



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Paris Spink, Mary Jane; Camargo Junior, Kenneth
Reflexões sobre autoridade epistêmica na área da saúde: uma conversa com Kenneth
Camargo
Saúde em Debate, vol. 38, núm. 102, julio-septiembre, 2014, pp. 654-669
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341752022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Reflexões sobre autoridade epistêmica na área da saúde: uma conversa com Kenneth Camargo*

Reflections on epistemic authority in healthcare: an interview with Kenneth Camargo

Mary Jane Paris Spink¹, Kenneth Camargo Junior²

Introdução

Desde 1998, com o apoio do CNPq na modalidade bolsa produtividade, temos desenvolvido pesquisas sobre os usos da linguagem dos riscos e seus efeitos como estratégia de governamentalidade, com ênfase em sua utilização na área da saúde. No período de 2006 a 2009, a pesquisa versou sobre a construção do tabagismo como problema de saúde pública e seus desdobramentos no campo das políticas públicas (SPINK; LISBOA; RIBEIRO, 2009). Vários aspectos foram abordados nesse percurso de pesquisa, sobretudo no que concerne aos discursos sobre saúde promocional que levam, de um lado, ao acirramento da medicalização da sociedade e, de outro, à reconfiguração continuada da própria noção de saúde. Como complemento à pesquisa propriamente dita, entre 2008 e 2009 foram realizadas algumas entrevistas com pesquisadores que compartilhavam, de alguma forma, a perspectiva crítica à qual nos afiliamos. Duas entrevistas, realizadas com Lupicinio Iñiguez, da Universidade Autônoma de Barcelona, e Nikolas Rose, da Universidade de Londres, foram publicadas em 2010 (SPINK, 2010a; SPINK, 2010b). Por vários motivos, a entrevista com Kenneth Camargo ficou no aguardo de ocasião oportuna para sua divulgação. Apesar do tempo decorrido, os temas abordados na entrevista seguem sendo relevantes e passíveis de contribuir para uma leitura crítica a respeito da produção de conhecimentos na área da saúde.

Mary Jane Paris Spink: Pelo que venho acompanhando do seu percurso, a questão maior em suas reflexões é a interface entre o desenvolvimento da ciência médica e o saber médico. E é sobre o seu tema e o seu percurso que a entrevista vai versar. Na verdade, o que move as entrevistas que estou fazendo é essa ambivalência entre medidas sanitárias pautadas em lógicas epidemiológicas e seus efeitos do ponto de vista da disciplinarização e da progressiva medicalização da sociedade. Parte do meu argumento volta-se para a questão dos direitos e a tensão entre, por exemplo, o direito de fumar e o direito dos não fumantes de ser preservados do fumo passivo. Mas há outros atravessamentos: por exemplo, entre risco e prazer e até mesmo em relação ao direito de correr riscos voluntariamente, certo? Então isso é o que me move a fazer essas entrevistas. Eu gostaria de começar entendendo o percurso que o levou da formação

¹ Doutora em Psicologia Social - University of London, Londres, Reino Unido. Professora titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social - São Paulo (SP), Brasil. mjpspink@pucsp.br

² Pós-doutor pela McGill University - Montreal, Canadá. Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. kenneth@uerj.br

* Entrevista realizada por Mary Jane P. Spink em 1º de maio de 2009 como parte do projeto de pesquisa sobre novos desenvolvimentos em saúde promocional, que conta com o apoio do CNPq. Gostaríamos de agradecer a Peter Spink pela ajuda na gravação desse encontro. A transcrição foi revisada por Kenneth Camargo.

em Medicina ao Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) ao interesse pela questão teórica sobre o que é conhecimento. Podemos começar por aí e depois entrar na ambivalência entre as medidas pautadas em lógicas epidemiológicas e seus efeitos de disciplinarização. Isso nos fornecerá o contexto e esperamos então que o resto da entrevista possa fluir como uma conversa.

Kenneth Camargo: Bom, como é que eu vim parar onde estou? Isso é uma coisa engraçada, porque me vejo em muitas situações em que as pessoas perguntam “mas o que é que você faz?” e não há uma resposta. Assim, precisaria fazer uma genealogia da minha história. Eu acho que, em certo sentido, desde a época da faculdade, eu tinha certa inquietação, uma insatisfação com o que me era apresentado em termos de modelo teórico. Fui exposto precocemente à pesquisa, pois eu comecei a trabalhar com o que seria hoje uma iniciação científica no IMS, quando eu ainda estava no meio da faculdade. No Hospital Universitário há um ambulatório que foi criado na época em que o Pedro Ernesto (Hospital Universitário Pedro Ernesto, unidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) fez o convênio com o Ministério da Previdência e Assistência Social. Eles tiveram que criar um ambulatório para atender ao aumento da demanda que surgiu dali e foi criado com uma marca muito forte da discussão de Medicina Integral que estava muito próxima ao que era a perspectiva da Medicina Social. As pessoas que pensaram esse ambulatório eram todas mestrandas do Instituto de Medicina Social (IMS) à época. Isso fez parte do caldo de cultura onde cursei minha graduação. Então, nesse ano, resolvi que queria fazer mestrado em saúde pública.

