 2006), a estratégia consiste na busca de um desvio do normal, cuja demarcação pode dar sustentação a uma demanda por terapêutica medicamentosa. Em função de inevitáveis componentes socio-culturais, existe uma plasticidade na definição de “normalidade” - e, portanto, também de doença – que permite a transformação de fenômenos fisiológicos em “desvios”; ou seja, ao serem patologizados, precisam ser tratados.

Tendo como referência a dimensão construtivista da produção técnico-científica, Hess (1995) defendeu, em seus estudos sobre classe, gênero, sexo, raça e etnicidade, a possibilidade de certos aspectos culturais serem re-significados pela ciência e implantados socialmente. Para designar esse mecanismo, o autor usou a metáfora do totemismo (tecnototemismo); e, para explicar a surpreendente facilidade com que a sociedade assimila novos conhecimentos e novas tecnologias, usou a expressão *strategies of circumvention* (estratégias de “contorno”).

Talvez seja nessa perspectiva que a indústria farmacêutica, para introduzir determinada substância no mercado, precisa associar o conhecimento a um referencial assimilável socialmente. Na medida em que a venda é direcionada pela caracterização do produto como evidência científica, o mecanismo é o descrito acima: em primeiro lugar, o foco de interesse está em encontrar, a partir de uma concepção biológica, uma descrição consensual de um estado de natureza; depois, para caracterizar um desvio deste estado, é preciso definir uma condição de anormalidade; a etapa seguinte é investir em pesquisas, direcionadas à correção dessa pressuposta anormalidade.

Exemplo desse processo em nossa sociedade foi descrito por Lexchin (2006), que relata como a Pfizer transformou a ação do Viagra® (sildenafil) - tratamento, considerado eficaz e seguro,

da disfunção erétil secundária a causas médicas (diabetes, doenças da coluna, etc.) - em prescrição direcionada a homens saudáveis, com o objetivo de melhorar o desempenho erétil, capacitando-os a manter a ereção por tempo mais prolongado.

Confinado ao tratamento de causas secundárias, seria um medicamento com sucesso bastante modesto em função do mercado limitado. Assim, a principal motivação da Pfizer em patrocinar pesquisas sobre o Viagra® foi dar sustentação comercial ao seu lançamento. Com a intenção de transformá-lo em produto de uso de grande abrangência na população masculina, o critério de sucesso do tratamento da disfunção erétil precisava ser definido. Assim surgiu a necessidade de expandir a percepção de prevalência da disfunção erétil. A aposta inicial foi direcionada aos homens com idade acima de 40 anos, baseada na suposição de que tinham uma significativa preocupação com a ereção. E, finalmente, o Viagra® passou a ser apresentado como importante opção de tratamento para homens com qualquer grau de disfunção; inclusive falhas raras ou transitórias no desempenho (LEXCHIN, 2006).

A reificação da ereção como essência da sexualidade masculina abriu caminho para a construção do conceito de disfunção sexual masculina. Em outras palavras, dados da sexualidade masculina foram capturados e postos a serviço da suposta condição ideal (ou normal). Em nome da saúde, a partir de achados do cotidiano, um poderoso mecanismo de intervenção da vida cria formas padronizadas de comportamento.

A dimensão desse processo de medicalização é de tal ordem que a produção de medicamentos na área da sexualidade não está direcionada à doença, mas ao aumento da potência. Desde o lançamento do Viagra® em 1998, mais de 17 milhões de prescrições foram feitas para o

tratamento de disfunção erétil. Em 2001, a Pfizer declarou faturamento de um bilhão e meio de dólares (MOYNIHAN, 2003).

Na tentativa de reproduzir na sexualidade feminina o sucesso alcançado com o lançamento do Viagra®, a indústria farmacêutica está investindo numa linha de pesquisa que busca uma nova “realidade”: a disfunção sexual feminina. No entanto, construir mercado semelhante entre as mulheres requer uma clara definição de diagnóstico médico, com características mensuráveis que dêem credibilidade clínica, pois a validação da biomedicina se faz através da lógica epidemiológica, ou seja, através de amostras representativas fornecidas pela estatística.

Moynihan (2003) critica o patrocínio de pesquisas voltadas à definição de “disfunção sexual feminina”, cujo objetivo é criar necessidades e abrir mercado para outros medicamentos. Dá como exemplo a publicação de um artigo pela JAMA em fev/1999, no qual seus autores (vinculados à Pfizer) anunciam como resultado de pesquisa a prevalência de 43% de disfunção sexual em mulheres com idades entre 18 e 59 anos. Após seis meses de circulação do assunto na mídia, a Pfizer anunciou que um novo medicamento estava sendo testado para tratamento de desordens da sexualidade feminina.

Segundo o autor, a análise dos dados dessa pesquisa, realizada pelo sociólogo Ed Laumann e colaboradores, mostrou sérios problemas. Cerca de 1500 mulheres foram questionadas, devendo responder com sim ou não, se tinham experimentado algum problema de uma lista de sete, nos últimos meses do ano anterior. A lista incluía critérios de avaliação da sexualidade, tais como falta de desejo sexual, ansiedade sobre a *performance* sexual e dificuldades com lubrificação. Se a mulher respondia sim a uma das sete questões, era incluída no grupo caracterizado como disfunção sexual.

Como estratégias de marketing, esses “dados científicos” foram amplamente divulgados pela mídia, com a seguinte afirmação: “43% das mulheres têm disfunção de uma forma ou de outra, mas nem todas têm a forma mais severa”. Trata-se de um processo que busca a “conscientização pública do problema”, ou seja, a aceitação da disfunção sexual como uma doença comum e tratável (MOYNIHAN, 2003).

Apontando controvérsias relativas à normatização de respostas sexuais fisiológicas femininas e ao processo de medicalização da sexualidade, Moynihan (2003) defende a importância de acompanhamento mais rigoroso desses processos de pesquisa. Para ele, categorizar dificuldade sexual como disfunção tem a finalidade de induzir os médicos a prescreverem medicamentos que “corrijam” (dis)funções sexuais.

A despeito de tudo isso - com *slogans* promocionais, tais como “Viagra feminino chega ao Brasil” e “Agora é a vez das mulheres” - um novo produto já foi lançado no mercado brasileiro com a promessa de resgatar o prazer sexual das mulheres. Trata-se de um gel íntimo composto por arginina (aminoácido) e mentol (substância que produz vasodilatação) chamado Viatop-AM. Atualmente, o laboratório nacional Ativus Farmacêutica produz 11 (onze) milhões de unidades de produtos por ano em duas fábricas, localizadas em Valinhos e Aguaí, ambas no interior paulista. Segundo o diretor-superintendente da empresa, Mascarenhas Marques Planeja, o investimento será concentrado para a implantação de uma nova linha de produção de medicamentos genéricos “Vamos lançar 20 novos produtos neste segmento em 2008” (Fonte: Gazeta Mercantil de São Paulo, em 12/12/2007).

Sobre a fronteira entre o normal e patológico, cabe recorrer a Canguilhem (2006): “Se o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma

que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico é impreciso. No entanto, isso não nos leva à continuidade de um normal e um patológico idênticos em essência [...], a uma relatividade da saúde e da doença bastante confusa para que se ignore onde termina a saúde e onde começa a doença” (p. 135). Essa perspectiva aponta a necessidade de cautela em relação à concepção de disfunção. Por tratar-se de um termo de configuração enganosa, mobiliza de forma excessiva e perigosa a fronteira entre saúde e doença.

Outro exemplo de engendramento de doença foi desenvolvido pelo laboratório Lilly na construção do distúrbio bipolar. Através de um site na *Web* chamado *Bipolar Help Center* (<http://www.bipolarhelpcenter.com/resources/mdq.jsp>), a Lilly implantou um questionário sobre desordem bipolar. Simultaneamente, um anúncio na televisão alertava sobre a possibilidade de doença psiquiátrica, induzindo o telespectador a fazer o teste e mostrar ao médico. Isso com o argumento de que diagnosticar é o primeiro passo para tratar o distúrbio bipolar (HEALY, 2006).

Esse anúncio surgiu em 2002, logo após o antipsicótico olanzepina (Zyprexa®), lançado pela indústria farmacêutica Lilly, ter recebido licença para tratar mania. O laboratório investiu rapidamente em pesquisas para relacionar o medicamento à estabilização do humor. Atualmente, o interesse está direcionado para a construção do diagnóstico de desordem bipolar nas crianças americanas. Sem critérios diagnósticos tradicionais, surgiram várias publicações sobre o tema: o livro *The Bipolar Child* (Papoulos, 2000) e o artigo “Young and Bipolar”, publicado na edição americana da revista TIME (Agosto, 2002), entre outros (HEALY, 2006).

Segundo Healy (2006), essa “conscientização” da necessidade de estabilização do humor tem sido surpreendente. Para ele, mesmo se considerarmos apenas os adultos, já existe potencial para se criar uma “epidemia” de distúrbio bipolar, pois as pessoas estão sendo diagnosticadas com base em critérios operacionais não objetivos.

Atualmente, com o argumento de que os professores podem auxiliar no diagnóstico do transtorno e déficit de atenção e hiperatividade, a indústria desenvolveu um novo mecanismo para se infiltrar nas escolas. Fazendo parte das estratégias promocionais de marketing da indústria, enquanto os professores são treinados para identificar a doença e a necessidade do medicamento, os médicos são estimulados à prescrição e ao acompanhamento de resultados terapêuticos (PHILLIPS, 2006).

1.2 - Pesquisas e Publicações: como estratégias na promoção de medicamentos

Uma estreita relação entre pesquisa e produção científica alimenta a produção de artigos, a difusão de conhecimento e a venda de medicamentos. Envolve os interesses da indústria farmacêutica no financiamento de pesquisas, cujos resultados se configuram em conhecimento científico a ser publicado e divulgado. Essa dinâmica caracteriza-se como uma poderosa engrenagem de articulação entre a indústria farmacêutica e a indústria do conhecimento. Com interesse concentrado na publicação e propagação de conhecimento médico, a indústria farmacêutica - sem priorizar a qualidade - investe na quantidade de publicação. Assim, produção de conhecimento médico tornou-se uma linha de produção sustentada pela pesquisa.

A necessidade de dar credibilidade a resultados de interesse econômico impulsionou o investimento da indústria farmacêutica em pseudopesquisas. Apesar da aparência de pesquisa

verdadeira, seu objetivo não é a produção de novos conhecimentos. Essas pesquisas são, na verdade, estratégias de marketing, com metodologia deliberadamente enviesada para fortalecer a posição comercial de determinado medicamento, com resultados que “comprovam” o que está sendo dito pelos propagandistas.

Inúmeros “estudos multicêntricos” desenvolvem ensaios clínicos envolvendo substâncias de eficácia já comprovada e consolidadas no mercado; seu único objetivo é corroborá-las para apresentação a novos mercados. Em geral, a divulgação de seus resultados é feita em grande estilo, em locais onde há formadores de opinião e médicos em formação - como é o caso dos hospitais universitários.

Concebida como produtora de verdades absolutas, a ciência confere ao conhecimento a categoria de mito. Ressonância disso é a suscetibilidade dos médicos a assimilarem como verdadeira qualquer informação oriunda do mundo científico. É nesse contexto de idéias pré-estabelecidas, no qual os médicos se abstraem da análise crítica dos resultados, que a indústria farmacêutica surge como financiadora de pesquisas e apropria-se da possibilidade de direcionar interesses na área biomédica.

Ao incentivar a produtividade de conhecimento, a indústria joga com a idéia de irremediável progresso tecnológico. Dessa forma, justifica o enorme volume de publicações, produzindo no médico – cujo reconhecimento depende de se manter atualizado - a inquietante sensação de estar permanentemente aquém desta possibilidade (CAMARGO JR., 2003).

Em seu significado simbólico, conhecimento representa capital, e esse valor incita o médico à sua apropriação (BOURDIEU, 2005). Para se manterem atualizados, os médicos acompanham

as conclusões de autores especialistas sobre os relatórios de pesquisa, cujas comprovações científicas alimentam a literatura médica. Se os livros médicos se baseiam nesses resultados, é fundamental que tais relatórios sejam absolutamente isentos.

Nesse sentido, já existem estudos que apontam a propensão de pesquisadores patrocinados pela indústria a favorecerem os produtos da empresa. O caráter tendencioso dos ensaios pode estar na simples supressão de resultados negativos, ou quando o pesquisador elogia uma droga, cujos resultados não justificam qualquer entusiasmo. Essa tendenciosidade pode também estar embutida no projeto de pesquisa, como é o caso de ensaios clínicos controlados por placebo (pílula inerte). Isso significa que o medicamento está sendo comparado com coisa nenhuma; e que, se comparado com outros existentes no mercado, podem, na verdade, se revelar menos eficazes do que quando comparados com placebos. Existem ensaios para estudar drogas direcionadas ao tratamento de pessoas mais velhas, cujos testes são feitos em pessoas jovens. Em outros casos, a comparação da nova droga é feita com um medicamento antigo, ministrado em dose excessivamente baixa (ANGELL, 2007).

Na maioria dos ensaios clínicos patrocinados pela indústria para testar novas drogas ou procedimentos, os protocolos são elaborados pelo patrocinador e os dados coletados são integralmente enviados, em estado bruto, para serem analisados pelo patrocinador. Isso significa que a participação dos médicos nas pesquisas não vai além da inclusão de pacientes e da execução dos procedimentos previstos em protocolo padronizado (GUIMARÃES, 2007).

Em estudo recente, o autor (2007) mostra que a situação se complica ainda mais quando se trata da qualificação dos artigos publicados. O mérito e/ou relevância das contribuições científicas são considerados a partir de uma categoria denominada “impacto”, indicado pelo

número de vezes que o artigo é citado em periódicos indexados. Esse “impacto” é fortemente influenciado pelo modo como a pesquisa foi organizada: 1- grandes redes de pesquisadores com potencial para a captação de pacientes que se submetam a protocolos padronizados; 2- remuneração dos pesquisadores por paciente captado; 3- sem garantia dos padrões éticos de pesquisa.

Nos casos analisados por Guimarães (2007), é possível (provável, segundo o autor) que a participação de autores nacionais nos artigos em questão tenha sido irrisória; não obstante, receberão o crédito formal pela autoria, reconhecida pelas instâncias de avaliação da produção de pesquisa no país (CAPES, CNPQ, Fundações estaduais de apoio à pesquisa). Isto representa um potencial enviesamento dos mecanismos de estabelecimento de mérito acadêmico por interesses puramente comerciais, aspecto para o qual, diga-se de passagem, a ciência brasileira ainda não atentou (GUIMARÃES, 2007).

A despeito de tudo isso, em relação ao Brasil, Guimarães (2007) defende que não se deve desestimular ou conter o financiamento de ensaios clínicos pela indústria ou por outras instituições externas, desde que sejam garantidos padrões éticos e práticas republicanas de remuneração por paciente captado.

Aqui, cabe citar como exemplo de todo esse processo o caso da gabapentina (Neurotin®): um medicamento aprovado pela FDA, em 1994, para tratar apenas crises epiléticas não controladas por outras drogas. Com o objetivo de expandir o mercado, a Parke-Davis engendrou um plano chamado “estratégia de publicações” para fazer com que os médicos prescrevessem o Neurotin® para usos não aprovados. O governo americano levou a empresa aos tribunais por essa violação. Em 2004, a Pfizer (que incorporou a Parke-Davis em 2000)

admitiu sua responsabilidade na violação da regulação federal na promoção da gabapentina, encerrando o processo por meio de um acordo com o governo.

Posteriormente, com base na legislação americana que prevê a liberação de documentos sob a guarda do governo (*Freedom of Information Act*), um grupo de pesquisadores obteve acesso à documentação da empresa submetida à corte de justiça (ANGELL, 2007). Através da análise desses documentos, Steinman, Bero, Chren e Landerfeld (2006) identificaram como alvo dos interesses do marketing do laboratório a seleção de três grupos específicos de médicos, a saber: 1- grupo de médicos selecionados em função da relação dólar/prescrição; 2- grupo chave composto por médicos com poder de influência (expositores de programas); 3- grupo formado por líderes, identificados pela atuação nas associações médicas locais.

Com o objetivo de passar a idéia de envolvimento com a prática médica, a Parke-Davis alocou orçamento específico em “programas para residentes”: métodos educativos; pagamento a médicos conferencistas; criação de conselhos consultivos; promoção de encontros de consultores; além de estratégias de pesquisa e publicação. A análise da documentação interna mostrou a enorme extensão das atividades de marketing do laboratório, para muito além da propaganda aberta, apontada por eles como a ponta do iceberg. A maior parte das atividades (e dos recursos) ocorre como propaganda dissimulada, incluindo-se aí todas as estratégias descritas acima (STEINMAN; BERO; CHREN; LANDERFELD, 2006).

Segundo Angell (2007), a partir dos resultados das pesquisas financiadas pelo laboratório, seriam elaborados artigos para publicações especializadas. Empresas de educação médica seriam contratadas para elaborar os artigos e encontrar “autores” para assiná-los. Uma delas, por exemplo, recebeu US\$12.000 para cada um dos 12 artigos jornalísticos que preparou; e

pagou aos “autores” acadêmicos US\$1.000 por assinatura. Num dos relatórios enviados à Parke-Davis, a empresa sinalizou dificuldade para encontrar quem assinasse, e escreveu: “Autor interessado, ainda brincando de esconde-esconde por telefone”. E depois, em letras maiúsculas: “[NOSSA FIRMA] TEM O TEXTO PRONTO, SÓ PRECISAMOS DE AUTOR” (p. 174).

Na medida em que o interesse em financiar pesquisas e interferir em seus resultados está relacionado a estratégias de marketing da indústria farmacêutica, os recursos acabam sendo direcionados aos ensaios que dão resultados satisfatórios, ou seja, que divulguem o laboratório e aumentem o lucro. Apesar dos esforços em manter velados os reais interesses em jogo, o direcionamento enviesado de recursos revela importantes contradições, ou seja, embora o discurso da indústria anuncie colaboração na produção de conhecimento médico, essa colaboração não está comprometida com a Saúde Pública. Isso significa que a realização de pesquisas não tem, a rigor, objetivo de pesquisa; trata-se, portanto, de pseudopesquisa.

Embora o alvo de consumo seja o consumidor final, a indústria farmacêutica direciona um investimento específico ao corpo médico. Com enorme poder econômico, oferece grande variedade de incentivos: promoção de eventos, gastos com viagens, hotelaria, brindes, livros e panfletos publicitários, etc. O discurso de prioridade à saúde e à segurança dos consumidores, na verdade, dissimula o principal objetivo: promover a venda de medicamentos.

O representante da indústria usa a questão da racionalidade médica para manipulação; e toca nos pontos onde o médico é vulnerável. Anunciando uma série de novos medicamentos, corrobora a idéia de freqüentes mudanças no conhecimento médico. No entanto, uma avaliação mais atenta demonstra que a maioria das chamadas inovações farmacológicas

deriva, na verdade, de pequenas modificações em produtos já existentes ou simplesmente de renovação de patente. Se a ciência é manipulada dessa forma, isso nos mostra a importância em desenvolver uma capacidade crítica não só sobre a pesquisa, mas também quanto à qualidade do conhecimento difundido (CAMARGO JR., 2007).

Outro aspecto apontado por Knorr-Cetina (1981) é a luta desigual entre agentes diversamente dotados de capital; uma desigualdade que compromete a capacidade tanto de resistir à imposição de produtos quanto de se apropriar do resultado do trabalho científico. Para os países periféricos, isso configura sérios problemas no interior do processo de negociação da produção de conhecimentos: dificuldade de acesso tanto aos conteúdos quanto aos resultados dos ensaios. Com uma dinâmica condicionada a pagamento, os países da África, por exemplo, acabam ficando, sistematicamente, excluídos dos empreendimentos relacionados à produção científica, mesmo que partes importantes das pesquisas tenham sido feitas em seu território, com sua população.

Dizer que interesses comerciais não devem influenciar nas decisões médicas em favor do paciente é uma concepção consensual. Mediante a ineficácia dos esforços para manejar esses conflitos, novas estratégias precisam ser implementadas: não descuidar de uma regulação rigorosa; fazer uma estrita separação entre atividades comerciais e científicas; além de uma profunda reavaliação da interação entre profissionais médicos, organizações profissionais e indústria.

No Brasil, essa interação pode ser exemplificada pela reformulação periódica do consenso da terapia antiretroviral (TARV) para tratamento de pessoas infectadas pelo HIV, com dois objetivos principais: orientar o Ministério da Saúde na compra e distribuição de

medicamentos e auxiliar médicos no manejo de HIV-positivos, de acordo com as mais recentes evidências científicas.

