

A EXPLORAÇÃO DA PRECARIEDADE NA PESQUISA CLÍNICA

THE EXPLORATION OF PRECARIOUSNESS IN CLINICAL RESEARCH

CASTRO, Rosana. (2020), *Economias políticas da doença e da saúde: uma etnografia da experimentação farmacêutica*. São Paulo, Hucitec.

Lucas Freire ⁽¹⁾ 

E-mail: lucas.mfreire@hotmail.com

⁽¹⁾ Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Fundação Getúlio Vargas (PPHPBC/CPDOC/FGV). Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

DOI: 10.1590/3610717/2021

O que acontece com os pacientes de doenças crônicas que não encontram nos sistemas público ou privado de saúde as tecnologias, medicamentos e serviços básicos para o controle dos seus sintomas? Quais as estratégias acionadas e itinerários percorridos por esses sujeitos na tentativa de manejar seu estado de saúde e melhorar suas condições de vida? De que maneira a escassez infraestrutural e generalizada é operacionalizada, explorada e transformada em oportunidade de negócios por multinacionais farmacêuticas? Como se dão as perversas e quase inextricáveis conexões entre a precariedade de uma população e a produção do conhecimento científico no campo da biomedicina? Quais corpos são “preferenciais” no processo seletivo de sujeitos de pesquisa na indústria global de estudos clínicos? Qual é o lugar ocupado pelo Brasil em uma rede internacional de produção e testagem de medicamentos? São essas algumas das muitas perguntas que podem orientar a leitura do magistral livro de Rosana Castro, *Economias políticas da saúde e da doença: uma etnografia da experimentação farmacêutica*. Lançado em dezembro de 2020, a obra resulta de um trabalho vencedor, em 2019, dos

prêmios de melhor tese de doutorado da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (anpocs) e da Associação Brasileira de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias (esocite).

Além das valiosas contribuições teóricas e metodológicas apresentadas pela autora, algumas questões contextuais tornam a sua publicação ainda mais relevante, e precisam ser assinaladas. Nesse sentido, inicialmente é necessário destacar sua importância no que diz respeito ao conjunto de bibliografias sobre a temática. Uma rápida busca pelas expressões “ensaio clínico”, “pesquisa clínica” e “estudo clínico” na plataforma *SciELO* revela que a esmagadora maioria dos artigos sobre o assunto está concentrada nos periódicos de medicina e, quando fora destes, em revistas de saúde pública/coletiva. Assim, o livro de Rosana Castro representa a primeira investigação ampla e sistemática dos Ensaio Clínicos Randomizados Internacionais Duplo-Cego Controlados (mais conhecido pelo acrônimo ECR) realizada por uma cientista social brasileira no âmbito de um programa nacional de pós-graduação em antropologia.

Sobre esse ponto, cabe destacar também que, embora ainda pouco explorados, os ensaios clínicos não são necessariamente um objeto novo entre os pesquisadores das ciências humanas e sociais. Além da vasta produção bibliográfica na área de estudos sociais da ciência e tecnologia, os estudos clínicos e a experimentação no campo farmacêutico vêm sendo especificamente discutidos há mais de uma década por autores como Fisher (2009), Petryna (2009), Dumit (2012) e Graboyes (2015), entre inúmeros outros. Nesse universo, o lançamento de *Economias políticas da doença e da saúde* constitui um importante marco no cenário nacional, já que é a primeira grande publicação em língua portuguesa¹ na área de antropologia sobre a experimentação farmacêutica conduzida no Brasil.

Outra razão conjuntural que reforça a pertinência da obra de Castro tem a ver com o momento de sua publicação. Vivemos em um contexto no qual

1 Ao tratar dos *global multisited trials*, a antropóloga norte-americana Adriana Petryna (2009) discute o cenário brasileiro e a posição do país em relação ao fenômeno de descentralização e terceirização da pesquisa clínica em escala global. Entretanto, assim como quase toda a literatura antropológica sobre o tema, o livro foi publicado somente em inglês.

os efeitos dos medicamentos, a segurança de um fármaco e as porcentagens de eficácia de uma vacina figuram como temas de interesse não somente de cientistas, companhias farmacêuticas e agências reguladoras, mas da população em geral. Entre os atuais embates narrativos em torno da pandemia de Covid-19, observamos discussões inflamadas sobre a legitimidade e/ou necessidade de prescrição de cloroquina e outras medicações como “tratamento precoce” para a doença (ainda que sua ineficiência tenha sido cientificamente comprovada); ou sobre as eventuais consequências da utilização de uma vacina ou de outra. De um modo geral, o debate sobre tais assuntos é atravessado por questionamentos, desconfianças e incertezas provocados por campanhas de desinformação disseminadas nas redes sociais e orquestradas por grupos militantes, conglomerados empresariais, veículos de comunicação e até mesmo instituições governamentais.