Em 1996, a Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, assessorada por especialistas em tratamento de aids, formulou o primeiro consenso da TARV para orientar médicos em todo o País. A partir de então, periodicamente, o comitê assessor avalia a inclusão de novas drogas e define novas recomendações. Com 180 mil pacientes recebendo medicamentos anti-retrovirais, o novo consenso terapêutico para adultos com aids foi lançado pelo Ministério da Saúde em outubro de 2007.

Esse processo é um exemplo de como o conhecimento necessário às ações de saúde pode ser apropriado publicamente; de um modo bem menos sujeito às interferências de interesses comerciais e mais de acordo com as demandas da saúde da população.

2- Poder/saber: uma articulação indissociável

Este estudo analisa as relações contemporâneas de poder com o objetivo de compreender a dimensão micropolítica do processo de produção de conhecimento biomédico. Faz isso dentro de uma dinâmica que articula aspectos epistemológicos a interesses econômicos. Apontada por Foucault em *Microfísica do Poder*, essa micropolítica funciona, no âmbito da sociedade, como uma fina rede cuja configuração resulta de um conjunto de posições estratégicas das relações de poder. Tendo como pano de fundo um projeto biopolítico, produz realidades, tais como concepções de saúde, consumo de medicamentos e tecnologias, etc. (FOUCAULT, 1995).

O tópico anterior abordou a questão da produção de conhecimento no contexto de uma engrenagem macropolítica, na qual o poder dominante (representado pela indústria farmacêutica) se articula à indústria do conhecimento, com o objetivo de direcionar interesses. Exercendo-se através de estratégias de marketing (técnicas de poder), condiciona a construção contemporânea de conhecimento biomédico à mesma lógica da produção e distribuição capitalista de mercadorias.

Nesse sentido, considerando o campo de forças da sociedade, a medicina está limitada por um poder que está fora do âmbito especificamente médico. Além de contradizer a pretensa onipotência social da medicina, isso aponta para um processo de colonização da profissão médica. Em função do atrelamento dos interesses da indústria ao significado simbólico atribuído à saúde no âmbito da sociedade, o discurso médico, enquanto fundamento da Clínica

Contemporânea, passou a ser utilizado como estratégia de poder (CAMARGO Jr., 1995, p. 19).

Na lógica de Foucault, é na forma de articulação da relação “poder-saber” (poder ideológico) que o sistema político vigente (poder político) fundamenta (historicamente) sua configuração de poder; ou seja, discurso é poder. Na medida em que conhecimento (saber) está atrelado a interesses econômicos, a própria produção científica funciona como instrumento de poder, e o discurso médico é, então, explorado pela indústria farmacêutica como “técnica de poder”.

Embora exista um marketing com objetivo de consumo, especificamente direcionado à população, cabe ressaltar que o ponto central dessa dinâmica é interferir nas práticas prescritivas dos médicos. Estrategicamente manipulado através de técnicas de poder (colonizadoras), o médico acaba funcionando como o elo de uma cadeia que articula a indústria do conhecimento à garantia de venda dos produtos farmacêuticos. Esse mecanismo alimenta e fecha o ciclo do poder econômico das indústrias: de um lado, a profissão médica “colonizada”, e, de outro, a sociedade “hiper-medicalizada”.

Essas estratégias, além de interferirem no processo de produção e aplicação de conhecimento médico, comprometem a avaliação da eficácia dos medicamentos, pois envolvem os critérios de credibilidade atribuídos ao conhecimento apresentado como novo, com suscetibilidade para substituir condutas vigentes. Tocam em pontos críticos de um processo cuja complexidade envolve a concepção dos médicos sobre a construção do saber, pois a crença dos médicos na cientificidade do conhecimento e na lógica biomédica de sua aplicação é utilizada pela indústria a favor de seus interesses de manipulação (CAMARGO, 2003).

No entanto, é importante destacar que, para Foucault (1997), não existe separação entre conhecimento, de um lado, e sociedade, de outro; nem entre ciência, de um lado, e Estado, de outro. Nenhum saber se forma fora de um contexto de poder, assim como nenhum poder se exerce sem se apropriar de um saber. Porém não se trata de determinar como o poder subordina o saber, impondo-lhe conteúdos e limitações ideológicas. O modo de funcionamento da sociedade repousa sobre um sistema de poder que define o que deve ser constituído como saber (FOUCAULT, 1997).

Quando Foucault diz que “o corpo é uma realidade biopolítica e a medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1995, p. 80), refere-se a uma dinâmica micropolítica em cuja configuração de poder a própria biologia do indivíduo - o corpo e a vida - é a parte principal do sistema de poder, transformando a produção de subjetividade em foco de hegemonia global. É nesse sentido que Foucault inaugura uma nova concepção de poder, dizendo que poder não tem lugar nem forma pré-definida; há conformações de poder, sempre de acordo com as forças em jogo.

Ao considerar a relação poder/saber como uma relação indissociável, Foucault dimensiona o poder do discurso médico na contextualização simbólica do projeto biopolítico contemporâneo - que, entendido como relações de forças, coloca a produção de conhecimento médico nas mãos da indústria farmacêutica (FOUCAULT, 1979).

Direcionada pelo poder econômico, sua razão política se traduz na apropriação ético-político-científica do corpo (realidade biopolítica) e da vida (tendo a medicina como estratégia) pelas sociedades contemporâneas de consumo. No imaginário cultural, essa dimensão é explorada

biopoliticamente na exata medida em que a medicina tem como objeto a doença e que, na prática, o “corpo biológico doente” precisa ser tratado (GOOD, 1999).

Considerando o fundamento biológico como ponto estratégico da articulação entre saber médico e expectativas de mercado, este estudo busca compreender, no continente da biopolítica contemporânea, de que forma o estilo de pensamento médico (FLECK, 1979) é utilizado pela indústria como mecanismo estratégico de poder.

2.1- Poder – na concepção de Foucault

A concepção de poder desenvolvida por Foucault se contrapõe à concepção clássica, construída por Hobbes (2004) com a idéia de Poder Soberano: centralizado, localizado e relacionado à idéia de domínio total, por parte do soberano. Assim pensado, o poder transcende ao homem. Na concepção de Foucault, poder não tem lugar, nem é algo que se possui; é uma relação de forças. A chave filosófica para se compreender o poder assim concebido é pensá-lo como exercício imanente de cada força em seu campo de forças. O poder, apreendido como relações de poder ou relação de forças, atravessa os tempos com diferentes configurações, representações e técnicas estratégicas de poder (DELEUZE, 1998).

A representação de poder não deve ser confundida com configuração de poder. Na verdade, o “lugar” instituído como representação do poder “representa” estrategicamente o poder historicamente configurado. A sociedade medieval conheceu uma configuração de poder com dois tipos de poderes em disputa: o poder político (do Estado), exercido através da força física, por meio de armas; e o poder espiritual (da Igreja), através do discurso religioso, com ameaças de castigo ou promessa de prêmios ultraterrenos (poder/saber) (BOBBIO, 1986).

Na Modernidade, a configuração de poder se fez representar pelo Estado Moderno, que, na articulação poder/saber, surgiu baseado nas leis - a soberania político-jurídica. Em seguida, sob a égide do conceito de soberania nacional, instalou-se o Estado-Nação, que trouxe, em sua articulação poder/saber, a idéia de povo de uma nação (HARDT e NEGRI, 2001).

Com a evolução do capitalismo, a ideologia burguesa - antes predominantemente baseada nos princípios jurídicos - reforçou-se como detentora de um poder/saber, legitimado pelo conhecimento técnico-científico. Esse momento marcou, historicamente, a apropriação da ciência pelo capital e pelo Estado, dando início a uma nova configuração de poder: a ciência tornou-se instrumento dos mecanismos de poder (HARDT e NEGRI, 2001).

Segundo Bobbio, existem três tipos de poderes canônicos: econômico, ideológico e político, que atuam simultaneamente na sociedade. O poder econômico está nas mãos de quem tem os meios de produção; o poder ideológico funda-se em conhecimentos, saberes e doutrinas; e o poder político é o Estado, que tem o direito de se servir da força (BOBBIO, 1986, p. 81).

Na configuração contemporânea de poder - processo de globalização - a força do poder econômico se exerce de forma dominante em relação ao Estado (poder político). Na lógica de Foucault, é na forma de articulação da relação “poder-saber” (poder ideológico) que o sistema político vigente (poder político) fundamenta (historicamente) sua configuração de poder; ou seja, trata-se de uma dinâmica na qual o discurso (saber) funciona como estratégia de poder.

2.2 - Biopoder e Biopolítica: da Sociedade disciplinar à Sociedade de Controle

Historicamente, o Biopoder (disciplinar) sucedeu o Poder Soberano. Em função do acúmulo de capital, surgiu uma nova realidade social: a morte saiu do âmbito do poder e a vida se tornou seu objeto. No poder de soberania, tanto a vida quanto a morte (dos súditos) faziam parte do campo político. No poder disciplinar, o modelo é a individualização - o panoptismo de Bentham¹. A visibilidade, antes localizada no “sujeito do poder” (o soberano), passa para o indivíduo assujeitado, “sujeito ao poder”.

No Biopoder, enquanto realidade da civilização contemporânea, o que está em jogo é a produção e a reprodução da vida. A técnica estratégica é envolver a vida totalmente e administrá-la. O Biopoder, enquanto técnica de fazer viver, reveste-se de duas formas principais: a Disciplinar e a Biopolítica (Poder de Controle) (PALBERT, 2003, p. 57).

No poder disciplinar, a disciplina é dirigida ao corpo, pois é na ação que a disciplina se exerce. O poder faz uma conjugação com o saber, e o saber passa a ser função do poder. O poder quer corpos dóceis e produtivos; o saber auxilia a extrair de cada corpo aquilo de que o poder precisa. Em síntese, a disciplina é um conjunto de técnicas que tem como alvo os indivíduos em suas singularidades (FOUCAULT, 1995, p. 105-107).

O discurso médico dominante surgiu da conjuntura política, econômica e social da Europa do final do séc. XVIII. Em função da configuração de poder vigente, a medicina era exercida através de técnicas disciplinares, com o objetivo de normalização dos indivíduos. Aqui, surgiu o Biopoder, nome dado por Foucault (1995) ao poder disciplinar da Medicina.

¹ Jeremy Bentham, jurista inglês, no final do século XVIII, projetou o panopticon, um modelo arquitetônico de prisão circular com uma torre central; dali, um guarda vigia permanentemente os presos. Foucault inspirou-se no panoptismo para estudar o poder disciplinarizante (“O olho do poder”. In: *Microfísica do Poder*. Jean-Pierre Barou entrevista Foucault).

As práticas médicas e seus dispositivos medicalizantes, em busca do indivíduo normal, se tornaram bens de consumo. A expansão do Biopoder atingiu seu auge em meados do séc. XX com a instalação do modelo disciplinar em todas as instituições sociais, como hospitais, escolas, universidades, prisões etc. Uma vez estabelecida a interdependência entre hospital e saber anátomo-clínico, o hospital se transformou em lugar de cura e ensino; articulando disciplina e saber.

Essa dimensão disciplinarizante da medicina atua como importante instrumento de poder no campo de forças da sociedade contemporânea. Aliada à educação e ao sistema jurídico, determina seu funcionamento e interfere nos processos de construção das realidades sociais. O poder disciplinar mascara conflitos sociais em “problemas médicos”, e opera no sentido da normalização (de corpos dóceis), através de práticas médicas.

O poder medicalizante se exerce através de uma relação de dominação e expropriação de conhecimento. Com enorme peso na sociedade, as concepções de saúde determinam formas de ser e de estar no mundo. Explorada pela mídia, a vida passou a ser uma coisa perigosa; aspectos existenciais foram transformados em doença, criando a necessidade imperiosa de proteção permanente.

Na medida em que a própria biologia do indivíduo passou a ser central no sistema de poder, o Biopoder, associado ao saber científico, assumiu a forma de esquadrinhamento, criando uma nova estrutura social. Fazendo parte de um contexto milionário de consumo planetário, o processo de medicalização é sustentado por um arcabouço teórico - o saber biomédico – ao qual é atribuído o status de Ciência (CAMARGO, 1995).

Ao fazer uma releitura da Clínica Científica, em seu livro *Normal e Patológico*, Canguilhem (2006) estuda a capacidade orgânica de definir normas em relação ao mundo. Foucault se contrapõe a esta idéia dizendo que o organismo não produz normas. As normas é que são impostas pelo espaço social, para produzir “normais”. Nesse sentido, as categorias de normal, anormal e patológico fazem parte de um projeto de Normalização – um projeto de Modelagem Médica (BIRMAN, 2005).

No pensamento moderno, a Biopolítica era apenas um sistema de nomeação por definição. *Bios*: vida. *Polis*: cidade (política). Na década de 70, com a passagem do capitalismo clássico para o capitalismo mundial integrado, surgiu um novo discurso econômico - de tendência neoliberal – acompanhado de enorme avanço tecnológico. Mudanças político-sociais tiveram grande repercussão na área médica, inclusive nos fundamentos tradicionais da prática e do discurso médico.

Coincidindo com o neoliberalismo, um novo jogo de linguagem dá ao conceito de Biopolítica um novo significado. Constituinte da obra de Foucault (1977), a Biopolítica foi concebida como uma dimensão do Biopoder, em “Segurança, Território, População” (BIRMAN, 2005). Foucault forjou o termo “biopolítica” para designar uma das modalidades de exercício do poder sobre a vida, um poder político voltado para os processos biológicos. O objeto do poder é a população, a massa global. “Biopolítica” passou a designar os mecanismos de utilização do corpo e da vida, fazendo do poder/saber um agente de transformação da vida humana, sempre sob domínio explícito do poder (PAL PELBART, 2003).

Com a Biopolítica, uma nova concepção da vida está em jogo. Um novo lugar é atribuído à vida. Uma nova forma de controle do corpo passa a existir no contexto social, relacionado à

produção de riquezas (capitalismo) e ligado à qualidade de vida da população. Assim, em nome da riqueza, em nome da qualidade de vida da população, surge uma nova maneira de controlar os indivíduos - a partir do controle dos corpos no espaço social e através da instrumentalização - a medicalização (BIRMAN, 2005).

O biopoder refere-se a uma situação na qual o que está diretamente em jogo no poder é a produção e a reprodução da própria vida. Segundo Hardt e Negri (2001), a obra de Foucault preparou terreno para uma transição histórica do biopoder: da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, trazendo uma nova configuração biopolítica.

Hardt e Negri (2001), em seu livro *Império*, fazem uma análise dessa transição biopolítica, traçando as principais diferenças na configuração contemporânea do Biopoder. Para eles, o comando social da sociedade disciplinar se faz através das instituições disciplinares, produzindo e regulando costumes, hábitos e práticas produtivas cuja obediência é sustentada por explicações lógicas - parâmetros e limites do pensamento e da prática -, adequadas à “razão” da disciplina, que sancionam e prescrevem comportamentos normais e/ou desviados (HARDT, NEGRI, 2001).

Na sociedade de controle, os mecanismos de comando são imanentes ao campo social. Independente do sentido da vida e do desejo de criação, o poder se exerce, produzindo um estado de alienação. A organização cerebral se dá através de sistemas de comunicação e redes de informação; e os corpos são submetidos a atividades monitoradas e sistemas de bem-estar. Caracteriza-se, portanto, pela intensificação e síntese dos mecanismos de normalização e disciplinarização; mas, diferente da disciplina, ao atuar no interior das práticas diárias, através de redes flexíveis e flutuantes, extrapola as instituições sociais (HARDT, NEGRI, 2001).

Nesse sentido, o projeto biopolítico contemporâneo se exerce através de um Biopoder que regula a vida social por dentro, acompanhando, interpretando, absorvendo e rearticulando. Na medida em que se tornou função integral e vital, abraçada e reativada por todos, em livre e espontânea vontade, o poder, efetivamente, adquiriu comando total sobre a vida da população. Como disse Foucault, “a vida agora se tornou objeto de poder” (HARDT e NEGRI, 2001).

Na sociedade disciplinar, a relação entre poder e indivíduo permaneceu estável: o efeito da tecnologia biopolítica ainda era parcial e a invasão disciplinar de poder correspondeu à resistência do indivíduo. No ritmo das práticas produtivas e da socialização produtiva, o processo de disciplinarização fixou indivíduos em instituições, mas não conseguiu consumi-los completamente, não permeou a consciência e o corpo dos indivíduos de forma integral (HARDT, NEGRI, 2001).

Na medida em que as tecnologias reconheceram a sociedade como o reino do biopoder, ele se tornou inteiramente biopolítico; todo o corpo social foi abarcado pela máquina do poder e desenvolvido em suas virtualidades. Trata-se de uma sociedade que reage como um só corpo, submetida a um poder que atua na totalidade das relações sociais e que vai até os “gânglios” da estrutura social e estende-se às profundezas da consciência e dos corpos da população (HARDT, NEGRI, 2001).

Portanto, nessa passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, pode-se dizer que o capitalismo, finalmente, alcançou uma relação de mutualidades com as forças sociais, o que sempre buscou em todo o seu desenvolvimento. No entanto, se subordinação for entendida na abrangência do próprio *bios* social, ou seja, para além das dimensões econômica ou social da sociedade, a imagem totalitária do desenvolvimento capitalista se desfaz. Para

Hardt e Negri (2001), isso significa que Foucault construiu um paradoxo de poder, pois, ao unificar e envolver todos os elementos da vida social, o poder perde a capacidade de mediar diferentes forças sociais, revelando um novo contexto, de máxima pluralidade e incontornável singularização.

A despeito dessa configuração de poder, que tem como pano de fundo a biopolítica contemporânea, esse estudo segue em sua tarefa de analisar, no contexto atual, as forças dominantes na composição do processo de produção do conhecimento médico. Nesse viés, surge a questão do que é mais importante, o órgão ou a função do órgão. Essa questão é respondida por Foucault, quando diz que é através da função do órgão que se dá a inserção Biopolítica. Para ele, a população a ser “normalizada” é o objeto, em si mesmo, da Biopolítica (BIRMAN, 2005).

2.3 – Saber-Poder: A Dimensão Epistêmica na Configuração de Poder

Como ensina Foucault, através da articulação poder/saber, o saber dominante subordina outros saberes, criando novas representações simbólicas de poder. É nesse sentido que o estilo de pensamento médico (FLECK, 1979) oferece, em sua própria fundamentação, uma condição propícia à exploração pelos mecanismos de poder: os fundamentos técnico-científicos do pensamento médico.

Na medida em que esse “obstáculo epistemológico” é manipulado e utilizado no processo de construção social do saber, é a própria medicina, o estilo de pensamento médico, que se faz vulnerável às técnicas dos poderes dominantes. Isso, no campo de forças da sociedade, se

reflete nas disputas existentes nas relações de poder, colocando em questão a validade do conhecimento produzido cientificamente.

Em seu estudo epistemológico, Fleck (1979) fundamenta filosoficamente a natureza do processo científico, dizendo que a verdade na ciência é definida em função de um estilo particular de pensamento no interior de um coletivo de pensamento. Para o autor, estilo de pensamento diz respeito a uma “construção definida do pensamento” (p. 64), ou melhor, a uma disposição intelectual totalizante, que determina um modo particular de pensar, ver e agir. O coletivo de pensamento refere-se a uma comunidade intelectual, cuja estabilização do modo de pensar se faz pela interação mútua de idéias.

Nessa concepção, não existe verdade absoluta; a concepção de verdade não é uma questão subjetiva. O “verdadeiro” corresponde a uma solução singular, que resulta de um determinado modo de pensar, intersubjetivo ou coletivo. Portanto a inclusão de uma “verdade” em um coletivo de pensamento se impõe pelo processo de socialização; e pode se modificar de acordo com o tempo e com a cultura (FLECK, 1979, p. 155-157).

Incorporando os conceitos filosóficos de Fleck, como sustentação teórica deste estudo, pode-se dizer que, no processo de produção contemporânea do saber médico, o conhecimento “verdadeiro” emerge do coletivo de pensamento médico (comunidade intelectual médica), cuja atribuição de verdade depende da aceitação coletiva e está diretamente relacionada ao estilo de pensamento médico.

Tendo a ciência como estruturante da cultura ocidental, a produção do conhecimento médico envolve a própria racionalidade médica e o conceito de evidência. Se o pressuposto científico

da medicina está na evidência, a chave do conhecimento seguro está na objetividade da própria evidência. No entanto, mediante os mecanismos de manipulação do poder dominante, validar filosoficamente o que a ciência apresenta como construção científica passa por uma análise crítica da natureza dos métodos através dos quais se chegou à evidência.

Nessa perspectiva, há que se considerar que, quando as investigações epidemiológicas são feitas por métodos probabilísticos indutivos, os fenômenos evidenciados nas análises clínicas são apresentados estatisticamente quantificados, o que dificulta a análise dos dados. Por se tratar de uma forma matemática, o que se constitui como problema é que a representação do fenômeno testado sai da condição de probabilidade e adquire dimensão causal. Sob a tutela dos interesses dos laboratórios farmacêuticos, a farmacopéia de redução de potencial de risco nasceu desse engendramento clínico/epidemiológico.

Boaventura (2005) ajuda na compreensão desse contexto, quando diz que a economia transbordou para o social e o debate político foi substituído pelo debate econômico. Trata-se de um campo de forças caracterizado por um estilo do pensamento condicionado à retórica econômica. Submetida a uma articulação entre epistemologia e mercado farmacêutico, a terapêutica médica pode estar se distanciando de um lugar que deveria ser absolutamente ético.

Aqui, pode-se constatar um relativismo contemporâneo, cada vez mais evidente no mundo científico, que se traduz, epistemologicamente, pela dificuldade de identificação de princípios ética, estética e politicamente defensáveis.

2.3.1 - Discurso médico: um estilo de pensamento

O discurso médico técnico-científico surgiu no limiar da modernidade, a partir de uma ruptura do saber médico, transformando fundamentalmente o processo de construção do conhecimento. A incorporação anátomo-clínica ao saber médico significou o nascimento de uma medicina do corpo, das lesões e das doenças. Isso delineou um novo campo epistemológico: a busca pela essência da doença, a partir do exame empírico de lesões. Categoria central do saber e da prática médica, a doença se afirmou como decorrência de uma causa a ser identificada pela caracterização da lesão; e a indicação terapêutica passou a depender da capacidade de atingir a causa (FOUCAULT, 1998).

O saber médico, portanto, além de se apoiar na forma consensual de exercício da prática médica, tem como suporte não enunciado um conjunto de representações que constitui a espinha dorsal da “ciência médica”. Trata-se de uma espécie de “teoria das doenças”, que funciona como uma doutrina médica, dizendo que as doenças afirmam sua existência concreta através de lesões, anunciadas por um conjunto de sinais e sintomas. As doenças devem ser buscadas no âmago do organismo e combatidas por intervenção terapêutica, medicamentosa ou cirúrgica (CAMARGO Jr., 2003).

Para Canguilhem (2006), no entanto, a medicina não deve ser considerada uma ciência propriamente dita, mas “uma técnica de instauração e de restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento” (p. 6-7). Nesse sentido, a produção de conhecimento médico é dominada pela biologia e baseada numa “ideologia” científica, pois, a despeito dos esforços de racionalização científica, o essencial da medicina continua sendo a clínica e a terapêutica. Isso significa que, em função da necessidade de se encontrar o

mecanismo biológico da doença, o determinismo pede a essência da causa, tendo o reducionismo como modelo dominante na construção do saber. De acordo com o autor:

A ambição de tornar a patologia e, conseqüentemente, a terapêutica integralmente científicas, [...] só teria sentido se fosse possível dar-se uma definição puramente objetiva do normal como de fato; e se, além disso, fosse possível traduzir qualquer diferença entre o estado normal e o patológico em termos de quantidade, pois apenas a quantidade pode dar conta, ao mesmo tempo, da homogeneização e da variação. (CANGUILHEM, 2006, p. 26)

Reafirmando seu pensamento sobre a construção de conhecimento médico, o autor cita Comte para defender a independência da biologia teórica em relação à medicina e à terapêutica (p. 65). E reconhece a autoridade inovadora de Claude Bernard ao acreditar na onipotência da técnica, baseada na ciência médica (p. 53). Comum aos dois autores, a concepção de técnica como aplicação de uma ciência é a idéia positivista fundamental: saber para agir. A fisiologia deve explicar a patologia para estabelecer as bases da terapêutica. Em última análise, tanto para um quanto para outro, o procedimento lógico parte do conhecimento fisiológico experimental para a técnica médica (p. 64).

Tendo em vista esses aspectos, a dimensão epistêmica da medicina é permeada por duas tendências conflitantes: a das certezas, onde a lógica é determinista, ou seja, existe causalidade; e a das probabilidades: interpretadas e utilizadas (manipulação estratégica de resultados) como se fosse determinista. As duas tendências não se opõem, mas fazem parte de campos disciplinares diferentes. O problema é que, em função da racionalidade, o estudo das

causas acaba privilegiando a lógica determinista, colocando a experiência de um lado e a ciência/tecnologia de outro.

A autoridade epistêmica tem peso expressivo no exercício da profissão médica, mas, conforme diz Weisz (2002), na hora de produzir enunciado, a idéia de objetividade elimina a agência humana. Isso, na medicina, funciona como obstáculo, pois, na medida em que o conhecimento considerado verdadeiro é aquele que independe da agência humana, elimina-se, da prática médica, sua dimensão subjetiva. É em função disto que a probabilidade assume a dianteira em busca de regularidade: para trabalhar com elementos aleatórios, filtrar sinais de ruído da variabilidade e observar seus efeitos com técnicas estatísticas.

Embora, na produção de conhecimento médico, existam duas óticas possíveis - a determinista e a probabilística – o que ocorre, na prática, é que os modelos probabilísticos acabam sendo capturados pelos deterministas. Apesar da probabilidade não ser determinista, quando, por exemplo, os estudos apontam que o cigarro provoca câncer de pulmão em 13% dos casos, os dados probabilísticos são assimilados como determinantes e, em função disso, transformados em fator de risco.

Para o filósofo Ian Hacking, a probabilidade é a relação entre a hipótese e a evidência. Isso oculta a explicação sobre a probabilidade e coloca o conceito de evidência como pré-condição da probabilidade. Por outro lado, segundo o autor, para os epistemologistas modernos, o conceito de evidência depende da estabilização do conceito de indução. Embora o conceito de “evidência indutiva” seja impreciso, alguns filósofos recorrem a ele para excluir a evidência atribuída pelas sensações (HACKING, 1975).

A epistemologia moderna considera, como fundamento da evidência, a evidência interna das coisas, a qual precisa ser contextualizada antes do método experimental. Nesse sentido, testar significa dar uma nova “evidência indutiva” à hipótese, ou seja, verificar, de forma racional, a pertinência da hipótese. A ambigüidade dos filósofos em relação à “evidência indutiva” tem, de um lado, a evidência “induzida” pela generalização da lei da natureza, conquistada a partir da observação particular; por outro lado, a “indução” da evidência será, sempre, de uma evidência particular (que emergiu primeiro) para outra particular (HACKING, 1975).

A probabilidade é considerada significativa quando atinge um valor inferior a uma proporção arbitrariamente escolhida para definir a probabilidade de associação aleatória. Embora a autonomia disciplinar da epidemiologia tenha sido reforçada pelo computador, a despeito do aprimoramento progressivo da determinação de significância matemática, a lógica de inferência estatística não mudou.

Configurando uma importante ruptura epistemológica, o processo de associação à estatística significou, para a epidemiologia, a consolidação de seu prestígio epistemológico. Ao assimilar tecnicamente os métodos quantitativos, deixou de ser uma disciplina voltada apenas à descrição de epidemias. Através da análise das causas de doença, a investigação epidemiológica passou a ser a chave de validação dos conhecimentos relativos à teoria das doenças.

Como um ramo da Saúde Coletiva, a epidemiologia passou a utilizar a estatística como instrumento. Adquiriu a capacidade de produzir evidência clínica e, com isso, muitos pesquisadores direcionaram seus estudos no sentido da identificação de fatores de risco. Dessa forma, pode-se dizer que a Medicina Baseada em Evidência nasceu de sua articulação com a Epidemiologia Clínica.

Portanto é da epidemiologia que surgem as doenças como construção teórica, em cujo “corpo teórico”, tal como na clínica, a doença é vista como entidade natural e sem história. Isso significa que, apesar de seu prestígio metodológico na produção de conhecimento, a epidemiologia encontra-se subordinada ao conhecimento biológico e às ciências biológicas. Integrantes da racionalidade médica contemporânea, as evidências epidemiológicas estão sujeitas à mesma ideologia científica (CAMARGO Jr., 2003).

Em epidemiologia, esquematicamente, as relações causais são estabelecidas através da observação de variados grupos populacionais, nomeados em função da presença ou não de causas de doenças. A análise da tabulação resultante é feita através de associações, estatisticamente significativas, entre fatores e efeitos. Foi nesse contexto de “simbiose” entre a epidemiologia e a clínica, dentro do qual uma depende da outra para a elaboração de seus objetos, que a indústria farmacêutica, para atender interesses de mercado, passou a explorar o modelo epistemológico da biomedicina (CAMARGO JR., 2003).

A epidemiologia, para chegar à doença, trabalha com probabilidades, através do método indutivo. É essencial à clínica, pois permite a generalização necessária à inserção da medicina no seio das ciências naturais. Por outro lado, no entanto, o paradigma da clínica é “indiciário” (GINZBURG, 1989); ou seja, ao invés de generalizar, individualiza a partir da leitura dos sinais. Isso significa que a prática médica, por ser extremamente dependente da experiência individual do médico, não se reduz aos critérios analíticos da lógica científica convencional. Em função disso, para adquirir legitimação científica, a medicina precisou invocar a ciência, ou melhor, precisou incorporar o modelo científico para se desenvolver (CAMARGO Jr., 2003).

Nessa dinâmica, os aspectos epistemológicos que fundamentam a intervenção médica são utilizados estrategicamente pela indústria no estudo de causas de doenças e seus respectivos tratamentos. Em função de seus interesses comerciais, a indústria sustenta-se no próprio discurso médico e seus fundamentos, para interferir estrategicamente no processo de construção social do saber médico; ou seja, as técnicas de poder se baseiam em características extraídas da própria lógica do pensamento médico (estilo de pensamento médico).

2.3.2 - Abrangência Probabilística de Risco: Uma Extrapolação das Técnicas de Poder

Fortalecendo os interesses da indústria, existe uma cultura de pesquisa - instalada socialmente - que faz com que a ciência funcione como lugar de poder. Na esteira dessa ideologia, o financiamento de pesquisas tornou-se um elo vital entre produção de conhecimento e desenvolvimento farmacêutico. Isso significa que, em todos os passos do processo de produção e disseminação do conhecimento médico, assim como em suas traduções na prática médica, existe um amálgama entre mercado e pesquisa. Nessa configuração, a doença deixou de ser apenas um acontecimento epidemiológico e passou a ser também um evento de mercado (GREENE, 2007).

Na apresentação e lançamento de novos medicamentos, as estratégias de marketing (técnicas de poder) dos laboratórios farmacêuticos apóiam-se em dois argumentos retóricos principais. Primeiro, o medicamento tem que ser um produto da pesquisa científica. Segundo, tem que ter a finalidade de combater doença.

Quanto à exigência de legitimação científica, as pesquisas clínicas precisam demonstrar cientificamente, de forma apropriada, que o referido medicamento cumpre a eficácia terapêutica anunciada. Atrelado a isso, mediante a “necessidade” de alavancar vendas, a

indústria desenvolveu formas de apropriação criativa de resultados de pesquisa. Fazendo parte de relatórios finais, esses “resultados” são transformados em argumentos retóricos e utilizados como estratégia de marketing na apresentação de novos medicamentos ao mercado.

A “produção de doença” passou a ser importante estratégia comercial, na medida em que convence a população da necessidade de intervenção médica. Esse mecanismo envolve duas questões graves e complexas: patologiza condições fisiológicas e expande o conceito de doença a formas brandas ou pré-sintomáticas, como é o caso da caracterização do “colesterol alto” como doença. Diagnosticado através de dosagens laboratoriais, esse fator de risco, alçado à categoria de doença, indica a necessidade de prescrição medicamentosa (MOYNIHAN e HENRY, 2006).

Angell (2007), ao abordar o poder de influência dos laboratórios farmacêuticos na produção de conhecimentos médico, afirma que “a influência da indústria na pesquisa médica tem como objetivo nítido viciar dados para garantir bom desempenho de seus medicamentos”. Tendo em vista o financiamento de pesquisas como estratégia de interferência em seus resultados, é bastante preocupante que os laboratórios farmacêuticos estejam investindo, cada vez mais, em testes clínicos direcionados a causas de doenças e seus respectivos tratamentos (ANGELL, 2007).

Cabe ressaltar, no entanto, que os estágios iniciais do desenvolvimento da droga são baseados no potencial de mercado. Além disso, em função do envolvimento no financiamento de testes clínicos, os acionistas têm se tornado, cada vez mais, tão responsáveis pelas pesquisas quanto cientistas e reguladores (GREENE, 2007).

Para Angell (2007), embora a retórica da indústria farmacêutica seja baseada em Pesquisa e Desenvolvimento - a bem da ciência - isso não corresponde à realidade. Primeiro, porque o investimento em P&D, quando comparado às despesas com marketing e administração, corresponde a uma parte ínfima do orçamento da empresa (menor até que os lucros). Apesar de a indústria farmacêutica ser a mais lucrativa nos Estados Unidos, o preço cobrado pelos medicamentos tem pouca relação com os custos de produção. Isso significa que, mesmo que o orçamento sofresse cortes drásticos, isso não ameaçaria, de forma alguma, as atividades de P&D (ANGELL, 2007).

Em segundo lugar, porque a indústria farmacêutica não é particularmente inovadora. Poucos medicamentos importantes foram lançados no mercado nos últimos anos. Os produtos apresentados como “novos” são, em grande maioria, “medicamentos de imitação” cuja produção visa uma fatia de um mercado já consolidado. Como exemplo, existem no mercado seis “estatinas” para reduzir o colesterol: Mevacor®, Lipitor®, Zocor®, Pravacol®, Lescol® e, o mais recente, Crestor®, todas variantes da primeira (ANGELL, 2007).

Em terceiro lugar, a indústria farmacêutica é totalmente dependente de monopólios concedidos pelo governo - aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA)², sob a forma de patentes e direitos exclusivos de comercialização. Em função disso, a indústria tem sido extremamente criativa - e agressiva - na invenção de meios para prorrogar direito de monopólio e de patentes; além de despejar dinheiro em manobras jurídicas. Embora sejam, de fato, lucrativas, em vez de priorizar investimento em drogas inovadoras e na moderação de preços, estão investindo pesadamente em marketing e em lobby, para impedir que o governo adote qualquer forma de regulação de preços (ANGELL, 2007).

² FDA – Food and Drug Administration – Órgão Federal americano para controle de medicamentos e alimentos.

Em 1971, os dados de um estudo de avaliação de 228 empresas no Brasil, que representavam 50% das empresas estabelecidas no país, e que detinham 81% de faturamento, levaram a CEME a sugerir “uma concentração maciça de *know-how* e recursos em mãos de grupos extranacionais, descaracterizando o setor e dificultando a implantação e desenvolvimento de novos processos tecnológicos para fabricação de especialidades farmacêuticas”. Essa tendência à incorporação de empresas nacionais às multinacionais foi confirmada pela transferência de controle acionário de 43 empresas no período de 1958-1973. Acompanhada da perda de competitividade, essa alteração significou a diminuição do volume de vendas das empresas nacionais (CORDEIRO, 1978).

No Brasil, esse processo de desnacionalização da indústria farmacêutica iniciou-se na década de 50. Em 1974, existiam 529 empresas farmacêuticas: 460 nacionais e 69 estrangeiras, das quais 10 detinham 100% do domínio dos conhecimentos técnicos e monopolizavam seu uso. “Embora 98% dos medicamentos fossem na época industrializados no país, o eram a partir de manipulações simples, associações entre fármacos ou acondicionamentos, etc.” Isso significa que, “na realidade, 50% dos fármacos, princípios ativos dos medicamentos obtidos por extração, fermentação ou síntese, são importados”. Acrescente-se a isso “que 90% das drogas lançadas no mercado decorrem de pesquisas realizadas no exterior pelas matrizes das grandes empresas multinacionais” (CORDEIRO, 1978, p. 95).

A promoção dos produtos já era feita através de propagandistas ou representantes dos laboratórios, cuja despesa era proporcionalmente semelhante nas firmas nacionais e estrangeiras. A proporção entre salários e comissões de vendas, nas estrangeiras, era de 62,7% e, nas nacionais, de 65,7 %; em relação ao faturamento, era de 12% em ambos os setores (CORDEIRO, 1978).

A força do capital no setor saúde, no Brasil, é representada pelo Complexo Médico Industrial – CMI². Trata-se de um conglomerado que envolve tecnologias e conhecimentos, configurando um conjunto de atividades produtivas do qual faz parte a indústria farmacêutica. Direcionado pelos prestadores de serviços, o mercado de consumo da produção industrial é o motor do complexo médico-industrial. Portanto a dinâmica de acumulação e inovação da indústria depende das relações comerciais (expansão, contração e direcionamento das compras) entre fornecedores e prestadores de serviços (GADELHA, 2003).

Em função de ter um enfoque dinâmico na economia da saúde, o CMI destaca-se politicamente pela participação de grupos de interesses privados e pela atuação da sociedade civil organizada na elaboração de políticas públicas. No contexto institucional, destaca-se por sua relação com as instituições de ciência e tecnologia (GADELHA, 2003).

Reforçando esse processo, é possível constatar que, no campo de forças da sociedade, concepção de saúde e conhecimento científico têm o mesmo peso. Considerando o discurso como estratégia de poder, na medida em que as práticas médicas tornaram-se bens de consumo, o complexo médico-industrial foi assimilado pelo imaginário cultural como recurso indispensável à assistência médica de qualidade. Na perspectiva disciplinarizante de Foucault, trata-se de um dispositivo medicalizante que passou a compor o repertório de reivindicação popular, reforçando o processo de medicalização e sanitização da sociedade (CAMARGO Jr., 1995).

² O CMI é composto por dois grandes segmentos: setores industriais - indústrias de base química e biotecnológica e indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais - e setores prestadores de serviços: Hospitais, Ambulatórios e Serviços de diagnóstico e tratamento (GADELHA, 2003, p.524).

Uma vez que esses processos nem sempre são transparentes, trata-se de um conflito de interesses, que envolve valores éticos, políticos e científicos. A interferência da indústria farmacêutica na produção de conhecimento, baseada na dinâmica de consumo, toca em pontos críticos da dimensão epistêmica da medicina, pois, na medida em que o interesse econômico dá a direção do que é, ou não, empírico, a credibilidade do processo de construção de conhecimento fica comprometida (GREENE, 2007).

Considerando que o conhecimento tem papel chave no processo de decisão médica, a substituição de condutas vigentes por um conhecimento apresentado como novo precisa estar ancorada em legítimos critérios de credibilidade. Entretanto, para além da falsa concepção de que a ciência produz verdades absolutas, o mundo médico vive hoje a contradição da credibilidade; uma condição que vulnerabiliza os médicos e coloniza a profissão médica (CAMARGO JR., 2007).

Hoje, potencializando essa realidade, valores científicos, políticos e sociais do discurso da saúde influenciam de tal forma que basta que um conhecimento científico seja divulgado para que ele tenha que se transformar o mais precocemente possível em intervenção, tanto individual como coletiva. Enquanto dimensão biopolítica da medicina, é esse processo de sanitização da vida que dá continente à doutrina contemporânea de prevenção farmacêutica. Além disso, por não envolver só o médico, pois não existe doença, o alcance populacional pode adquirir grandes proporções.

A confluência de marketing e epidemiologia tem permitido que medicamentos se tornem cruciais na definição e promoção filosófica de doença. Na medida em que a doença se tornou, simultaneamente, evento epidemiológico e evento de mercado, configurou-se uma peculiar e

complexa relação entre medicamento e doença, risco e diagnóstico, medicina e mercado (GREENE, 2007).

A verdade é que a concepção de causa de doença pode mudar em função de mudanças no conhecimento médico. Por exemplo, com o surgimento da doutrina médica moderna, os primeiros anatomopatologistas achavam impossível saber causas de adoecimento. Por outro lado, com a microbiologia, surgiu a suposição de que a ação de microorganismos era a causa de todas as doenças. Atualmente, a perspectiva teórica da biologia molecular reedita essa ilusão através da crença de que, com o mapeamento genético, pode-se reconhecer e curar qualquer doença (CAMARGO JR, 1990).

Embora não exista no contexto do saber médico uma conceituação geral do que seria doença, na acepção de Foucault, é possível descrever as doenças como formas discursivas, ao invés de considerá-las preexistentes. Trata-se de uma construção de doença, cujo arcabouço genérico pode ser identificado em três dimensões: explicativa, morfológica e semiológica (CAMARGO JR., 2003).

A dimensão explicativa diz respeito ao processo fisiopatológico da doença, cuja causa é estabelecida pela epidemiologia. A morfológica é a descrição das lesões patognomônicas pela anatomia patológica. Ao microscópio, a lesão é descrita pelo aspecto molecular. Por isso, a parafernália laboratorial dos exames complementares dirige-se, basicamente, à evidência de lesões. A semiológica é a dimensão da clínica, onde a doença é representada por sinais e sintomas. No movimento de inclusão do caso individual à grade nosológica, a clínica se aproxima da epidemiologia, que, ao estudar doenças em populações, torna-se indistinguível da clínica (CAMARGO JR., 2003).