Em um cenário como esse, em que nós, cientistas sociais, nos vemos acuados e constrangidos a defender uma ideia de “ciência” que vem sendo interpelada e desconstruída há décadas pela sociologia e pela antropologia, o trabalho de Rosana Castro nos municia com argumentos bem desenvolvidos, fatos históricos e dados empíricos sobre o rigoroso padrão metodológico que orienta a realização dos ECR e a produção de evidências científicas no mercado farmacêutico contemporâneo, bem como sobre as severas e inflexíveis exigências colocadas pelas agências estatais para o registro e liberação da comercialização de um medicamento em um dado país. No entanto, como toda boa ciência social, o livro também impede que adotemos uma posição reducionista e/ou maniqueísta de compreender a ciência, os cientistas e as práticas científicas necessariamente como “boas”, éticas ou moralmente comprometidas com o “bem”.

Como o próprio título sugere, ao tratar das “economias políticas da doença e da saúde” – e o fato de “doença” aparecer antes de “saúde” não é casual, mas uma escolha bem fundamentada –, a autora mostra como a observação da precariedade dos serviços de saúde, da alta prevalência de doenças e de uma acentuada desigualdade social é imprescindível para a execução de um protocolo de pesquisa clínica. Isto é, os ECR são marcados por dinâmicas científicas e

exploratórias que refletem não a degeneração ou as falhas da regulação ética dos ensaios clínicos, mas sim as bases constitutivas desse método de investigação. Em suas palavras,

se os procedimentos metodológicos obedecem à lógica científica convencional calcada na objetividade, neutralidade e quantificação, por outro lado, a capitalização da indústria sobre as condições letais de vida de diferentes populações configura a própria condição de possibilidade de concretização desses princípios e, portanto, de realização do ECR (Castro, 2020, p. 27).

Contrariando uma certa tendência “presentista” da etnografia contemporânea, Castro se preocupa em demonstrar como a forma atual de execução dos ECR foi se configurando ao longo dos anos. Longe de se limitar somente ao que viu, ouviu e acessou durante o trabalho de campo no Cronicenter,² a autora rastreia a história da experimentação farmacêutica a partir da literatura especializada, além de lançar mão de outras duas estratégias de pesquisa: 1. a busca por dados públicos sobre os ECR e a frequência a eventos abertos sobre o tema, como as audiências públicas realizadas na Câmara dos Deputados e no Senado; e 2. entrevistas com profissionais que atuam em empresas responsáveis por intermediar o contato (e os contratos) entre centros de pesquisa locais e laboratórios detentores das patentes de moléculas em fase de testes, as CROs (*Clinical Research Organizations*).

Assim, no segundo capítulo da primeira parte do livro, Castro apresenta os caminhos pelos quais o ECR tornou-se o “padrão-ouro” da investigação farmacêutica, sendo tratado como sinônimo de pesquisa e desenvolvimento de novas terapêuticas. Com a intenção de *ocupar* os conceitos da farmacologia

2 O nome da instituição e de todos os interlocutores que aparecem no livro são fictícios. Por se tratar de um campo perpassado por segredos industriais e acordos de confidencialidade, a autora também não revela o local onde fica o Cronicenter e omite quaisquer informações que possam identificar as substâncias testadas, os sintomas tratados, as taxas avaliadas etc. Para isso, ela utiliza pequenas tarjas pretas – o que remete aos controlados “remédios tarja preta” – como essa: *****.

e aproximá-los da antropologia – propondo o que ela chama de *farmacografia* –, ela analisa o ECR como uma espécie de “princípio ativo”, ou seja, como “um dispositivo mobilizador e articulador de pessoas, objetos, instituições, regras, valores, posturas e afetos” (p. 81). A autora ressalta também alguns marcos históricos importantes nessa trajetória, como o estabelecimento da randomização como mecanismo capaz de comprovar que as terapêuticas podem e devem ser definidas a partir de evidências científicas robustas e objetivas – e não da opinião do médico responsável pelo tratamento –, o que Dumit (2012) descreve como o início de um movimento de “massificação da saúde”, promovido pelos números, e de transformação dos diagnósticos em uma espécie de linha/limiar a ser cruzado. Outros episódios elencados no livro são o julgamento e a publicação do Código de Nuremberg, após a Segunda Guerra Mundial, e o escândalo da talidomida, no final dos anos 1950, ambos fundamentais para a consolidação dos atuais padrões ético e científico na condução de experimentos com seres humanos.

No esforço de descrever o processo de construção do ECR como o único método aceitável para a produção de evidências que condicionam a aprovação de um medicamento para comercialização, a autora revela como a pesquisa e o desenvolvimento de novos remédios e tratamentos passaram quase que inteiramente para as mãos das grandes empresas privadas do setor farmacêutico. Dado que o gasto médio com a realização de estudos pré-clínicos e clínicos para cada substância testada pode chegar à cifra de US\$ 1,4 bilhões, as pequenas empresas e centros de pesquisa públicos da maior parte dos países do mundo são incapazes de arcar com seus custos. Como colocado por Dumit (2012), isso representa um importante dilema, já que o principal objetivo de laboratórios patrocinadores não é curar, mas sim assegurar os ganhos de seus acionistas.

É nesse cenário que emerge propriamente uma “indústria global da pesquisa clínica”. A partir da investigação de Rosana Castro, é possível perceber como a “industrialização” da testagem de medicamentos faz do lucro uma “prioridade inevitável” dos laboratórios, pois seus executivos afirmam que precisam planejar a alocação de recursos e a realização de um ECR de modo a garantir a “sobrevivência da

empresa” (Dumit, 2012). Desse modo, os estudos são sempre desenhados a partir da especulação de quão rentável será um produto após sua aprovação para comercialização. Como em outras empresas, seus dirigentes procuram alocar “investimentos” nos territórios que ofereçam o melhor cálculo de custos e benefícios, no que diz respeito à produção. Assim, se uma companhia de eletrônicos instala suas fábricas em países que ofereçam mão de obra barata, regras trabalhistas vantajosas para os contratantes e incentivos fiscais variados, no mercado dos estudos clínicos essa decisão se baseia na oferta de pessoas adoecidas, na disposição desses sujeitos de participar de um ECR e no grau de dificuldade, para o início do recrutamento, colocado pelas regulações éticas que balizam a condução de experimentos farmacêuticos no país, o que se reflete diretamente no tempo que os protocolos de pesquisa levarão para ser executados. Isto é, explora-se não a precariedade laboral de uma população, mas suas vulnerabilidades e fragilidades no que toca ao acesso a serviços e tecnologias de saúde.

Para apreender as relações entre precariedade e produção de dados que sejam, ao mesmo tempo, científicos e rentáveis na testagem de medicamentos, Castro elabora um dos principais conceitos de seu trabalho: o de *morbiodisponibilidade*. Tal ideia é cunhada a partir da caracterização dos brasileiros como uma população que apresenta alta prevalência de diversas enfermidades (morbo) e que é facilmente recrutável – e se dispõe diligentemente a – participar de um ensaio clínico (disponibilidade). A diversidade populacional e o perfil epidemiológico plural são elementos centrais na construção da noção de morbiodisponibilidade. De acordo com os profissionais da pesquisa clínica, o Brasil funciona como um “representante global” dos grupos humanos, pois reúne, em um mesmo território, contingentes consideráveis de pessoas de diferentes raças e etnias, o que permite que os dados produzidos aqui sejam exportados e utilizados para a aprovação de um medicamento em diferentes partes do globo. Além disso, a miscigenação é encarada como fator que predis põe a doenças variadas, em geral concentradas em determinadas regiões e grupos étnicos. Logo, na percepção desses atores, a miscigenação não leva à homogeneização da população, mas constrói um caleidoscópio dos distintos agrupamentos humanos. Esse é um dos fatores que torna o Brasil “biovalioso”

no mercado biotecnológico global, uma vez que, nas palavras da autora, “sua população é uma espécie de efígie epidemiológica do mundo” (p. 145).

Se, por um lado, o Brasil é um país altamente interessante para o mercado farmacêutico, por fornecer, ao mesmo tempo, sujeitos de pesquisa e consumidores (Petryna, 2009), por outro é preciso atentar para quais corpos constituem o público-alvo dos ensaios clínicos. É sobre esse ponto que repousa outro componente fundamental da morbiodisponibilidade da população brasileira: o acesso precarizado de milhões de sujeitos a tecnologias biomédicas, o que os torna não apenas corpos disponíveis e dispostos a participar da experimentação farmacêutica, mas também preciosos, no que diz respeito à qualidade dos dados fornecidos. Castro argumenta que uma das vantagens propagandeadas pelas CROs em relação ao país é a presença de uma imensa população *treatment naïve*, isto é, pessoas que nunca receberam nenhum tipo de tratamento médico para sua condição de saúde/doença. Tais indivíduos são extremamente biovaliosos, já que, para que um medicamento seja considerado como primeira linha de tratamento, é preciso testá-lo em pessoas que não passaram por nenhuma intervenção médica anterior, seja pela inexistência de opções (portadores de doenças raras e sem terapêutica definida, por exemplo), seja pela impossibilidade de acesso a tratamentos, situação comum em países onde o sistema público de saúde é precário ou praticamente inexistente. Nesse cenário, a inclusão em um protocolo de pesquisa é apresentada pelos administradores locais de estudos clínicos como uma oferta, uma “oportunidade única” de obter tratamentos e assistência médica indisponíveis para o grande público.