Na atualidade, a relevância dessa questão deve-se ao fato de que a linha entre normal e patológico tornou-se uma alteração numérica. Conectados à probabilidade estatística de desenvolver sintomas no futuro, a pressão alta, diabetes de tipo leve ou colesterol elevado, são diagnosticados como potenciais de risco, através de instrumentos ou técnicas laboratoriais (GREENE, 2007).

Embora a fluidez teórico-conceitual da medicina permita que eventuais “rupturas” epistemológicas não impliquem, necessariamente, rupturas na clínica, a causalidade linear, enquanto pensamento mecanicista, ainda delinea o imaginário científico da medicina contemporânea. No entanto, na nova doutrina de prevenção farmacológica, não existem causas de doença, e, sim, fatores de risco (CAMARGO JR., 1990).

Para Camargo Jr. (2003), a produção taxinomônica de doenças, baseada em descrições qualitativas e quantitativas, é bastante semelhante, quando se articula clínica à epidemiologia. No estabelecimento de causas, cabe à epidemiologia fornecer à clínica a evidência científica necessária a sua legitimação. Na medida em que a “evidência objetiva” revestida de cientificidade advém de modelos matemáticos probabilísticos, dados matemáticos tendem a ser interpretados como critério de “verdade”.

Em relação aos médicos, pode-se dizer que, seja pela reverência dogmática pelo saber científico ou pela falta de bagagem crítica sobre metodologia experimental, os critérios de assimilação do conhecimento acabam não se constituindo em assunto de discussão. Conseqüência disso é que as evidências da experiência empírica, trazidas pela epidemiologia, acabam permitindo a interpretação de dados probabilísticos como fatores causais (CAMARGO JR., 2003).

Isso significa também que, no campo da ciência biológica, a “certeza científica” é dada pela objetividade dos sinais, mesmo na ausência de sintomas. É numa composição em que os sinais são considerados mais objetivos e, portanto, mais “científicos” que os sintomas que a “cientificidade” da doutrina de riscos acaba afirmando fatores de risco, como causa de doença (GREENE, 2007).

Configurando a biopolítica contemporânea, a identificação de fatores de risco, por apresentar grande potencial no desdobramento de recomendações, passou a ser uma “preciosa” estratégia na prevenção. Quando a doutrina de prevenção de risco se estende à totalidade da população, dá-se um salto de abrangência, nunca antes imaginado.

Sustentada pelos *guidelines*, essa prática tem se consolidado como principal fundamento da medicina contemporânea. Apesar de configurar um deslocamento dos fundamentos médicos tradicionais, nas últimas décadas, o número de isquemia e ataques cardíacos nos Estados Unidos declinou significativamente. Além disso, centenas de testes randomizados e testes clínicos “placebo-controlados” têm demonstrado visíveis benefícios na prevenção da doença cardíaca, isquemia, cegueira e insuficiência renal (GREENE, 2007).

Mediante esses dados, a farmacopéia de redução de risco não deve ser vista apenas na perspectiva da estratégia de marketing ou artifício para aumentar o movimento dos consultórios médicos. Embora a promoção contribua para endossar a prescrição de medicamentos, médicos e pacientes não têm sido, simplesmente, subornados pela indústria. A Saúde Pública, por exemplo, tem defendido a ampliação do uso desses medicamentos, através de *lobbies* de cientistas respeitados, eminentes clínicos, pacientes ativistas e comunidades de doenças (GREENE, 2007).

A despeito dessa relativização, sabe-se que, sustentando essa configuração de poder, existe uma engrenagem que subordina conhecimento científico a interesses econômicos. Numa realidade de conflito de interesses, há que se considerar o movimento da Saúde Coletiva, que, ao fazer parte do mesmo campo de forças, tenta direcionar seus interesses em sentido oposto ao da indústria. Numa dinâmica de comprometimento com a saúde pública, investe-se no processo de produção e apropriação de conhecimento em função das demandas de saúde da população.

Além disso, para a Saúde Pública, reduzir custos é essencial. Em função desse interesse, a medicina baseada em evidência evoluiu, pois o guia terapêutico (*guideline*), entre outros, é acompanhado desse enunciado. Com o objetivo de melhorar a qualidade de saúde da população, o *guideline* tem sido defendido como estratégia de organização das ações de saúde. No entanto uma controvertida discussão coloca o problema em termos passíveis de dúvidas: o procedimento é para melhorar a qualidade da saúde ou tem o propósito de aumentar lucros?

A pertinência da segunda hipótese é cabível, na medida em que as forças do poder econômico dos laboratórios farmacêuticos tendem a influenciar na composição do *guideline*. Ou seja, através de estratégias de manipulação, acabam privilegiando, no *guideline*, a farmacopéia de risco. Configurando, assim, uma conduta estratégica de direcionamento a favor de seus interesses, tanto na produção de conhecimento quanto no consumo de seus produtos.

Se a função do *guideline* é orientar a prática, e não limitar ações para evitar custo, cabem esforços do Ministério da Saúde no sentido de emitir *guidelines* direcionados, pelo menos, à atenção básica. Um investimento dessa natureza poderia, certamente, representar um salto de

qualidade nas ações de saúde, além de redimensionar a composição de um importante campo de forças.

IV- Metodologia

Nesta pesquisa, entrevistas semi-estruturadas foram utilizadas como ferramenta de investigação da dinâmica da produção de conhecimento médico sob patrocínio da indústria farmacêutica. A coleta de informações baseou-se em três perspectivas: a forma de inserção do médico nas pesquisas, o processo de construção das evidências clínicas e a compreensão dos médicos sobre a construção contemporânea desse saber.

Por se tratar de uma investigação direcionada a médicos, professores de Medicina, envolvidos em pesquisas patrocinadas pela indústria, foi considerada fundamental a escolha de um hospital universitário como campo de pesquisa. Além de ser *locus* de produção de conhecimento acadêmico-científico, se caracteriza por conjugar assistência médica, ensino e pesquisa. Trata-se de uma instituição pública que, por razões de sigilo, não será aqui identificada.

Conforme protocolo da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, o projeto desta pesquisa foi apresentado, previamente, ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Instituição, que analisou e especificou pendências. Após correções e adequações, o Comitê emitiu parecer conclusivo de aprovação do projeto. Esse processo funcionou como uma sinalização do papel que o referido Comitê de Ética vem desempenhando, no momento, naquela Instituição. Estava implícito que a participação de qualquer profissional médico, em qualquer projeto de pesquisa, dependeria da apresentação primeira de parecer favorável da CEP.

Essa exigência parecia ter a função de salvaguardar o caráter protecionista dos médicos tendo como retaguarda o manto da ética. Apurando esta reflexão pode-se dizer que se trata de uma analogia interpretativa de aspectos bioéticos, que equipara a necessidade de resguardar seres humanos em experimentos biológicos ao cuidado de não desvelar inadvertidamente comportamentos profissionais supostamente inadequados.

Assim, as pendências apontadas pelo Comitê de Ética relacionaram-se à semi-estruturação de questões que deixavam abertura ao entendimento do entrevistado. À solicitação de “indicar como será abordada na entrevista a participação da indústria farmacêutica no processo”, a sugestão do parecerista foi acatada. Para ampliar a visão do “respondente” no que diz respeito à investigação sobre a implícita participação da indústria no processo de pesquisa, foram acrescentadas, ao escopo da entrevista, duas perguntas diretas (APÊNDICE):

- 1) Como se dá o relacionamento entre o grupo de pesquisa clínica e a indústria farmacêutica patrocinadora?
- 2) Qual é a dinâmica de organização/seleção de artigos para publicação, tendo em vista a indústria como financiadora da pesquisa?

Ainda, atendendo à solicitação do Comitê em relação à pergunta “Como você vê a questão do ‘conflito de interesses’?”, foi esclarecido que esta expressão vem sendo utilizada para abordar situações em que não existe convergência entre interesses científicos e econômicos. O “conflito de interesses” tem sido alvo de atenção, especialmente quanto aos seus aspectos éticos e bioéticos. Assimilado como consigna, o termo passou a ser citado nos editoriais de publicação e usado nos congressos médicos, como forma de dar credibilidade pública aos trabalhos apresentados (GOLDIM, 2006).

Considerando que os interesses da indústria nem sempre são coincidentes com os do médico ou da terapêutica médica, a pergunta foi formulada com o objetivo de avaliar de que forma o médico lida com a força do poder econômico da indústria, na medida em que ela prioriza seus próprios interesses. Assim sendo, tornei a pergunta mais explícita: “Como você vê a questão do ‘conflito de interesses’ entre a indústria e a produção de conhecimento médico, nos processos de pesquisa clínica?”

O trabalho de campo desdobrou-se em entrevistas, direcionadas a médicos, professores do Curso de Medicina, envolvidos com pesquisas clínicas patrocinadas pela indústria farmacêutica. Mediante a negativa do CEP de indicar médicos envolvidos com pesquisas com as características apontadas, a escolha dos participantes foi feita através da intermediação de colegas médicos que, por exercerem suas atividades profissionais na Instituição, fazem parte do campo de pesquisa, representam pessoas de confiança e configuram referência de lealdade.

Esses fatores favoreceram a aproximação e seleção dos colaboradores da pesquisa, assim como facilitou a interação entre a pesquisadora e os entrevistados. Para o recorte dos participantes, no universo de indicações, foi considerada, além da diversificação de especialidades médicas, a respeitabilidade profissional no campo médico e a proeminência acadêmica conferida por seus pares.

Agendadas diretamente, por telefone, com cada um dos convidados a participar da pesquisa, as entrevistas obedeceram a um padrão de abordagem no qual a apresentação do parecer conclusivo do Comitê de Ética funcionou como parte do protocolo. Após informações preliminares sobre os objetivos da pesquisa e reiteração do convite de participação, a adesão consolidava-se pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO).

Os entrevistados foram todos do sexo masculino, médicos, com tempo de graduação entre 25 e 36 anos, professores concursados da Faculdade de Medicina da Instituição, com grau de doutorado em diferentes especialidades. Outros detalhes sobre as características dos participantes serão mantidos em sigilo, pois, além de serem poucos, trata-se de profissionais muito conhecidos e, portanto, facilmente identificáveis. Como estratégia de manutenção de privacidade, a referência aos mesmos será feita através de quatro nomes fictícios, a saber: José, Mauro, Sérgio e Luís.

Os três primeiros encontram-se envolvidos, no momento, em ensaios clínicos financiados pela indústria farmacêutica. A inclusão de Luís na pesquisa baseou-se no fato de ter sido presidente de uma Sociedade de Especialistas de projeção nacional, onde eventos, palestras, simpósios, congressos, etc. eram organizados em estreita parceria com a indústria. Também em função de suas tentativas frustrantes para participar de estudos multicêntricos. Em um deles, a ANVISA⁴ não autorizou o uso do medicamento e, em outro, o projeto foi rejeitado pelo Comitê de Ética da Instituição.

As entrevistas aconteceram em salas tranquilas, nos respectivos setores da Instituição, onde os profissionais rotineiramente trabalham. Embora atarefados, com múltiplas funções (ensino, pesquisa e assistência), todos os participantes foram pontuais, receberam-me de forma cordial e permitiram a gravação das entrevistas. Este fato foi atribuído à relação de confiança estabelecida, em função da credibilidade dos colegas médicos de referência. Da mesma forma, pode ser creditado a esse mesmo fato, a favorável disponibilidade na participação e colaboração nas entrevistas, com duração média de cinquenta a sessenta minutos.

⁴ ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O primeiro contato coincidiu com o momento da entrevista, pois todos os entrevistados eram desconhecidos. O *rapport* pode ter sido favorecido pelo fato de eu ser médica e fazer parte do mesmo universo imaginário de referência. Além disso, minha experiência profissional como psiquiatra e psicoterapeuta pode ter propiciado ambiente facilitador de entrevistas interativas.

Por se tratar de um método qualitativo, o significado e intencionalidade dessas atitudes foram valorizados como parte da própria investigação, mesmo sabendo das conseqüências teóricas e práticas desse enfoque. Pois, embora o valor dessa interação seja irrefutável, sabe-se que relações interpessoais implicam aspectos que não podem ser operacionalizados em números e variáveis. Na proposta de Minayo (1992), esse desafio do método qualitativo pode ser ultrapassado pela utilização do conceito de significado. Segundo esta autora, ao invés de quantificar a evidência, deve-se buscar o significado do acontecimento nos meandros da vivência.

Para Minayo (1992), o mérito científico da pesquisa qualitativa baseia-se na transferibilidade dos dados da amostragem a situações com características semelhantes. Uma vez que esta investigação não pode ser quantificada, os parâmetros qualitativos de credibilidade, sugeridos pela autora, foram obedecidos. De forma a permitir que, na revisão entre pares, os resultados obtidos possam ser avaliados, um cuidado especial foi dedicado à descrição dos diversos momentos da pesquisa, considerando características, concepções e procedimentos da amostra estudada.

À transcrição das gravações efetuadas no trabalho de campo, seguiu-se a busca e seleção dos temas recorrentes, que foram agrupados de acordo com a coerência entre eles. Como sugere Spink (2004), a escolha dos temas configurou-se em fundamento estratégico para apreensão das percepções e concepções embutidas no intertexto, cuja análise tem como objetivo

reconstruir o estilo de pensamento médico contemporâneo. Pois, no sentido dado por Fleck (1979), é através do processo de socialização que o “estilo de pensamento” é incorporado ao “coletivo de pensamento” - que, para o autor, diz respeito a uma comunidade intelectual, ou seja, um contexto de interação entre pessoas e intercâmbio de idéias.

Nessa perspectiva, os dados foram interpretados de acordo com a metodologia de Spink (2004), na qual a produção de sentidos é estudada a partir do repertório do discurso médico. Carregada de significado, pode-se dizer que a opinião do entrevistado é uma representação, ou seja, é uma voz resultante de n vozes. Nesse sentido, o objeto de estudo desta pesquisa - o discurso do Professor de Medicina financiado pela indústria farmacêutica para desenvolver pesquisas clínicas - é um ponto de vista protagônico. Ou melhor, a voz, entendida como enunciado de linguagens médicas hegemônicas, configura-se dentro de um contexto no qual o protagonista “da fala” está inserido.

Por outro lado, a despeito deste entendimento, mesmo com a concepção de que o enunciado é povoado de múltiplas vozes, foi impossível abstrair a idéia de que a enunciação diz respeito, também, a vivências singulares e, portanto, tem um autor. Então, propositadamente, com o objetivo de estimular o relato espontâneo de experiências, foram elaboradas perguntas de abordagem ampla, em cuja abertura, embora tenha sido evitado o direcionamento estruturado de perguntas, houve o cuidado da maior aproximação possível com o objeto em estudo.

Na discussão do material empírico, foram mantidos os parâmetros qualitativos de credibilidade. Tendo como referência o conceito de “significado” da evidência, os dados cuidadosamente descritos foram subjetivamente significados e interpretados. Tendo como referência a concepção de Foucault de que a articulação saber/poder médico é indissociável, a análise dos temas selecionados teve, como pano de fundo, a articulação entre interesse

científico e poder econômico. No processo contemporâneo de co-produção de conhecimento médico, considerou-se o papel financiador da indústria farmacêutica, para estudar sua interação com o médico colaborador da pesquisa.

V - Análise e Discussão de Resultados

Considerando o papel de colaborador na pesquisa patrocinada pela indústria farmacêutica, a primeira leitura dos depoimentos serviu para constatar que, uma vez explicitado os objetivos da pesquisa, nas quatro entrevistas da amostragem em estudo, o discurso dos médicos teve sempre como referência sua interação com a indústria farmacêutica financiadora.

Assim sendo, nas leituras subseqüentes do material transcrito das entrevistas, ficou confirmado que todos os médicos participantes desta pesquisa têm estreita relação com a indústria, através da colaboração em ensaios clínicos multicêntricos, entre outros estudos, e/ou como palestrantes, nos programas de educação continuada para divulgação dos produtos.

Pela familiaridade com essa dinâmica, os médicos entrevistados demonstram conhecer os trâmites desta interação e as críticas envolvidas. Na medida em que convivem com o conflito de interesses inerente ao processo, seus discursos buscam coerência com princípios éticos, políticos e científicos.

Cabe registrar que uma médica foi indicada por outros professores, de forma precisa, com a informação de que esta estaria desenvolvendo pesquisa clínica patrocinada por laboratório farmacêutico. Através de contato telefônico, este aspecto foi confirmado e a entrevista foi agendada. Após atraso de uma hora e meia, a médica chegou em seu consultório e desculpou-se por ter que atender, antes da entrevista, os representantes dos laboratórios, que habitualmente recebia naquele horário. Após os esclarecimentos sobre a pesquisa, a médica assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para, em seguida, gentilmente,

sustentar a informação de que não desenvolvia nenhuma pesquisa patrocinada pela indústria farmacêutica. Considerando o caráter voluntário do convite, a análise deste fato aponta para uma possível recusa à participação na pesquisa.

Conforme aborda Camargo Jr. (2007), sabe-se que parte importante das atividades de pesquisa, assim como a produção e distribuição de conhecimento biomédico, está largamente sob controle de interesses comerciais privados. Assim sendo, em suas falas, os médicos entrevistados não descuidam da possibilidade de emitirem opiniões sobre a importância da participação da indústria farmacêutica nos processos de pesquisa.

Considerando o meio universitário como espaço de construção do saber, justificam a participação em pesquisas clínicas. Por outro lado, lamentam o não aproveitamento, por parte da Universidade, da oportunidade de investimento oferecido pela indústria farmacêutica.

“[...] quando a gente entende que investigar é importante [...] tenho trabalhado aqui com essa parte menor, que é a investigação ligada à indústria farmacêutica” (José).

“[...] é muito complexa a construção disso no ambiente da Universidade, que não tem toda uma estrutura organizada para isso. [...] é realmente uma perda de oportunidade” (José).

“Embora o governo tenha investido aqui três milhões e meio de reais para construir uma unidade de pesquisa clínica, para [...], com esses contratos com a indústria farmacêutica, garantir uma independência [...] a instituição não responde como deveria responder” (José).

“Um dos pontos importantes é que, para construir uma pesquisa clínica, tem que ter um ambiente de profissionalização, de resultados de laboratório, das pessoas, da estrutura como um todo” (José).

“Sem isso, você não consegue desenvolver uma pesquisa clínica que possa receber uma auditoria do FDA, ser aprovada, e receber a monitoria constante e ser aprovado” (José).

“É algo que se pode perder a oportunidade de se ter novas drogas, se perdermos esse investimento” (José).

Com evidente assimilação do discurso da indústria sobre os “riscos” inerentes à pesquisa farmacêutica, os entrevistados reconhecem a expansão da área de pesquisa com medicamentos, ressaltando os benefícios clínicos trazidos pela inovação tecnológica. Por outro lado, o aumento do custo na assistência à saúde é atribuído criticamente à indústria farmacêutica.

“Pelos custos das pesquisas multicêntricas [...] a pesquisa farmacêutica é um investimento de risco, pois muitas pesquisas dão resultados negativos ou neutros” (José).

“Os laboratórios estão pesquisando novas armas, novos medicamentos” (Luís).

“Atualmente, eu estou fazendo mais pesquisa clínica, [...] trabalhos relacionados à Epidemiologia” (Mauro).

“Estamos nos preparando para assumir alguns estudos da indústria farmacêutica, para estudar alguns medicamentos novos em diversas áreas” (Mauro).

“A construção do conhecimento (médico) evoluiu mais nos últimos cinco anos do que nos últimos cinquenta anos. Houve uma profunda evolução tecnológica terapêutica” (José).

“Graças às ações preventivas e inovação tecnológica [...] mudou a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas” (José).

“Mas, com certeza, muitos avanços hoje são traduzidos em benefícios clínicos; que não é apenas controle da pressão arterial, ou seja, é o

indivíduo ter menos infarto, menos AVC, menos seqüelas, menos insuficiência renal, e de alguma maneira reduzir custos” (José).

“A crítica que se faz à Indústria Farmacêutica é justamente por esses avanços terem gerado um aumento muito grande do custo na assistência médica” (José).

Mas, também, quando destacam o interesse comercial da indústria, confirmam a argumentação de Angell (2007) de que a maioria dos laboratórios canaliza seus investimentos para propaganda e marketing, ao invés de investirem em inovação. Inclusive privilegiando como estratégia de lucro a reprodução de medicamentos já consolidados no mercado.

“É hoje uma indústria de custo elevado, que tem canalizado também parte de seus lucros e de custos internos [...] investindo em propaganda e marketing, o que “desbalança” essa relação” (José).

“Existem laboratórios [...] interessados em inovação. Tem uns dez. Mas tem muito mais laboratório copiando medicamentos do que inovando” (José).

“É um negócio; se eles investem é porque ganham. [...] as maiores indústrias são as farmacêuticas. [...] e ganham dinheiro em cima de nós, médicos” (Mauro).

“[...] houve um grande avanço tecnológico movido por uma empresa ou grupo de empresas que têm em seu fulcro o lucro (José).

“É, tem o interesse comercial” (Luís).

“[...] quem tem dinheiro hoje para subsidiar pesquisa são os laboratórios. Para eles [os laboratórios] interessa muito” (Mauro).

A maioria dos estudos multicêntricos são pesquisas relacionadas à fase IV, ou seja, trata-se de medicamentos já aprovados, que começam a ser testados com outra indicação. É o caso dos anticonvulsivantes, que passaram a ser usados como estabilizadores do humor. Trata-se de

uma estratégia de marketing da indústria farmacêutica, com o objetivo de ampliar o raio de ação do medicamento e, assim, alavancar lucros.

“São remédios que já são, praticamente, instituídos em outros países. Então, é para ver se o índice de eficácia é igual no Brasil” (Luís).

“Na maioria das vezes, esses estudos são muito importantes, porque o laboratório, para lançar o medicamento com outra indicação (...) tem que vir aqui, testar na população do Brasil [...]” (Mauro).

“[...] surgem como anticonvulsivantes, aí verificam que servem também como estabilizantes do humor e, então, são aplicados na enxaqueca, com a mesma resposta” (Luís).

“Então o que é que acontece? A gente já pega esse doente, geralmente, na fase IV” (Luís).

No que diz respeito à remuneração, alguns médicos que colaboram com pesquisas, ao mesmo tempo em que consideram sua pertinência, procuram passar a idéia de interesse maior em prol da ciência. Mas, na verdade, os contratos para esses trabalhos estabelecem pagamento por paciente recrutado, ou por valor mensal, previamente estipulado.

“Em termos financeiros, a remuneração é muito pouco atraente. Dá muito trabalho e pagam muito pouco. Participar de pesquisa tem que ser pela questão científica, não pelo que se ganha” (Sérgio).

“[...] como investigador principal, ganho cerca de 600 reais por mês. Os investigadores recebem 300 reais por mês” (Sérgio).

“[...] eles remuneram a gente por paciente que a gente incluiu. Eu incluí, no caso, 15 pacientes” (Mauro).

“Seria uma pesquisa paga. Cerca de 120 reais por doente (captado), mais o dinheiro da passagem do paciente” (Luís).

“[...] tem uma política de partilha: uma parte do dinheiro é direcionada à Universidade e a outra é do investigador e das pessoas que participam da pesquisa” (José).

“Em termos de financiamento, ou eles pagam por paciente que você inclui ou eles já definem um valor x para você receber naquele tempo. Mas, geralmente, é por paciente que você inclui” (Mauro).

“Nesta pesquisa [referência de apoio especializado], eu até não recebo nada, mas poderia estar recebendo, porque, por cada consulta [...], eles pagariam em torno de quarenta e poucos reais, baseada na tabela da AMB” (Mauro).

Alguns dos médicos entrevistados explicitam, de forma clara, a natureza da colaboração buscada pela indústria de medicamentos. Em alguns casos, o convite de participação nos ensaios clínicos, sob seu patrocínio, se restringe ao papel de recrutadores de pacientes. Além de dar maior credibilidade aos estudos, os hospitais universitários oferecem maior possibilidade de captação e seleção de pacientes, seja em função da quantidade de material humano, seja pela maior concentração de diversidades patológicas. No caso, os médicos, professores universitários, são os técnicos que melhor reúnem, em seu perfil, os atributos capazes de atender a essa demanda; diga-se, de passagem, muito bem explorados pela indústria farmacêutica.

“O que a gente usa é o recurso humano. A gente tem doente de sobra, e eles [os laboratórios] têm doente de menos” (Luís).

“Isso tem que ser feito dentro dos centros universitários, porque é uma coisa que tem que passar pelo Comitê de Ética” (Mauro).

“Estou participando de um estudo feito com paciente basicamente difícil de encontrar, mas a gente conseguiu selecionar alguns pacientes” (Mauro).

“O protocolo é feito pelo próprio laboratório. Participo simplesmente [...] executando o protocolo, mais nada. [...] sou apenas uma pessoa contratada para o recrutamento de pacientes” (Sérgio).

“[...] eles tiveram que ampliar essa pesquisa, porque eles não encontraram um número n de pacientes, suficiente para estudar melhor o produto e fazer o lançamento. Então eles tiveram que ampliar os centros. Acabaram aqui no Brasil” (Mauro).

Sobre a seleção dos participantes dos ensaios clínicos, os mecanismos utilizados pela indústria farmacêutica são explicitados da seguinte forma:

“[...] meu contato com o pessoal do laboratório foi à época da seleção. Veio um avaliador e um monitor para saber sobre minha formação, currículo e experiência com pesquisas anteriores” (Mauro).

“Em geral, selecionam no computador [...] a partir do teu currículo. Se eles estão interessados em pacientes com “uma determinada doença”; vê quem publica [...] e eles te localizam” (Sérgio).

“Eu recebi um e-mail, nos seguintes termos: ‘Estou escrevendo para o senhor, em nome de fulano de tal, que representa a indústria farmacêutica, com o objetivo de localizar líderes de opinião mundiais, a respeito do manuseio clínico sobre tal doença’” (Sérgio).

“Quer dizer, [...] ele entra na Internet e, como ele diz claramente, ‘nós realizamos algumas pesquisas bibliográficas e notamos que você, recentemente, publicou nessa área’. E perguntam se eu tenho ‘*participation personal interesting in clinical treatment*’” (Sérgio).

“[...] em geral, pedindo que eu aponte 6 a 8 formadores de opinião, ou experts da área [em estudo], no Brasil e no mundo, que eles possam contactar” (Sérgio).

Nos projetos multicêntricos, financiados pela indústria farmacêutica, existe uma série de exigências na escolha da instituição, dos participantes da pesquisa e organização da equipe, cuja dinâmica é definida pelos entrevistados como complexa, trabalhosa e criteriosa. Para alguns, isso tem um particular significado de rigor e seriedade por parte da indústria.

“É uma trabalhadora danada, porque eles são muito rigorosos nos formulários. É muito ‘formulariozinho’. A gente manda [...], eles mandam de volta” (Mauro).

“[...] quando eu designo alguém, tenho que mandar todos os dados para o laboratório. Dá muito trabalho, eles são muito rigorosos e exigentes. Essa planilha aqui, por exemplo, mostra o nome das pessoas envolvidas, a função que cada um exerce e quanto ganha por mês” (Sérgio).

“[Essa pesquisa] passou por uma avaliação muito rígida. Estava tendo dificuldade [...] mas, com o tempo conseguiu ser escolhido” (Mauro).

“Então é um estudo muito sério, muito sério mesmo. Tanto é que teve uma pesquisa que a gente não pegou, [...] não estava dentro das especificações” (Mauro).

“Muitas vezes eles são muito rígidos nos critérios, porque são estudos que vão ser publicados em revistas internacionais de alto impacto; e as revistas são muito rigorosas nessas análises” (Mauro).

“A pesquisa sobre [esse medicamento] já está em andamento há quase dois anos. É uma pesquisa que inclui o Brasil. Nós fomos um dos centros escolhidos, tem um em São Paulo e outro, eu acho, em Minas” (Mauro).

“Eles estavam com dificuldade de incluir, porque eles são muito rigorosos na entrada, na escolha desses centros” (Mauro).

Trata-se de uma estrutura organizacional composta por um encadeamento de papéis hierárquicos, com diversos graus de responsabilidade. Existe uma equipe da própria indústria farmacêutica que se articula a firmas terceirizadas, compondo uma complexa cadeia de coordenadores, monitores e investigadores/colaboradores locais, nacionais e internacionais.

“[...] todo estudo tem um investigador principal local - *PI (Principal Investigator)*” (Sérgio).

“O PI desse estudo sou eu. Então eu seleciono [...] um coordenador do estudo, que vai ser meu braço direito na gerência administrativa do projeto; [...] escolho a equipe médica, os investigadores e, eventualmente, algum médico de apoio” (Sérgio).

“Tive oportunidade de ser coordenador de projeto de pesquisa local e de ser coordenador nacional de um ensaio clínico, fazendo parte de uma rede de colaboradores” (José).

“Os investigadores (principais) não são, obrigatoriamente, médicos da indústria farmacêutica, mas professores universitários da América e da Europa, que conseguiram apoio da indústria para desenvolver a pesquisa ou foram solicitados pela indústria para participarem de um ensaio clínico para validação de uma hipótese terapêutica” (José).

“Não é bem o pessoal do laboratório que vem. Eles contratam uma firma, que funciona com um monitor específico, que vem de vez em quando” (Mauro).

Na prática, essa composição organizacional se constitui em distanciamento estratégico, tanto entre os membros dos diversos braços da pesquisa quanto entre os múltiplos centros onde a investigação foi implantada. Essa dinâmica pode ser traduzida como uma intencional e perversa incomunicabilidade, entre o coordenador internacional central da pesquisa e o investigador principal local de cada ensaio clínico.

Estrategicamente elaborada, a movimentação programática, com ares de monitoramento rígido de critérios científicos, não passa de uma usina de produção de evidências clínicas, cujo cenário, em si mesmo, precisa transmitir credibilidade e legitimidade científica ao conhecimento produzido.

“Existe a figura do monitor, responsável pela pesquisa, que monitora o andamento da pesquisa durante cada período, para verificar a rigidez dos critérios que eles estabeleceram” (Mauro).

“Ninguém tem acesso. Todos os contatos são feitos através de mim ou pelo coordenador do estudo. Assim mesmo, o Coordenador do estudo, na maioria das vezes, ele passa por mim” (Sérgio).

“Atualmente, não tenho tido mais contato. Quem recebe a visita é o coordenador do projeto” (Mauro).

“Quando você tem um estudo como esse que tem áreas diferentes atuando, você fica meio isolado na pesquisa. A gente entra em contato, um com o outro, a gente conversa, mas é mais através de papel. Não tem muito contato direto, não” (Mauro).

“Às vezes tem uma reunião com todo mundo, porque são várias pessoas de áreas diferentes. É uma parte especializada para cada pesquisa” (Mauro).

Quando se referem à elaboração dos protocolos dos estudos multicêntricos, os médicos verbalizam, de forma clara, os mecanismos através dos quais a equipe da indústria patrocinadora os exclui do processo.

“Geralmente ocorre assim: chamam você para uma reunião na fase preliminar, discutem em que ponto o projeto está” (Sérgio).

“Quando se é um investigador principal de um trabalho desse tipo, a gente participa de uma discussão de um protocolo que já foi discutido e aprovado” (José).

“O protocolo é feito pela equipe do próprio laboratório. Eu não participei do desenho do protocolo.” (Sérgio).

“Os critérios são estabelecidos por eles. São defendidos por eles. O protocolo é todo deles, e são critérios extremamente difíceis. Os exames, a gente tem que mandar para eles. Os laboratórios são designados por eles” (Mauro).

Nesse contexto, embora seja possível evidenciar, em um dos entrevistados, a ilusão de participação ativa nas decisões, na verdade, os convites para reuniões, com promessas de discussão, parecem não passar de mera formalidade para legitimação do processo.

“Nesta fase, [...] tem muita oportunidade de estar acrescentando ao protocolo mais itens. A discussão é mais ampla [...], leva-se um conjunto de questionamentos, discute-se com os coordenadores nacionais” (José)

“[...] se existe algum tipo de problema bioético, você tem toda liberdade, ou para não aceitar o projeto, ou para encaminhar uma sugestão para o coordenador nacional para que ele possa entrar em contato com os investigadores centrais do trabalho” (José).

“É uma visão superficial pensar que a indústria farmacêutica empurra goela abaixo o protocolo que ela quer. Na realidade, isso existiu durante muito tempo. O foco da pesquisa era olhado pelo aspecto da eficácia” (José).

“[...] uma versão final [do projeto], aprovada por investigadores internacionais [...] é, então, encaminhada para os diferentes centros” (José).

Em um dos estudos multicêntricos desenvolvido por um dos colaboradores, o protocolo da pesquisa foi apresentado fechado. Na medida em que o convite de participação significou adesão a um ensaio clínico em andamento, com grande número de pacientes já recrutados, a possibilidade de qualquer alteração no protocolo foi praticamente nula. No entanto a reunião anunciada para discussão do protocolo aconteceu.

“Chamaram-me para a reunião. Conheço as perguntas e participei até da discussão, de modificações do protocolo.” (Sérgio).

“[...] eles admitem pequenas mudanças no protocolo; se você der uma opinião relevante, eles podem até mudar alguma coisa, mas, na maioria das vezes, não” (Sérgio).

“Nesse trabalho, por exemplo, o trabalho já estava em andamento com mais de 1400 pacientes recrutados” (Sérgio).

“Foi a minha primeira experiência nesse tipo de trabalho multicêntrico, internacional, nos Estados Unidos, na Europa, no mundo inteiro” (Sérgio).

“Eu sou apenas uma pessoa contratada para o recrutamento [de pacientes]. Participo, simplesmente, [...] executando o protocolo, mais nada” (Sérgio).

Na perspectiva apresentada, é possível apreender, a um só tempo, as dimensões éticas e científicas de um estudo que envolve uma enfermidade grave, cujo medicamento avaliado direciona-se ao tratamento de uma complicação da doença, ou seja, de um agravamento do quadro. Os pacientes são rotineiramente acompanhados pelos investigadores de acordo com o protocolo do estudo, anotando, registrando e informando.

“A pergunta que essa pesquisa procura responder é: se a gente tratar a anemia no paciente diabético, que tem insuficiência renal crônica, ainda na fase pré-dialítica, isso diminui a mortalidade cardiovascular?” (Sérgio).

“Esse trabalho procura usar um medicamento que interfere com a síntese de glóbulos vermelhos. Se os pacientes que têm o hematócrito controlado [...] teriam menor mortalidade cardiovascular” (Sérgio).

“Como investigador principal, não vejo esse paciente. [...] Dois sub-investigadores [...] vêm os doentes, numa periodicidade previamente estabelecida; ou sempre que o doente julga necessário” (Sérgio).

“Se o paciente internar num hospital de convênio, fora daqui, nós temos a obrigação de ir lá e saber o que aconteceu, [...] ver que intercorrências o paciente teve” (Sérgio).

“Nós nos comportamos como responsáveis por todas as informações do paciente, mesmo que ele, por acaso, tenha um plano de saúde e seja internado em outro hospital. Temos que ir lá” (Sérgio).

Embora esses pacientes, recrutados e incluídos nesse ensaio clínico duplo-cego, demandem permanente vigilância clínico-laboratorial, os médicos envolvidos na investigação, além de não terem acesso aos resultados dos exames laboratoriais, não sabem se estão administrando placebo ou substância ativa aos pacientes que estão sob seus cuidados médicos.

“Então o que é que a gente faz? É um estudo duplo-cego. Na verdade, não sabemos o que estamos administrando. Toda a medicação vem pelo correio, para ser administrado em seringas idênticas” (Sérgio).

“Eu não tenho acesso aos valores de hemoglobina [dos exames] que o laboratório faz. [...] Não tenho acesso, mas ele me informa o ponto crítico” (Sérgio).

“Agora, se um doente passar mal, a qualquer hora, e entrar na emergência, qualquer médico pode pedir o hematócrito e saber qual é o nível de hemoglobina. Quer dizer, essa questão não envolve ... [risco maior?]” (Sérgio).

Segundo relato do investigador principal, fazendo parte do protocolo, existe um ponto de salvamento, cuja necessidade de disparo é indicada pelo hematócrito⁵ e pelo nível de hemoglobina⁶, ambos verificados no exame de sangue. Quando o índice de hemoglobina está igual ou menor que 9 (nove), por envolver risco para o paciente, caracteriza uma emergência.

⁵ O hematócrito é um índice, aferido no exame de sangue, calculado em porcentagem, definido pelo volume de todas as hemácias de uma amostra sobre o volume total desta amostra. Os valores referenciais normais, no adulto, variam no Homem, de 40 - 50% e, na Mulher, de 36 - 45%. Na insuficiência renal crônica, é considerado normal o hematócrito entre 33% e 36%.

⁶ A hemoglobina (frequentemente abreviada como Hb) é o pigmento que dá cor aos glóbulos vermelhos. É uma metaloproteína que contém ferro e tem a função de transportar oxigênio aos tecidos. Na insuficiência renal crônica, o nível considerado normal varia de 11g/dl a 12g/dl.

Nesse ponto crítico, a indústria avisa ao médico investigador que o paciente precisa ser urgentemente tratado. Sobre essa circunstância, talvez seja redundante ressaltar que esse ponto de salvamento é demandado pelos pacientes que “cegamente” estão usando placebo.

Considerando que o “limite” de risco está nas mãos da indústria, e não sob controle do médico assistente, cabe mencionar as considerações de Sayd (2006) sobre o afastamento do médico de valores tradicionais da medicina. Ao abordar a incorporação dos avanços tecnológicos à prática médica, a autora reconhece um deslocamento na relação médico-paciente, tais como perda de autonomia e perda do monopólio do cuidado sobre o doente.

“[...] tem um ponto de salvamento, quer dizer, se, por acaso, o hematócrito do paciente cair abaixo de 9, que é considerado risco para a pessoa que está sendo tratada no ponto cego, o Laboratório Central diz: Olha, você está com um doente no ponto crítico, com hematócrito 9 ou menos, você precisa tratar desse doente” (Sérgio)⁷.

“Ele [o laboratório] avisa, porque, como é um estudo controlado com placebo, corre o risco das pessoas que não estão tomando o remédio ficarem criticamente anêmicas. Mas há a preocupação de um limite, que é detectado pelo laboratório” (Sérgio).

A discussão sobre a dimensão bioética do uso de placebos ganhou sustentação, também, por parte de outro médico entrevistado. Por envolver o uso de placebo, teve seu projeto de pesquisa recusado pelo Comitê de Ética da Instituição.

⁷ Na gravação da entrevista, a referência ao hematócrito não deixa dúvidas. No entanto, um hematócrito de 9 é tão absurdamente baixo que é impossível descartar a possibilidade de um engano. É possível que o entrevistado tenha falado hematócrito quando na verdade estava se referindo ao valor da hemoglobina. O que não muda em nada a linha lógica de análise quanto aos riscos aos quais o paciente está sendo submetido na investigação.

“Há algum tempo atrás, a gente tentou desenvolver uma pesquisa. Mas envolvia o grupo placebo” (Luís).

“Só que o Comitê de Ética daqui, não autorizou o uso de placebo. [...] Não sei o porquê, mas eles acham que vai prolongar a dor” (Luís).

E, favorável ao uso do placebo, toma como reforço argumentativo o referencial da Sociedade Internacional de sua Especialidade que, segundo o relato, não só aprova a utilização de placebos nos ensaios clínicos, mas também condiciona os trabalhos a esse protocolo.

“É interessante você ter o grupo placebo, porque, se você considerar que 30% dos placebos funcionam [na dor], quer dizer, se você der o placebo em uma população de 100 doentes com dor, cerca de 30% dos indivíduos vão responder” (Luís).

“Então é uma obrigação da gente dar placebo. Isso é dito na literatura mundial; sem isso, a Sociedade Internacional não aceita como trabalho” (Luís).

“A gente bolou um esquema de dar o remédio, que [...] sabia quem estava usando substância ativa e quem estava usando placebo” (Luís).

“A gente estipulava: se ficar com dor até duas horas depois do uso da medicação, pode recorrer a um dos medicamentos que está acostumado a usar, para abortar a crise. Mas nem assim eles deixaram” (Luís).

“Agora, aqueles doentes [...] que têm o recurso de encontrar o pesquisador a hora que ele quiser, tem um hospital desse porte para atendê-lo, [...] e, mesmo assim, [o projeto de pesquisa] não é aceito?” (Luís).

Mostrando-se contrariado, informa que isso tem sido freqüente em suas tentativas de desenvolver estudos clínicos. Critica a atuação do Comitê de Ética, considerando-a impeditiva

da evolução de pesquisas com medicamentos, atribuindo ao comitê uma falta de visão científica.

“Ainda não tive a oportunidade franca de testar uma medicação nova. Bem que eu gostaria” (Luís).

“[...] eu já tive [dificuldades com o Comitê de Ética] várias vezes. Inclusive, a gente perdeu uma posição excelente; um trabalho multicêntrico internacional com um tipo de medicamento. Eles não deixaram” (Luís).

“Era o laboratório Jansen. Era [...] a Dinamarca, [...] os Estados Unidos fazendo ao mesmo tempo. E o Brasil foi privilegiado [na escolha], [...] mas eles não deixaram. Morreu. Parou aí. Aí, o Peru, a Bolívia fazem” (Luís).