Ao discutir essa questão, Castro nos mostra como o racismo opera diretamente na construção dos ECR, visto que a grande maioria dos pacientes atendidos no Cronicenter são pessoas negras (e também mais velhas). Assim, além dos indicadores clínicos e biológicos que definem a possibilidade de um sujeito ser incorporado a um “projeto”,³ avalia-se

quem tem o potencial e o “perfil” necessários para participar de um estudo clínico. Isso inclui verificar se a pessoa se encaixa em uma complexa equação de acesso a serviços e cuidados em saúde: ela deve poder realizar consultas e exames complementares por conta própria (seja pagando do próprio bolso ou recorrendo a planos de saúde privados), mas, ao mesmo tempo, não pode ter “pleno acesso”, pois isso geraria demandas que os profissionais do Cronicenter não estão dispostos a atender. Ou seja, os corpos preferenciais dos ensaios clínicos não são aqueles que dependem completamente do Sistema Único de Saúde (SUS), nem os que têm condições de arcar inteiramente com seu tratamento, mas sim sujeitos intermediários, com acesso precário à saúde, e portanto, desesperados por atendimento, além de propensos e desejosos de ser incluídos em uma pesquisa clínica.

Por fim, mas não menos importante, a etnografia de Rosana Castro nuança ainda mais o debate sobre a experimentação farmacêutica ao evidenciar o outro lado dos ECR: o das pessoas que se voluntariam para fazer parte dos estudos. Em *When experiments travel*, Petryna (2009) trata de como a participação em um ensaio clínico pode ser encarada como 1. uma forma de obter cuidados médicos de melhor qualidade; 2. uma via de acesso a tratamentos de custo elevado; e 3. uma fonte de renda. Atenta às complexidades envolvidas no plano nacional, Castro aprofunda as discussões levantadas por Petryna ao tratar de como, de fato, os pacientes do Cronicenter acionam determinadas estratégias para obter os “benefícios” apontados nos itens 1 e 2, já que o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (conep) veda qualquer modalidade de remuneração a participantes de pesquisas no Brasil.

Ao narrar os casos de seu Evaristo, dona Eunice e seu Mateus, entre outros, a autora mostra que, para muitos dos participantes de um ECR, o “acompanhamento” no Cronicenter é a única forma de assistência médica recebida. Esse acompanhamento se materializa no atendimento de pedidos de encaminhamento a serviços de saúde, fornecimento de amostras-grátis, recomendações dietéticas, renovação de receitas etc. Assim, o centro de pesquisa figura como um tipo de *pit stop* no itinerário terapêutico dos participantes de pesquisa: funciona como facilitador da circulação

3 A autora argumenta que chamar as pesquisas de “projetos” pode ser encarado como um elemento que auxilia a construção dos ECR como uma “oferta de tratamento”, já que pode fazer com que o Cronicenter seja visto como instituição que opera como organização não-governamental (ONG) ou órgão assistencial filantrópico.

pelas unidades de saúde, ao produzir os documentos necessários para a retirada de medicamentos e agendamento de consultas ou exames, tanto na rede pública quanto na particular.

Em suma, identificar o Brasil como país de população amplamente morbidisponível é a principal estratégia das CROs para atrair pesquisas clínicas para o território nacional. Como no mercado internacional, para a indústria farmacêutica global o Brasil ocupa o lugar de exportador de *commodities* (dados brutos enviados aos laboratórios e posteriormente analisados e transformados em evidências científicas) e importador de produtos de maior valor agregado (medicamentos patenteados). Nesse processo, diversas conversões são operacionalizadas: pessoas adoecidas são encaradas como pacientes potenciais; doenças são vistas como áreas terapêuticas; a residência em grandes centros é apresentada como facilidade para o recrutamento de sujeitos de pesquisa; a dificuldade para acessar serviços de saúde de qualidade é convertida em indicativo da disponibilidade e interesse na participação em estudos clínicos; e a inclusão em um protocolo de pesquisa é alardeada como uma oportunidade de

tratamento. Enfim, ocorre *a exploração da precariedade e sua transformação em uma oportunidade de negócios*.

BIBLIOGRAFIA

- CASTRO, Rosana. (2020), *Economias políticas da doença e da saúde: uma etnografia da experimentação farmacêutica*. São Paulo, Hucitec.
- DUMIT, Joseph. (2012), *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. Durham/Londres, Duke University Press.
- FISHER, Jill. (2009), *Medical Research for hire: the political economy of pharmaceutical clinical trials*. Nova Jersey, Rutgers University Press.
- GRABOYES, Melissa. (2015), *The experiment must continue: medical research and ethics in East Africa, 1940-2014*. Athens, Ohio University Press.
- PETRYNA, Adriana. (2009), *When experiments travel: clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton University Press.

Resenha recebida em: 04/02/2021

Aprovado em: 22/02/2021