“[...] com um dos laboratórios, a gente tentou fazer a pesquisa e a Anvisa proibiu. [...] nos Estados Unidos, começou a fazer efeitos colaterais na pesquisa de lá, e eles, então, não permitiram que fosse testado aqui” (Luís).

“Se [...] os Comitês de Ética tivessem um conceito mais uniforme [...] facilitaria muito essas pesquisas com medicamentos” (Luís).

“Eu entendo isso como uma completa falta de visão científica” (Luís).

“[existe] a necessidade de mudança na visão do Comitê, sem a qual eles vão matar parte da pesquisa, principalmente na evolução de medicamentos” (Luís).

Mantendo uma argumentação fervorosa sobre o uso de placebo nos ensaios com medicamentos, o entrevistado, por não considerar nenhum comprometimento bioético na sua proposta, questiona, inclusive, referenciais éticos tradicionais da prática médica. Relativiza e minimiza o sofrimento do “pobre” que busca atendimento no hospital universitário, atribuindo ao mesmo uma possibilidade de tolerância à dor, indefensável perante os princípios humanos mais elementares.

“A pesquisa é natural. Você faz em voluntários, faz socialmente e, por que não, essa restituição ao uso de medicamentos, a observação de um produto na tentativa de melhorar” (Luís).

“Claro que tem os preceitos, todos os critérios para proteger o indivíduo. Você não vai usar um remédio que já foi pesquisado, [...] e não aprovado” (Luís).

“Porque o pobre, às vezes, vem aí para o Pronto Socorro depois de estar seis horas com dor. Por que é que ele não pode ficar duas [horas] sem alívio de uma dor?” (Luís).

“Em tese, porque, se ele [o paciente] não estiver usando o placebo, pode ser que fique [com dor] só por meia hora. Então [...] ele tem chance [de se aliviar da dor]” (Luís).

“Eu acho que essa visão, para o meio universitário, [...] deixa muito a desejar” (Luís).

“Porque [...] vai haver um termo de consentimento esclarecido, [...] aporte médico em qualquer recurso, nas 24 horas, telefone do pesquisador, inclusive telefone celular. Então eu não via dificuldade nenhuma” (Luís).

Um dos projetos de pesquisa multicêntricos, do qual participam três dos médicos entrevistados, envolve diferentes especialidades no estudo de uma mesma substância, patrocinada pela mesma indústria farmacêutica. Na medida em que, na dimensão bioética, o uso do placebo oferece risco ao paciente, o limiar de argumentação da discussão é, no mínimo, questionável.

Baseada na busca de benefícios clínicos para pacientes renais crônicos (objeto do estudo), trata-se de uma droga cuja aplicação relativiza, de um lado, um alerta do FDA (*Food and Drug Administration*) em relação ao risco cardiovascular no processo evolutivo dessa patologia, e, de outro, a existência de estudos que sinalizam melhora da condição clínica

desses pacientes. Os relatos abaixo dão subsídios à verificação de possíveis contradições na abordagem de uma investigação que já se encontra em andamento.

“[...] é uma droga que tem recebido alerta do FDA em relação a risco cardiovascular quando corrige a anemia, principalmente em paciente renais crônicos” (José).

“As pessoas [dos laboratórios] estão preocupadas com quem tem insuficiência renal crônica na fase pré-dialítica, porque aqueles que entram em diálise são sobreviventes. A grande maioria morre de intercorrências cardio-vasculares” (Sérgio).

“Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre o uso de um medicamento que está em fase de discussão no Comitê de Ética em Pesquisa” (José).

“É o laboratório *American Generic* – AMGEN, [...] que ainda não tem nenhum medicamento no Brasil” (Sérgio).

“Essa pesquisa [...] é muito importante, porque [...] os pacientes que evoluem para insuficiência renal crônica fazem anemia, e a gente tem dificuldade para tratar” (José).

“[...] existem alguns estudos que sinalizam que a melhora da anemia melhora a condição clínica desses pacientes” (José).

Quanto aos resultados das pesquisas, o acesso total aos mesmos é de exclusividade dos coordenadores centrais, componentes da equipe da indústria. Em nome do sigilo, de um suposto rigor na condução dos ensaios clínicos, os médicos não têm nenhum acesso a dados parciais da investigação, tais como dosagens de medicamento ou resultados de exames laboratoriais. Essa sonegação de dados essenciais correlacionados ao uso de placebo, abstrai do médico investigador a possibilidade de saber, até mesmo, que paciente está em uso de placebo ou de substância ativa.

Na mesma medida em que busca imparcialidade e objetividade de resultados, isso impossibilita a análise subjetiva de respostas clínicas - uma dimensão, diga-se de passagem, imprescindível na correlação medicamentosa dos mecanismos patológicos subjetivos.

Conforme constatado nos depoimentos, os resultados são apresentados sob a forma de resumos, após serem avaliados e selecionados por pessoal designado para essa função.

“Quando é estudo cego, a gente não sabe de nada. A gente não sabe se o paciente está usando ou não a substância” (Mauro).

“A base de dados desses trabalhos não é pública, fica sob a tutela dos ‘sponsors’ da indústria farmacêutica e dos investigadores centrais” (José).

“Os colaboradores regionais podem ter acesso [...], desde que entrem em contato com esses investigadores principais do trabalho” (José).

“Eles dão retorno sobre questões específicas” (José).

“Os resultados são apresentados depois de [...] serem submetidos a resumos” (José).

Explicitado nos discursos, existem contratos em que participar na publicação de resultados faz parte do acordo; mas, em outros, o investigador é levado a assinar um documento, abrindo mão de sua participação. Dessa forma, a publicação de artigos, contendo os resultados das pesquisas, está sob poder absoluto dos interesses da indústria farmacêutica.

“[...] um dos acordos [...] é que haja publicação dos resultados que foram achados” (Luís).

“[...] eu não sou co-autor do trabalho, quando ele for publicado. Nada. A gente assina um documento concordando que vai ser assim” (Sérgio).

“[...] existe sim uma ‘forçação’ de barra muito grande do laboratório. É óbvio que eles são importantes; hoje em dia, não se faz pesquisa

sem laboratório, não se faz um congresso sem laboratório, não se publica uma revista sem laboratório” (Mauro).

“Hoje, sem anúncio, você não mantém uma revista médica. Então essa é a realidade. O laboratório tem uma função importante nesse aspecto. Até porque eles investem muito, muito em pesquisa, muito mesmo, muito dinheiro” (Mauro).

Conforme aponta Angell (2007), os *ghost-writers* contratados pela indústria farmacêutica são “cientistas fantasmas” que assumem a autoria de um estudo do qual não participaram. Na medida em que esse fato, em si mesmo, já significa manipulação dos redatores originais da pesquisa, cabe questionamento ético sobre interesses no ocultamento de seus resultados.

“Eles é que avaliam o que vai ser publicado. Pegam os dados desses pacientes, fazem a análise dentro de uma avaliação rígida e, aí então, é que vai sair uma publicação. Aí, sim, vai entrar o nome da gente e de todos os centros que participaram do estudo” (Mauro).

“Eu não publico nada. Já está no contrato. Sou apenas um recrutador de pacientes” (Sérgio).

“Mas, na prática, nós não escrevemos o artigo; nós ajudamos a fornecer os dados, mas não escrevemos. Tem uma pessoa que escreve.” (Mauro).

“Se participar, publica; recebe a chancela da publicação. Pode publicar fragmentos do trabalho, mas tem que ser submetido a uma burocracia. Você encaminha a um comitê central a sua hipótese de trabalho. É feita uma análise por parte dos investigadores principais da Indústria Farmacêutica. Com anuência do Coordenador Geral do estudo, se é aceito, você publica com o grupo de pesquisadores.” (José).

“O controle é feito no sentido dos desdobramentos da pesquisa. No *draft* da pesquisa clínica já ficam definidas as perguntas das quais não é possível se distanciar” (José).

“Tem outros estudos, como o que foi feito agora recentemente, que tem um camarada que é responsável por sentar e realizar tudo, para escrever e publicar o artigo” (Mauro).

Ao abordar o poder da indústria farmacêutica na produção de conhecimento médico, Angell (2007) destaca a influência da indústria na pesquisa médica dizendo que “o objetivo nítido era o de viciar os dados para garantir que seus medicamentos apresentassem bom desempenho” (p. 16).

Nesse sentido, a divulgação de novos medicamentos, assim como de suas indicações clínicas, transformou-se em estratégia de interferência direta na possibilidade de mudanças das práticas prescritivas. Isso configura um investimento que, apoiado no discurso científico, legitima a pesquisa clínica e dá uma dissimulada credibilidade aos interesses comerciais.

Esse aspecto é levantado por um dos entrevistados, que, embora admita a existência do problema, relativiza as estratégias de marketing entre “o consumismo inadequado e a incorporação a críticas ao medicamento”, para dizer que, hoje, essa questão é “identificada como um problema menor”. E, conforme demonstrado em fragmentos de seu discurso, explicita o que considera “o problema maior”.

“[...] em relação à prescrição, o papel da indústria farmacêutica muitas das vezes distorcendo resultados e ampliando os resultados de benefícios, dando pouca ênfase à segurança, na realidade, isso hoje é identificado como um problema menor” (José).

“[...] a indústria tendo um papel de gastar mais recursos em divulgar para a população [...] do que para divulgar para os médicos. Cria [...] certo consumismo inadequado ou incorporação a críticas ao medicamento” (José).

“O problema maior é: os pacientes estão tomando aquilo que eles deveriam estar tomando? Os pacientes estão tomando os medicamentos que realmente reduzem efetivamente a morbimortalidade? Estão com seus indicadores clínicos adequados?” (José).

Essa abordagem delinea o estilo de pensamento dos médicos entrevistados, no sentido dado por Fleck (1979): uma prática médica baseada numa disposição intelectual totalizante, voltada à necessidade de encontrar o mecanismo biológico da doença. Em meio às forças do poder econômico, essa contradição ganha maior dimensão na exata medida em que a produção de conhecimento médico, dominada pela biologia, vulnerabiliza a capacidade crítica dos médicos. Pois, conforme aponta Canguilhem (2006), a despeito dos esforços de racionalização científica, o essencial da medicina continua sendo a clínica e a terapêutica.

“[o paciente] está com sua pressão arterial controlada, está com o colesterol controlado, ele parou de fumar, ele foi orientado a parar de fumar, ele está fazendo atividade física, está com o HDL controlado, está com sua cintura abdominal adequada? É isso que importa na prática médica” (José).

“O que é qualidade? Resultados clínicos e segurança do paciente. Segurança do paciente é o que? Prescrição adequada, orientação do paciente, compatibilidade de medicamentos, aderência a medicamentos, sistema de farmacovigilância adequada” (José).

“Então, o uso de um [medicamento] [...] que melhore a qualidade de vida do paciente [...] tem uma validade muito grande” (Mauro).

Por outro lado, a impregnação da perspectiva farmacêutica aqui captada reflete, claramente, a influência dos interesses da indústria no pensamento médico. Trata-se de uma dinâmica através da qual o raciocínio clínico vem sendo dimensionado na perspectiva da farmacologia

clínica, e a clínica médica, nos moldes da doutrina farmacológica, redimensionada em assistência farmacêutica. Os argumentos de um dos entrevistados dão testemunho a essa linha de análise.

“[...] as nossas demandas, hoje, são grandes em relação à necessidade de ter novas formas de tratar os pacientes e também de entender os efeitos colaterais dos medicamentos” (José).

“[...] prescrição [...], muitas das vezes, com 20 itens. [...] temos que questionar aspectos [...] de fragmentação do conhecimento médico” (José).

“[...] Existe uma necessidade muito grande do conhecimento da farmacologia clínica, da visão multidisciplinar na abordagem terapêutica das doenças” (José).

“Com o final das cadeiras de terapêutica nas Universidades, existe um *gap* muito grande entre o conhecimento [...] sobre terapêutica e a análise crítica das terapêuticas [...]” (José).

“Como [...] promover assistência farmacêutica de qualidade se não tivermos uma farmacologia específica e farmacêuticos interagindo?” (José).

“[...] uma política de qualidade na assistência farmacêutica, onde a formação de farmacêuticos e a integração multidisciplinar são críticas na hora de tratar o paciente” (José).

Além disso, extrapolando a efetiva ação terapêutica dos medicamentos para tratar doenças, a defesa da doutrina farmacêutica tem como fundamento “tratar” potencial de risco de adoecer - seja através de controle de indicadores clínicos considerados saudáveis ou de dados laboratoriais, como é o caso do uso das estatinas para manter referenciais lipídicos dentro dos novos padrões de normalidade. Esse estilo de pensamento é sustentado por um discurso bem estruturado:

“Em minha opinião, o foco [da medicina] está mudando muito” (Mauro).

“[...] os critérios para diabetes estão bem mais rigorosos em relação à alteração de tolerância à glicose” (Mauro).

“Começamos a tratar o paciente antes de ele ficar diabético. Não tem doença; só tem uma alteração, uma intolerância à glicose; seria o pré-diabético. Você consegue prevenir a evolução do diabetes” (Mauro).

“Já tem estudos da indústria em prevenção em diabetes [...] mostrando resultados fantásticos. Tem estudo do governo americano; [...] um estudo finlandês excelente” (Mauro).

“E tem também outra coisa importante em relação ao colesterol. Sabe-se que o diabético tipo II tem altíssimo risco cardiovascular. Então você deve usar a estatina como tratamento, mesmo sem ele ter tido infarto e sem nunca ter tido nenhuma lesão. Só por ele ser diabético” (Mauro).

Dessa forma, a “produção de doença” passou a ser importante estratégia comercial da indústria farmacêutica. Envolve, ao mesmo tempo, a patologização de condições fisiológicas e a expansão do conceito de doença a formas brandas ou pré-sintomáticas. Nesse mecanismo, o “colesterol alto” e estados pré-diabéticos, antes, fatores de risco, foram alçados à categoria de doença, em função do potencial de risco. Diagnosticada laboratorialmente, indica necessidade de prescrição medicamentosa (MOYNIHAN e HENRY, 2006).

Um exemplo relevante nesse sentido é o das estatinas. Inicialmente apresentadas como redutoras de colesterol, esse grupo de substâncias, hoje, está sendo investigado quanto ao seu potencial de ação na redução de placas de ateroma. Embora haja o reconhecimento da pressão da indústria farmacêutica para a prescrição de estatinas, uma lógica de prevenção predomina o pensamento médico contemporâneo.

“Hoje em dia, é a prevenção que eu acho que tem que fazer. É muito melhor você tratar uma pessoa antes dela ter a doença, do que ela já com a doença estabelecida” (Mauro).

“Que existe, em relação à estatina, uma forçação de barra, existe. Mas, na prática, se você for avaliar realmente, os estudos mostram que a mortalidade está ligada a LDL alta. E, quando você reduz a LDL, você reduz a mortalidade. Reduz mesmo!” (Mauro).

“Hoje, a gente está trabalhando com outra coisa, que é a redução da placa de ateroma com o uso da estatina” (Mauro).

“Já existem dois estudos sobre as estatinas, e vai sair um estudo, agora, mostrando que o problema não é o remédio, não é a rosuvastatina Crestor®, é a estatina mesmo” (Mauro).

“Se você reduzir o colesterol, o LDL colesterol em 50%, você começa até a ter redução de placas. Isso independente do tipo de estatina; é qualquer uma delas” (Mauro).

“[...] isso mostra que existe um efeito de placa. Agora, [...] existe muita manipulação” (Mauro).

Na esteira da estratégia de produzir doenças, baseada no conceito de potencial de riscos, a indústria farmacêutica está, no momento, investindo na definição do hipotireoidismo subclínico, para defender o limiar de dosagem hormonal a partir do qual o paciente deve ser tratado. Conforme explicação de um dos entrevistados, chama-se hipotireoidismo subclínico quando o nível de aumento de TSH não justifica, ainda, prescrição medicamentosa. Nos relatos abaixo, pode-se identificar de que forma a indústria encaminha esse processo, no sentido de configurar doença hipotireoideana.

“O hipotireoidismo subclínico é quando você tem uma elevação do TSH, mas não está alto a ponto de você precisar tratar o paciente” (Mauro).

“A Sociedade Americana de Tireóide e outras sociedades bem sérias definiram o seguinte: que você só tem que tratar o indivíduo que tem o TSH maior que 10. E, abaixo de 10, se tiver alguma clínica, dislipidemia, um bócio muito grande, anticorpos muito altos [...], tem os critérios” (Mauro).

“O laboratório quer mostrar que essa pessoa que tem o TSH um pouco aumentado já tem um risco. [...] Existe uma discussão danada!” (Mauro)

“Para o laboratório, o TSH vai até quatro e pouco. Então eles querem mostrar que um paciente, por exemplo, com um TSH de 6 (seis), normal, tem risco. Então pega um cara com 3 de TSH e um T4 normal, e chama isso de hipotireoidismo subclínico” (Mauro).

“É, [o laboratório] produz uma doença. E existem muitos casos em que a gente sabe que o TSH, um pouquinho aumentado, pode ser normal naquela pessoa” (Mauro).

“Existe um estudo do Colorado, muito interessante, que mostrou que existe um percentual grande da população que tem o TSH mais alto”.

“Mas tem alguns médicos que entram na dança” (Mauro).

É nesse sentido que a divulgação dos resultados de ensaios clínicos tem como objetivo principal interferir nas práticas prescritivas dos médicos, para produzir mudanças que potencializem o uso de medicamentos. O discurso da indústria, de que é necessário mudar hábitos prescritivos, foi assimilado de tal forma por um dos entrevistados que as dificuldades de mudanças aparecem, no intertexto de seu discurso, representadas por barreiras (sociais, culturais e econômicas) a serem enfrentadas e modificadas. E, ao que tudo indica, na promoção de seus medicamentos, as estratégias de marketing da indústria farmacêutica visam o enfrentamento “dessas barreiras”.

“Por que determinado medicamento, que é eficaz no ensaio clínico, não chega à ponta, isto é, não está sendo prescrito pelo médico? Quais

são as barreiras sociais, culturais e econômicas, de hábitos prescritivos? Por que não chega à ponta?” (José).

Então, subsidiadas pelos resultados das pesquisas, as estratégias de apresentação de novas propostas terapêuticas ocorrem de diversas maneiras: em grande estilo, nos congressos médicos, em palestras proferidas sob patrocínio da indústria, a título de atualização ou educação continuada; ou nos consultórios médicos, através dos representantes das indústrias farmacêuticas.

“[...] as novas drogas são divulgadas em congressos médicos e/ou encontros locais com os líderes de opinião, ou acesso à literatura médica que chega ao médico” (José).

“[...] o glamour dos congressos nos hotéis cinco estrelas, que propiciam uma condição de produzir uma visão exagerada dos resultados sobre o impacto dos benefícios” (José).

“Os conhecimentos chegam através de palestras, congressos, cursos de especialização. O médico que está lá no consultório, em geral, ele não tem muito acesso às revistas, ele não lê muito, ele não acompanha de perto” (Sérgio).

“Esse conhecimento chega ao médico da ponta basicamente por essas ações realizadas pelos laboratórios” (José).

Em relação aos congressos, pode-se de dizer que se trata de um grande empreendimento, cuja dinâmica gira em torno da indústria farmacêutica. A grande maioria deles é financiada pelas indústrias que compram, ou alugam, *stands* das sociedades organizadoras. Pois a cobertura dos custos inerentes aos eventos científicos é garantida pela negociação de espaços destinados à feira de ofertas de produtos farmacêuticos, cuja divulgação se dá por meio da distribuição de brindes, *folders*, artigos, revistas, livros e toda sorte de material de propaganda e marketing.

“[...] na prática geral, [...] 90% dos Congressos são patrocinados por laboratórios” (Luís).

“É com o aluguel daqueles stands que as diretorias [das sociedades] vão propiciar àqueles que vão passar as experiências o pagamento de passagens, de estadias etc.” (Luís).

“O Congresso gira em torno dessa indústria, que está lá como uma vitrine. Agora é um comércio. Você está na rua da Alfândega, você entra na loja, e o cara te vende um produto adequado. O produto está fadado a isso” (Luís).

“[...] eles alugam stands, eles vão vender o peixe deles lá” (Luís).

“[...] vai vir médico com interesse em aprender, mas esses médicos também vão circular lá no ‘mercado’, entendeu? E há interesse se existe novidade, se existem coisas novas, por que não?” (Luís).

Além do financiamento dos congressos, as indústrias farmacêuticas disponibilizam uma verba para “banciar” médicos que ocupam cargos de destaque nas Sociedades de Especialidades Médicas ou para premiar médicos prescritores de seus produtos, “mandando-os” aos congressos de seu interesse, pagando inscrição, passagem e estadia.

O primeiro caso diz respeito a políticas de interesse da indústria, relacionadas a instituições médicas e posições de poder. Aqui, o discurso descarta a possibilidade de interferência direta nas práticas prescritivas.

“[...] a universidade, sociedades de classe e associações médicas [...] hoje vivem dependendo do apoio da indústria farmacêutica” (José).

“Sempre sou convidado. Não só pela Sociedade [...], a própria Academia Brasileira de [especialidade] me convida, de dois em dois anos, para o Congresso. Com certeza, esse financiamento [...] é via laboratório” (Luís).

“Agora, não vejo uma participação deletéria do médico, pelo fato de ele estar sendo bancado para ir a um congresso, com estadia paga, etc.” (Luís).

“Isso vai interferir no comportamento dos médicos? Eu, particularmente, nunca vi. Nem em tese para mim. Eu nunca mudei a minha prescrição por que... [o laboratório quer]” (Luís).

“A Sociedade me convidou, através do laboratório; aí, com isso, eu vou passar o remédio do laboratório? Isso eu não acredito!” (Luís).

No segundo caso, a negociação faz parte de um conjunto de estratégias de marketing, com o objetivo de aumentar consumo de medicamentos. A proposta pode partir do médico ou do representante da indústria, porém o que está sempre em jogo é a quantidade de prescrições de um determinado produto, estipulada pelo propagandista.

No entanto, no intertexto de uma das falas, a insinuação de prescrição de medicamentos sem indicação é colocada em termos de que a indústria está selecionando inadequadamente a quem vai dar a bonificação. Na medida em que o que está em jogo, na arena de negociação, é a quantidade de drogas prescritas, isso indica uma perversão na análise do problema, pois a referida abertura, como estratégia de marketing, é dada pela própria indústria.

“Existe, hoje, uma coisa, que tem a ver com o que os laboratórios estão começando a ver que estão errando, que é o financiamento de congressos e outras coisas” (Mauro).

“Eles têm uma verba para isso. Eles têm que selecionar para quem é que eles vão dar isso.” (Mauro).

“Porque, o que é que eles fazem? Abrem a perspectiva para o médico. Chegam lá para o ‘fulaninho’ e dizem: Olha, se o senhor prescrever ‘legal’ o remédio tal, a gente vai mandar o senhor para o congresso X.

E o cara começa a prescrever o remédio. Eles começam assim” (Mauro).

“Às vezes, até é o médico que pede. Fala para o cara, assim, por exemplo: Pô, você não consegue um Congresso para mim, lá em Florianópolis ou sei lá onde? Bem, o senhor não está prescrevendo o remédio direito... Aí, o cara vai prescrevendo o remédio... Às vezes tem indicação, e, se ele prescrever com indicação, ‘menos ruim’” (Mauro).

Negociar prescrição, em troca de financiamento de Congressos ou outros benefícios quaisquer, tornou-se lugar comum na interação entre médicos e a indústria farmacêutica. Com o mérito do problema redirecionado para a indicação, ou não, da prescrição, houve também a relativização de importantes aspectos éticos envolvidos nessa prática.

“[...] Uma grande parte dos médicos [...] começa a prescrever o produto para agradar [...], para ser assediado pelo representante” (Mauro).

“[...] o que a gente vê, na prática, é o seguinte: Muitos médicos prescrevem remédio desnecessariamente” (Mauro).

“[...] a maioria [dos médicos] vai mesmo na onda, se ilude, prescreve um remédio de forma inadequada” (Mauro).

“Eu conheço um cardiologista que foi para a Turquia, para um congresso europeu, porque foi ele quem mais prescreveu o remédio” (Mauro).

“Para o representante, é bom, porque aumenta a venda na região. O cara está usando o remédio, está ótimo para ele” (Mauro).

“Então essa crítica a gente faz. Remédio sem indicação, não. Eu acho que você tem que fazer o remédio na hora certa” (Mauro).

“Eu prescrevo porque é válido, é bom para o paciente, mas nunca controlado pelo representante” (Mauro).

“[...] saiu um estudo com uma substância, dizendo que ela previne diabetes. Mas você não está autorizado a fazer para o paciente que não é diabético, ainda. Aí, você vê um monte de cara fazendo, para prevenir diabetes. E ele fica bem com o laboratório” (Mauro).

Ainda sobre financiamento de participação em congressos, o médico entrevistado relata uma competição entre as diversas indústrias farmacêuticas, cujo pano de fundo é a prescrição. Além disso, contribui na compreensão do estratégico interesse da indústria pelo ambiente universitário. Na medida em que a notoriedade do meio acadêmico ocupa lugar de referência de qualidade, isso faz com que essa parceria favoreça a credibilidade prescritiva.

“[...] Eles, do [laboratório] Norvartis, lançaram um remédio [...] e fizeram assim: [...] se o senhor prescrever esse remédio, para 80 pacientes, o senhor vai para São Francisco no Congresso [...]” (Mauro).

“Então eu não vou nunca nesse Congresso, porque eu não vou prescrever isso para 80 pacientes. Eu não vou conseguir fazer isso... (rindo)” (Mauro).

“Aí, o pessoal da Merck [...] disse: Oh, o pessoal de São Paulo mandou convidar o senhor para o Congresso em São Francisco” (Mauro).

“Aí, chegou o cara lá [da Norvartis], e eu disse: Agora é que eu não vou prescrever para 80 mesmo, porque o pessoal da Merck me convidou” (Mauro).

“É mesmo? Então vamos ver o que é que eu posso fazer para o senhor...” (Mauro).

“Eles vêm com uma coisa por trás muito grande, porque, na prática, a gente [...] influencia muito a prescrição. Às vezes, você prescreve pouco, mas o cara vê você prescrevendo, e ele começa a prescrever também” (Mauro).

“Às vezes eu vou a um Congresso de laboratório. A gente recebe muito desses Congressos. Mas a gente aqui da Universidade, é porque você replica; é diferente” (Mauro).

“O cara não fica focado se você está prescrevendo isso. É porque, como eles falam: você é replicador de informação, e para eles é interessante isso, de certa forma” (Mauro).

Nos programas de atualização e educação continuada, a estratégia de divulgação dos medicamentos baseia-se em palestras proferidas por líderes de opinião, localizados pela atuação de liderança nas respectivas regiões. Com perfil bem definido pela indústria farmacêutica, o palestrante transmite resultados de pesquisas sobre medicamentos. É estabelecido um contrato remunerado e, antes de cada palestra, o palestrante participa de uma reunião com promotores da indústria, para preparar, antecipadamente, o que vai apresentar.

“[...] A tendência é muito para se atualizar. [...] eles fazem uma pesquisa na área e pegam as pessoas da região. É o formador de opinião, basicamente isso” (Mauro).

“Nessas reuniões, o médico começa a ver onde ele vai poder usar aquele remédio” (Mauro).

“É, eles buscam, muito, palestrantes da Universidade” (Mauro).

“[...] eles selecionam muito. É uma pessoa que seja séria, que trabalhe com pesquisa, que consiga transmitir bem as informações, que transmita seriedade e que transmita uma coisa que sabe” (Mauro)

“A indústria convida você e eles [o pessoal do laboratório] fazem uma reunião. Então a gente se prepara para apresentar algumas coisas” (Mauro).

“Se ele vai lá para falar sobre um determinado medicamento, [...] o laboratório, em tese, vai pagar, pelo menos, a parte da estadia dele” (Luís).

“É tudo remunerado, remunerado mesmo. Tudo por conta deles: passagem de avião, hotel, eles vêm te buscar e te levam” (Mauro).

“Tem firma [...] que trabalha junto com o laboratório, só para levar palestrantes” (Mauro).

É nos discursos explicativos dos conteúdos das palestras que o conflito de interesses se faz mais evidente. Aqui se pode constatar uma polêmica que extrapola os interesses do cuidado em saúde, assim como a prioridade da perspectiva terapêutica, para cair numa lógica de compromisso comercial com a agencia financiadora do evento. Sem liberdade para divulgar de forma fidedigna os dados do medicamento apresentado, tais como efeitos colaterais e contra-indicações, o palestrante coloca em questão a credibilidade do conhecimento. E, com enorme esforço, tenta imprimir imparcialidade ao discurso, esclarecendo que não está ali para fazer propaganda para a indústria farmacêutica.

“Nos congressos que eu tenho ido, [...] o apresentador, antes de apresentar qualquer aula, qualquer dado, qualquer medicamento, ele apresenta um slide que diz se ele foi bancado por laboratório, quais são os laboratórios, quais são os interesses vinculados ou não àquela apresentação” (Luís)

“Não existe [...] a construção de uma matriz crítica sobre a introdução de novas drogas, [...] numa ótica não ‘comercial’, ao acesso dos novos conhecimentos gerados nessas pesquisas” (José).

“E quando você participa de um estudo desses, eles acabam te pegando para falar sobre o estudo” (Mauro)

“Mesmo que não fale no nome comercial, vai falar de um medicamento que, em tese, ele vai procurar trazer a coisa para o lado do benefício do medicamento. Mas isso não isenta o sujeito de falar dos efeitos colaterais” (Luís).

“Se eu vou falar desses estudos, eu vou falar que a outra [estatina] também reduz, que independe do remédio. Eu não vou ficar fazendo propaganda do cara que está lá me financiando para apresentar aquele produto. Vou falar que o outro também faz isso, né?” (Mauro).

Embora haja referência ao aspecto crítico da apresentação, quando os palestrantes se referem às críticas, estão se referindo à possibilidade de se oporem, ou não, às pressões da indústria farmacêutica. Isso significa um deslocamento da preocupação com a legítima eficácia do produto, supostamente comprovada nos ensaios clínicos. Implica posicionamento de defesa do medicamento que envolve valores eticamente questionáveis; numa abordagem que relativiza, inclusive, a possibilidade de omitir dados relacionados a efeitos colaterais e contra-indicações do medicamento apresentado.

“Hoje em dia, a gente brinca dizendo que Estatística é a arte de torturar os números para que eles confessem aquilo que queremos. Você bota aquilo do jeito que você quer” (Mauro).

“Então, a gente tem que ser muito crítico. Eu, quando vou fazer alguma palestra, eu sou muito sincero. [...] não vou falar coisa que eu acho que não é” (Mauro).

“Por exemplo, assisti a uma palestra que, no gráfico do cara, não tinha o ponto 0, deixando claro que era uma forma de manipular a informação em termos estatísticos” (Sérgio).

“Olha, eles [pessoal do laboratório] nunca me forçaram a nada. [...] eles até gostam que você coloque... porque, aí, a coisa soa real mesmo” (Mauro).

“Hoje, o conflito de interesses é um assunto que todos consideram. Se alguém vai apresentar um trabalho que foi financiado pelo laboratório, essa é a primeira coisa que ele fala. Ele fala dos benefícios do medicamento, mas não deixa de falar dos efeitos colaterais e das contra-indicações” (Sérgio).

“Eu fui fazer uma palestra sobre o rimonabanto (Acomplia®) e falei que tem risco de depressão, tem risco de idéias suicidas.” (Mauro).

“[...] Mas se você fala: Ah, o rimonabanto dá vontade de se suicidar. [Ou] a estatina pode dar lesão hepática... [fica complicado]” (Mauro).

Sob a orientação de coordenadores da indústria farmacêutica, alguns argumentos são recorrentes na fala dos médicos e fazem parte de um discurso ensaiado. Têm como objetivo minimizar a existência de efeitos colaterais e contra-indicações de produtos.

“De um tempo para cá, [...] as pesquisas clínicas têm se mostrado mais preocupadas com a segurança do paciente. [...] a partir da demonstração de efeitos adversos em grandes populações, os ensaios clínicos passaram a ter um olhar mais acentuado para a toxicidade das drogas” (José).

“Uma paciente minha [...] vinha tomando estatina. [...] fez uma hepatite medicamentosa e o clínico falou que foi a estatina.” (Mauro).

“[...] estava tomando Norfloxacin [...]; o risco maior que tem é a hepatite. É altíssimo, mas todo mundo prescreve” (Mauro).

“[...] é muito mais fácil dizer que foi a estatina; e não a quinolona [...] para tratar a infecção urinária. [...] Quantos por cento das pessoas que tomam estatina fazem lesão hepática? – 1%. O outro é mais de 50” (Mauro).

Para desmontar dificuldades no potencial de venda, existe um pacote pronto de informações a serem oportunamente apresentadas por palestrantes, cuja estratégia baseia-se em comparar produtos em lançamento com medicamentos já consolidados no mercado. Com o intento de, por similaridade, demolir restrições relacionadas ao uso dos mesmos, como por exemplo das estatinas, citam substâncias tais como aspirina, anestésicos, penicilina e outros antibióticos,

para dizer que, apesar de seus efeitos colaterais, potencialmente conhecidos, a prática prescritiva desses medicamentos, além de não ser questionada, permanece em vigor.

“Geralmente, eu mostro um slide que a gente tem lá: Olha a aspirina, todo mundo toma, e tem um risco de causar hemorragia. Em cada 200 (duzentos) pacientes, 1 (um) pode ter hemorragia. Em menos de 1000 (mil) pacientes, 1 (um) pode ter uma hemorragia fatal. [Mas] todo mundo prescreve aspirina” (Mauro).

“É claro que a gente pode ter efeitos colaterais, mas isso faz parte do show” (Luís).

“Claro, você usa penicilina. Quantos pacientes morrem pelo uso de penicilina? Você deixou de usar penicilina?” (Luís).

“Quantos choques anafiláticos existem aí, por anestésico? Você deixa de operar doente por causa disso? Isso faz parte do jogo” (Luís).

“Enquanto a estatina, para você provocar uma lesão hepática, ou alguma outra coisa, é mais de um milhão. Então a gente analisa e vê que realmente você pode estar fazendo um remédio que todo mundo acha que é uma banalidade, mas que pode estar causando um risco” (Mauro).

A divulgação e promoção de medicamentos por meio de representantes da indústria farmacêutica aparecem como a alternativa principal à dificuldade dos médicos “da ponta” (fora dos centros acadêmicos) para se manterem atualizados em relação aos progressos médico-científicos.

“Para o médico que está lá no consultório trabalhando, é difícil assinar uma revista para se atualizar. Então, quem leva mesmo o conhecimento para ele são os representantes” (Mauro).

“Eles chegam com os artigos, às vezes, um livrinho; perguntam se o médico quer um artigo ou outro” (Mauro).

Sobre a interferência na prescrição médica, alguns aspectos são levantados, dentre os quais se destaca a ação dos propagandistas como promotores estratégicos dos medicamentos. Através de contato direto com os médicos, atuam como porta-vozes dos interesses das empresas farmacêuticas, direcionando informações no sentido de influenciar hábitos prescritivos. Em nome da ciência, apresentam estudos sobre indicação medicamentosa de drogas cujo uso ainda não foi aprovado no Brasil.

“O laboratório, através de seus representantes, pode até tentar interferir na prescrição” (Sérgio).

“É que o representante não é médico, ele é cobrado diretamente pelo gerente dele. Ele tem que vender” (Mauro).

“Na verdade, eles não colocam uma indicação, eles apresentam um estudo; fazem palestras apresentando o estudo. Mas aquilo não foi aprovado ainda para uso” (Mauro).

“Por exemplo, existe um medicamento que já saiu nos Estados Unidos [...] e está em uso lá. [...] Até pouco tempo, o pessoal estava importando para usar. [...] o remédio começa a ser usado, sem ter sido aprovado aqui” (Mauro).

Outro aspecto dessa discussão diz respeito à manipulação da indicação da substância. Nesse sentido, os representantes são treinados para apresentarem estrategicamente os medicamentos, apontando possibilidades terapêuticas extensivas a outras especialidades, “fazendo a cabeça” dos profissionais, para, assim, ampliarem seu potencial de venda.

“[...] Na prática, o representante chega com aquela novidade para o médico lá da ponta; ele não se empolga de tacada, mas aquelas informações são passadas em reuniões” (Mauro.)

“[...] A intenção do laboratório, muitas vezes, não é que o médico use o remédio desnecessariamente” (Mauro).

“[...] um remédio [...] que aumenta a sensibilidade à insulina. Caíram em cima dos cardiologistas, e [eles] começaram a tratar diabetes, prescrevendo maciçamente o medicamento. E aí aumenta o poder de venda” (Mauro).

“Eu digo: Vocês parem de ficar estimulando o cardiologista [...], eles não vão saber usar o remédio, e isso acaba destruindo o remédio” (Mauro).

“O laboratório ganha muito com isso, porque é a prescrição sem indicação. Então eles ganham muito” (Mauro).

“O conflito de interesses precisa ser identificado pelo médico que está divulgando um resultado. São potenciais de conflito” (José).

A despeito da agudeza desses discursos, é possível perceber, no intertexto de seus conteúdos, uma minimização da conduta tendenciosa das indústrias farmacêuticas. Através de um estranho contraponto, “a cabeça do médico” é colocada no lugar da responsabilidade pelo que acontece. Isso aponta para uma relativização, de tamanha magnitude na prática prescritiva, que desestabiliza a medicina, enquanto pilar defensável de valores ético-político-sociais.

“Existem visões diferentes: [...] pode estar estimulando ao consumo, mas também [...] gera ao profissional de saúde uma responsabilidade maior, de estar prescrevendo corretamente ou deixando de prescrever” (José).

“[...] alguns laboratórios têm consciência disso e não querem que a gente saia falando que é para usar, como se fosse água com açúcar. Não é assim. Tem indicações!” (Mauro).

“O importante é você trabalhar isso na cabeça do médico. Que o remédio tem que ser usado na hora certa, de uma forma adequada” (Mauro).

“[...] o médico tem que ter o bom senso de saber discernir isso; a hora de prescrever e a hora de não prescrever, que é algo que se tem que definir” (Mauro).

“Às vezes, tem outro problema, que é o custo. Às vezes, o remédio dele [do representante] é mais caro. E tem um outro que é mais barato e funciona igualzinho. Aí o cara deixa de prescrever esse, entendeu?” (Mauro).

“Então existe [...] interesse do médico, e interesse também do laboratório, que vêm a se juntar. [...] Eles [os representantes] estão começando a ficar alerta para isso. Isso na prática acaba queimando” (Mauro).

“Os médicos têm que saber que não é um remédio para se prescrever para qualquer um. Agora, já tem médico que já está usando indiscriminadamente” (Mauro).

Conforme abordado no capítulo sobre o poder, fica evidente a pertinência da concepção de Foucault sobre a indissociabilidade da relação saber/poder. Nesse sentido, cabe registrar, na configuração contemporânea de poder, a aliança da força econômica da indústria farmacêutica com o saber jurídico. Pois, mediante os indiscutíveis parâmetros éticos, envolvidos na produção e divulgação de conhecimento médico, é indispensável constatar, com base em depoimento abaixo, um potencial disparo de mecanismos indenizatórios como parte de um processo de judicialização da política. Funcionando como mecanismo de controle prescritivo, isso significa que a dimensão política foi substituída por apelos jurídicos individuais.

“[...] muitas das vezes, um remédio que é efetivo para uma determinada categoria de pacientes, com uma determinada doença, e que ele não teria aquele cuidado, se aquele conhecimento não chegasse à população” (José).

“[...] estamos vivendo uma era em que o próprio consumidor se torna mais ativo” (José).

“Existe [...] uma janela de oportunidade [...], as ações de indenização: seja porque o médico deixou de prescrever o que deveria ter prescrito nas bases das evidências científicas, seja porque o médico passou alguma coisa que não havia necessidade de ter prescrito, seja porque o sistema de saúde não está promovendo aquilo que deveria ao paciente” (José).

Atrelado aos interesses econômicos da indústria farmacêutica, existe uma dinâmica em que paciente, consumidor e cidadão, representativamente amalgamados, passaram a participar ativamente do processo de coletivização do conhecimento científico. Se, por um lado, aumenta autonomia de discussão, por outro, faz a cabeça dos consumidores. Se a prescrição não corresponder ao que espera, o paciente procura outro médico.

Na configuração contemporânea de poder, esse processo corresponde ao fim da sociedade disciplinar e instalação da sociedade de controle. A disciplina, antes direcionada aos corpos, abrange, hoje, a própria identidade dos sujeitos - permanentemente reconstruída pela mídia e pelas atualizações tecnológicas.

Trata-se da dimensão biopolítica do poder, que, ao se exercer, limita a pretensa onipotência social da medicina e coloniza a profissão médica. No contexto de influência do poder econômico da indústria farmacêutica, isso reforça a perspectiva através da qual o médico se vê extraído da exclusividade do poder de decisão.

Assimilando a relação da indústria farmacêutica com o médico prescritor como um binômio indissociável, o discurso abaixo dá expressão a uma visão não dogmática da questão, desestimulando a inibição ou liberalização de qualquer das partes do “conflito” e acreditando na possibilidade de transparência dessa interação.

“O conflito de interesses vai sempre existir no binômio. A indústria farmacêutica quer ter retorno, com o lucro do medicamento pesquisado, e o médico que participou está empolgado com os resultados, que significaram avanço do tratamento” (José).

“O conflito de interesses existe sob várias formas. A forma direta: a indústria pressiona a rede consumidora a utilizar, publicando na mídia leiga [...]. A forma indireta: pela promoção da divulgação” (José).

“[...] temos que estar olhando para isso de uma maneira não dogmática. Só agora a gente começa a entender as minúcias dessa relação. E o que inibir de um lado e liberalizar de maneira profunda de outro poderia ser deletério a qualquer sistema” (José).

“[...] é importante [...] olhar para isso mais do que uma visão como certo e errado, [...] e transformar isso numa coisa transparente” (José).

“O que é fundamental é que a academia, as sociedades médicas, os médicos, os docentes e todos os profissionais de saúde possam entender que não há nesta relação algo que não possa ser discutido” (José).

Como é possível perceber, a esfera de apreensão do problema tende a minimizar indiscutíveis e importantes aspectos éticos envolvidos no processo.

I - Conclusão

Esta dissertação é resultado de uma investigação, realizada em um hospital universitário público, sobre a articulação da indústria farmacêutica à indústria do conhecimento. A investigação gerou conclusões que fazem remeter uma lógica de legitimação científica dos produtos da indústria farmacêutica à captação de médicos colaboradores com disponibilidade de adesão aos projetos de pesquisa. Cabe ressaltar que uma possível restrição deste estudo é a relativa limitação do número de entrevistas, restritas a profissionais de uma mesma instituição, o que sugere cautela quanto à possível extrapolação dos achados empíricos para contextos mais abrangentes. Mesmo assim, resalto a coerência do que foi observado com o que é relatado na literatura, bem como com o que o próprio campo médico, do qual sou parte, aponta.

A análise e discussão dos depoimentos demonstraram que, no universo da amostragem estudada, a co-construção de conhecimento médico com professores de medicina configura-se em poderosa estratégia de marketing da indústria farmacêutica. Isso significa que a indústria apóia-se estrategicamente nos resultados produzidos nessa interação, para expandir o consumo de seus medicamentos. Na medida em que o interesse na divulgação do conhecimento está relacionado ao potencial prescritivo do medicamento, a indústria atribui ao médico o papel de técnico de prescrição, transformando-o no principal alvo das estratégias de marketing.

No percurso desta conclusão, a análise dos dados empíricos, relacionados ao papel da indústria como financiadora da produção de conhecimento médico, baseou-se na forma de

inserção do médico nas pesquisas e no processo de construção das evidências clínicas. Os resultados evidenciaram que, nos contratos estabelecidos com a indústria, a remuneração dos médicos colaboradores é por paciente recrutado ou por valor mensal, previamente estipulado. Os protocolos dos ensaios clínicos para testar novas drogas são elaborados pela indústria patrocinadora sem participação do médico colaborador. Os dados coletados são integralmente enviados, em estado bruto, para serem analisados pelo patrocinador, ou seja, o acesso à íntegra dos dados coletados é de exclusividade dos coordenadores centrais da pesquisa. E os resultados dos ensaios, apresentados através de resumos, são previamente submetidos a critérios de seleção de dados.

Corroborados por Guimarães (2007), esses dados significam que, na maioria dos processos de co-produção de evidências clínicas, a participação dos médicos nas pesquisas não vai além da inclusão de pacientes e da execução dos procedimentos previstos em protocolo padronizado. Nesse contexto de manipulação, a publicação de artigos, contendo os resultados das pesquisas, também está sob poder absoluto dos interesses da indústria farmacêutica.

Conforme citado em capítulo anterior, o mérito das contribuições científicas, considerado a partir de uma categoria denominada “impacto”, é indicado pelo número de vezes que o artigo é citado em periódicos indexados. Segundo Guimarães (2007), “das 25 publicações no setor de saúde humana com mais de 250 citações 13 são ensaios clínicos multicêntricos para o teste de novas drogas ou procedimentos” (p.19), considerados, por isso, de alto “impacto”. Isso significa que o “impacto” é fortemente influenciado pelo modo como a pesquisa foi organizada: com grandes redes de pesquisadores com potencial para a captação de pacientes que se submetam a protocolos padronizados; com remuneração dos pesquisadores por paciente captado; e sem garantia dos padrões éticos de pesquisa (GUIMARÃES, 2007).

Cabe lembrar que, ao abordar o poder da indústria farmacêutica na produção de conhecimentos médicos, Angell (2007) destaca a influência da indústria na pesquisa médica dizendo que “o objetivo nítido era o de viciar os dados para garantir que seus medicamentos apresentassem bom desempenho” (p.16). Com evidente manipulação dos redatores originais da pesquisa, a indústria farmacêutica contrata *ghost-writers* para assinarem estudos dos quais não participaram.

Esses “resultados”, além de publicados, são divulgados aos médicos prescritores - em congressos, cursos de especialização ou educação continuada - por palestrantes treinados pelos coordenadores de marketing da indústria farmacêutica. Dessa forma, conteúdo e forma de apresentação de novos medicamentos, assim como suas indicações clínicas, transformaram-se em estratégias de interferência nas práticas prescritivas dos médicos.

Biologicamente fundamentado, o estilo de pensamento médico é utilizado estrategicamente pelos formadores de opinião para enviesar resultados e interferir nas práticas prescritivas dos médicos. Em meio às forças do poder econômico, essa contradição ganha dimensão na exata medida em que os processos de produção de conhecimento médico, dominados pela biologia e pela epidemiologia, situam-se num patamar além da capacidade crítica da maioria dos médicos.

Face aos conflitos de interesses envolvidos na produção de conhecimento médico, cabe ressaltar essa vulnerabilidade dos médicos, que, por deficiência de sua própria formação, não se encontram capacitados para avaliar criticamente os resultados de pesquisas apresentados pela indústria farmacêutica. Basta que ao estudo seja atribuída legitimidade científica, para que o médico acredite, cegamente, nas informações nele contidas. Essa suscetibilidade dos

médicos, a assimilar como verdadeira qualquer informação oriunda do mundo científico, deve ser considerada preocupante, pois dessa forma o médico está submetido a um processo de assimilação passiva de conhecimento.

Nesse contexto de técnicas dominantes de poder, entre médicos colaboradores e indústrias farmacêuticas, a co-produção do saber médico delinea-se como uma relação de dominação. Submetido a técnicas estratégicas de poder, o papel ocupado pelo médico passou a ser o de técnico de poder. Por serem estratégicos e poderosos, esses mecanismos se aproveitam de pontos de vulnerabilidade médica. Isso aponta para uma relativização, de tamanha magnitude na prática prescritiva, que desestabiliza a medicina, enquanto pilar defensável de valores ético-político-sociais.

Por outro lado, considerando que a interação do médico com a indústria farmacêutica apóia-se na possibilidade de co-construção dos projetos de pesquisa, é exatamente a perspectiva dessa co-construção que dá consistência, e torna possível, uma abordagem sobre o comprometimento ético do médico. Isso significa que a simples participação do médico em um "projeto da indústria farmacêutica" implica o médico na questão ética, pois o papel de técnico de poder não o desresponsabiliza do legítimo saber.

Seja como mensagem explícita ou como figura intertextual de linguagem, é esse o aspecto que entrelaça forças éticas, políticas e científicas ao campo epistemológico da medicina. No entanto, a despeito desses conflitos de interesse, a análise dos depoimentos demonstrou que, nessa esfera de apreensão, a concepção dos médicos exclui os indiscutíveis aspectos éticos envolvidos no processo. Exemplo disso são os discursos explicativos dos conteúdos das palestras, que extrapolam os interesses do cuidado e da perspectiva terapêutica, para cair

numa lógica de compromisso comercial com a agência financiadora. Ao minimizar a conduta tendenciosa da indústria farmacêutica, o palestrante coloca em questão a credibilidade do conhecimento apresentado.

Trata-se, portanto, de uma composição de poder que limita a pretensa onipotência social da medicina, ao mesmo tempo em que coloniza a profissão médica. Nesse sentido, ganha em importância a capacidade crítica e reflexiva do médico prescritor, tanto em relação a suas práticas profissionais quanto em sua capacidade para avaliar a qualidade do conhecimento médico apresentado como novo. Por outro lado, no que diz respeito à indústria farmacêutica, Guimarães (2007) defende que não se deve desestimular ou conter o financiamento de ensaios clínicos, “desde que sejam garantidos padrões éticos e práticas republicanas de remuneração por paciente captado”.

É importante ressaltar que, sem demonizar papéis sociais, é possível uma leitura do campo de forças a partir da qualidade e ambigüidade dessas forças, e não apenas dimensionando suas intensidades. É com esse olhar crítico que se pode concluir esta dissertação. Com o objetivo de articular saber médico a expectativas de mercado, o poder dominante se exerce através de técnicas de poder (estratégias de marketing), atribuindo aos médicos o papel de técnicos de poder a serviço de seus interesses. Na configuração contemporânea de poder existe, portanto, uma relativização de valores que clama por uma crítica revisão ética.

Referências

ABRAMSON, John. **Overdosed America**: the broken promise of American medicine. New York: H. Perenium, 2005. 167p.

ADAM, Philippe, HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001. 144p.

ANDREAZZI, M. F.; KORNIS, G. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos Anos 90. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 157-191, 2003.

ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record, 2007. 319p.

ARAGÃO, E.; BARROS, E.; OLIVEIRA, S. Falando de metodologia de pesquisa. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, Ano 5, n. 2, 2005.

ATIVUS vai ampliar a produção. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 12 de dez 2007. Seção Deu na Imprensa. Disponível em: <<http://www.gazetamercantil.com.br>>. Acesso em: 25 fev. 2008.

BECKER, Howard. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993. 178p.

BERNAL, J. D. International Science. In: BERNAL, J. D. **The social function of science**. Cambridge, Massachusetts: MIT, 1964. p. 200-237.

BIRMAN, Joel. Arquivo da biopolítica. In: LOYOLA, M. A. **Bioética**: reprodução e gênero na sociedade contemporânea. ABEP/LETRAS LIVRES, 2005, p. 27-48.

BLANK, Nelson. **O Raciocínio clínico e os equipamentos médicos**: subsídios para a compreensão do significado dos equipamentos diagnóstico-terapêuticos para a medicina.

1985. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1985.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade**: para uma teoria geral da política. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 173p.

BONET, Octavio. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. 1996. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)–Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). **Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1973.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. 311p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Informativo do Programa Nacional de DST e Aids**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 03 nov. 2007.

BRAUDEL, Fernand. **A dinâmica do capitalismo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. 94p.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth. **Biomedicina, saber & ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003. 195p.

_____. Epistemologia numa hora dessas?: os limites do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p. 157-170.

_____. **(Ir)racionalidade médica**: os paradoxos da clínica. 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

_____. **Medicina, medicalização e produção simbólica.** In: PITTA, A. (Org.). **Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios,** São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1995, p. 13-24.

_____. **The political economy of the production and diffusion of biomedical knowledge,** 2007. Mimeo.

CAMPOS, F.; AGUIAR, R. Atenção básica e reforma curricular. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** São Paulo: Unicamp, 2002. p. 91-99.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 293p.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico.** São Paulo: Brasiliense, 1978. 273p.

CONSUMERS INTERNATIONAL. **Drugs, doctors and dinners: how drug companies influence health in the developing world.** Out. 2007. Disponível em: <<http://www.consumersinternational.org>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

CORDEIRO, Hésio. **Determinantes do consumo de medicamentos.** 1978. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1978.

DAIN, S.; SOARES, L. Reforma do estado e políticas públicas: relações intergovernamentais e descentralização desde 1988. In: AZEREDO, B; OLIVEIRA, M. A. de (Org.). **Reforma do estado e políticas de emprego no Brasil.** Campinas: Unicamp/Instituto de Economia, 1998.

DELEUZE, Gilles. **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 1988. 142p.

DOBB, M. **A evolução do capitalismo.** Rio de Janeiro: LTC, 1987. 396p.

FAVORETO, C.; CAMARGO JUNIOR, K. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 62-71, 2002.

FISHER, W. **Ciência-EUA**: a política da ignorância. Nova York: Envolverde/IPS, 2006.

FLECK, L. **Genesis and development of a scientific fact**. Chicago: University of Chicago, 1979. 203 p.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 236p.

_____. Aula 7 de janeiro de 1976. In: FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 3-26.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995. 295p.

_____. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. 241p.

_____. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995. Cap. V, p. 79-98.

_____. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995. Cap. VI, p. 99-111.

_____. **As palavras e as coisas**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 405p.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997. 134p.

GADELHA, C. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-35, 2003.

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: GINZBURG, C. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, p. 143-179.

GOLDIM, J. R. Conflitos de interesse e suas repercussões na ciência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/conflit.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2007.

GOOD, Byron. How medicine constructs its objects. In: GOOD, B. **Medicine, rationality and experience an anthropological perspective**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1999. Cap.3, p. 65-197.

GREENE, Jeremy. **Prescribing by numbers: drugs and definition of disease**. Maryland, EUA: Johns Hopkins University Press, 2007. 309p.

GUATTARI, Felix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Vozes, 1992. 203p.

_____. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. 226p.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 7. ed. rev. Petrópolis: Vozes, 2005. 436p.

GUEDES, C.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JUNIOR, K. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

GUERREIRO, Iara. **Relatório da reunião sobre ética em pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, Comitê de Ética, 2007.

GUIMARÃES, R. Qualidade, impacto e citação: uma relação obscura. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 55, 2007. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/55/postudo.html>>. Acesso em: 18 set. 2007.

HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como “ideologia”**. Lisboa: Edições 70, 1968. 147p.

HACKING, I.: **The emergency of probability**: a philosophical study of early ideas about probability, induction and statistical inference. UK: Cambridge University Press, 1975. Cap. 4, p. 31-48.

_____. Language, truth and reason. In: HOLLIS, M., STEVEN, L. (Org.). **Rationality and relativism**. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1982. p. 49-66.

_____. **The social construction of what?** Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2000. 124p.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2001. 501p.

HEALY, D. The latest mania: selling bipolar disorder. **PloS Medicine**, v. 3, n. 4, 2006.

HESS, David. The cultural construction of science and technology. In: HESS, D. **Science and technology in a multicultural world**. New York: Columbia Univ. Press, 1995. p. 52-53.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**. São Paulo: Martin Claret, 2004. 519p.

HOCHMAN, Gilberto. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. In: PORTOCARRERO, V. (Org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Cap. 8, p. 199-230.

KNORR-CETINA, Karen. The scientist as a socially situated reasoner: from scientific communities to transcendent fields. In: KNORR-CETINA, K. **The manufacture of knowledge**: an essay on the constructivists and contextual nature of science. Oxford: Pergamon, 1981. p. 68-93.

LEXCHIN, Joel. Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. **PloS Medicine**, 2006, v. 3, n. 4. Disponível em: <www.plosmedicine.org>. Acesso em: 29 jan. 2007.

MAGGINI, M.; VANACORE, N.; RASCHETTI, R. Cholinesterase inhibitors: drugs looking for a disease? **PloS Medicine**, v. 3, n. 4. p.140, 2006.

MATTOS, Ruben. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. 269p.

MOYNIHAN, R. The making of a disease: female sexual dysfunction. **British Medical Journal**, Washington, v. 326, 2003. Disponível em: <<http://www.bmj.com>>. Acesso em: 29 jan. 2007.

MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. **PloS Medicine**, 2006, v. 3, n. 4, e191.

MULKAY, Michael. **Science and the wider society**. In: MULKAY, M. **Science and the sociology of knowledge**. London: Allen & Unwin, 1979. p. 97-129.

PAYER, Lynn. The major disease-mongering tactics identified by Lynn Payer. Box 1. In: TIEFER, L. **Female sexual dysfunction**: a case study of disease mongering and activist resistance. **PloS Medicine**, 2006, v. 3, n. 4, e178.

PELBART, Peter Pál. **Vida capital**. São Paulo: Iluminuras, 2003. p. 252.

PHILLIPS, Christine. Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. **PloS Medicine**, 2006, v. 3, n. 4, e182.

POLANYI, Karl. **A grande transformação**: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. 349p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as Ciências**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 92p.

SAYD, Jane. **Mediar, medicar, remediar**: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 193p.

_____. **Origens da medicina contemporânea**: uma breve resenha. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 173).

_____. **Ser médico**: uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 220).

SEGATTO, Cristiane. O brinde não é de graça. **Revista Época**, Rio de Janeiro, edição nº 495, p. 114, nov. 2007. Seção Saúde e Bem-Estar Ética.

SPINK, M. J. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 7-14, 2007.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B.; PASSARELLI, C. A. et al. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. 293p.

STEINMAN, M.; BERO, L.; CHREN, M-M.; LANDERFELD, C. Narrative review: the promotion of Gabapentin: an analysis of internal industry documents. **Annals of Internal Medicine**, v. 145, n. 4, 2006, p. 284-293.

TIEFER, Leonore. Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance. **PloS Medicine**, 2006, v. 3, n. 4. Disponível em: <www.plosmedicine.org>. Acesso em: 29 jan. 2007.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

WEISZ, George. From clinical counting to evidence-based medicine In: Jorland, G.; Opinel, A. (Org.). **Body counts**: medical quantification in historical and sociological perspectives. London: McGill-Queens Press, 2005.

Apêndice

Roteiro de Entrevista

- 1ª) Qual é a sua formação, exercício e trajetória profissional?
- 2ª) De forma geral, em que tipo de pesquisas tem estado envolvido?
- 3ª) Como é o cotidiano das atividades de pesquisa?
- 4ª) Como se dá o relacionamento entre o grupo de pesquisa clínica e o laboratório farmacêutico patrocinador?
- 5ª) Qual é a importância dessa pesquisa na prática médica?
- 6ª) Qual é a dinâmica de organização/seleção de artigos para publicação, tendo em vista o laboratório como financiador da pesquisa?
- 7ª) Tem publicado sobre os assuntos que tem pesquisado?
- 8ª) Você percebe algum obstáculo para pesquisar/publicar?
- 9ª) Como você vê a questão do conflito de interesses entre a indústria e a produção de conhecimento médico nos processos de pesquisa clínica?

Anexo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: O médico-prescritor, a indústria farmacêutica e a produção de conhecimento médico

Pesquisador Responsável: Vera Regina da Silva Miguelote

Instituição do Pesquisador: Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ/IMS

Telefones para contato: (21) 2709-3954 - (21) 9946-9459 – (21) 3234-5275 – (21) 8853-9870

Nome do médico participante: _____

O Professor/Doutor está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “O médico-prescritor, a indústria farmacêutica e a produção de conhecimento médico”, de responsabilidade da pesquisadora Vera Regina da Silva Miguelote.

Os objetivos desta pesquisa são estritamente acadêmicos: 1- investigar de que forma o médico se insere no processo de pesquisa clínica; 2- analisar a dinâmica dos processos de construção de evidências clínicas desenvolvida pela pesquisa; 3- conhecer de que forma se dá a divulgação e assimilação dos conhecimentos médicos produzidos a partir dos processos de pesquisa clínica.

Será uma pesquisa qualitativa realizada através de entrevistas semi-estruturadas, dirigidas a médicos, professores da Faculdade de Medicina, que estejam desenvolvendo e/ou tenham desenvolvido recentemente pesquisas clínicas.

A sua participação nas entrevistas será voluntária e com a exclusiva finalidade de colaborar com a pesquisa. Não implica em nenhum ônus ou dano de qualquer natureza (física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual). A pesquisa não tem patrocinador ou agência financiadora, portanto o participante não estará sujeito a qualquer tipo de despesa ou compensação financeira.

Sigilo e privacidade das informações serão garantidos. O acesso e análise do conteúdo das entrevistas, gravado e transcrito, se farão exclusivamente pela pesquisadora e seu orientador. As informações oferecidas estarão submetidas às normas éticas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde; atenderão exclusiva e especificamente aos propósitos da pesquisa e serão destruídas após cinco anos do término da pesquisa. Além disso, o participante poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, sanção ou constrangimento.

Os benefícios da pesquisa referem-se à compreensão dos processos de produção de conhecimento médico e no possível esclarecimento das variáveis envolvidas na formação de opinião médica. As conclusões poderão ser úteis no aprimoramento da capacidade crítica e reflexiva dos médicos, tanto em relação à qualidade do conhecimento construído, quanto aos critérios para avaliar a incorporação desse conhecimento a suas práticas profissionais.

Em caso de dúvida relacionada à pesquisa, o participante poderá contatar a pesquisadora ou seu orientador nos telefones acima, ou ainda no Comitê de Ética.

Conforme recomendações da CONEP, uma cópia assinada deste Termo de Consentimento será oferecida ao participante da pesquisa, e a outra será arquivada pela pesquisadora.

Eu, _____, CRM/RJ _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de ____.

Professor/Doutor