MJ: Isso foi em que época?

K: Foi no final da década de 1970, início da década de 1980.

MJ: Então você pegou a passagem do Illich pelo IMS?

K: Não, cheguei logo depois. Quer dizer, eu comecei a trabalhar com pesquisa no IMS em 1981 e a trabalhar no ambulatório do Pedro Ernesto em 1980. E foi com essa disposição que comecei a ler Canguilhem; foi bem nessa época. Aí, a questão se colocou desde essa época no sentido de compreender aquilo que se apresenta como fundamentação teórica para entender a ação médica, ou seja, a ciência. O que justifica, o que cria, o que determina o que vai ser feito como intervenção é o conhecimento; no caso, o conhecimento científico. Então, desde esse momento comecei a me preocupar, a procurar entender o que é esse estatuto do conhecimento médico-científico. É um adjetivo que não quer dizer muita coisa em nossa cultura, usado de forma completamente acrítica. Então acho que, primeiro, era entender o que se queria dizer com isso, e, em segundo lugar, se de fato seria possível aplicar esse rótulo para aquilo que estava sendo feito. Essa foi sempre a preocupação que tive com a produção de conhecimento na formação profissional ou na relação com processos de intervenção. Minha dissertação de mestrado já foi nessa linha; foi uma tentativa de discutir essas questões, que pude depois aprofundar no doutorado. E acho que no doutorado tive mais clareza do meu lugar, de meu referencial teórico do Science Studies que havia começado a trabalhar um pouco ainda na época do mestrado. Com o doutorado, pude sistematizar uma série de leituras e problematizar algumas coisas. Quer dizer, de lá pra cá, minhas pesquisas estão todas nessa direção, invariavelmente, e tentando explorar isso em cima de alguns aspectos específicos. Trabalho, na parte da investigação propriamente dita, muito embasado pela antropologia.

MJ: Antropologia?

K: Antropologia. De ter trabalhado muito, orientado meus alunos em muitos estudos

etnográficos. Mas a questão-chave é sempre alguma coisa ligada ao Science Studies.

MJ: Hum hum.

K: E com essa dobra, na verdade, de tratar com o contexto, que não é o de produção de conhecimento, mas é o de como a aplicação está se dando, sua possível aplicação. O uso é complicado, não é? Porque nessa discussão, o próprio vocabulário trai um pouco a gente. Porque a gente tem uma tendência a fazer uso acrítico de uma série de expressões. A própria linguagem às vezes nos trai um pouco; é o conhecimento posto em ação. Há também o pressuposto determinista de que o conhecimento determina a ação, do qual acho que posso falar com certa tranquilidade: que não é assim de forma nenhuma. Há uma série de processos de mediação entre o acervo de conhecimento e aquilo que as pessoas efetivamente fazem em suas ações.

MJ: Foi esse o tema que você abordou naquela conferência da ABRAPSO, não foi?

K: Isso.

MJ: Sobre o Fleck...

K: Acho que tem uma questão-chave para mim partindo desse modelo do Fleck (1981), que diz respeito à perspectiva dos médicos no seu trabalho. O médico não é do corpo esotérico de nenhuma das disciplinas que teoricamente são básicas para a medicina, entre elas a Epidemiologia. Isso cria uma situação complicada, porque a validação de praticamente tudo o que se faz em medicina é epidemiológica. Quer dizer, quem diz que se pode usar o remédio X para tratar da doença Y ou que o teste diagnóstico tal funciona para detectar casos de doença, a validação, a aceitação, inclusive legal, está baseada em conceitos epidemiológicos. Isso é uma coisa que as pessoas não dominam. Então é muito fácil apresentar uma série de cálculos

e fórmulas que podem estar completamente erradas sem que a grande maioria dos médicos tenha condições de olhar dizer “não, aqui tem uma falha metodológica, aqui tem um problema”. Essa realidade cria uma série de problemas que têm me preocupado no momento. Na verdade há um circuito de produção e circulação de conhecimento que está completamente dominado por interesses privados. Ou seja, é a indústria farmacêutica que faz o remédio, a indústria farmacêutica que faz o teste, a indústria farmacêutica que paga para a publicação, que paga os anúncios das revistas. Tem toda essa história de conflito de interesse em que todo mundo tem culpa; banalizou, não é? Criou-se uma banalização da falha ética. O que deveria ser uma forma de criar constrangimento para publicação sobre tópicos nos quais as pessoas têm interesses econômicos, comerciais, virou um passe-livre, porque todo mundo vê conflito para todo lado. Então, fica-se meio sem alternativa; não se vê uma fonte independente do interesse econômico que possa determinar o que é efetivamente aplicável ou não. E, desse ponto de vista, há manipulação mesmo, às vezes grosseira. Interessante é que, em anos recentes, ela foi tema de várias denúncias em artigos e livros publicados, principalmente nos Estados Unidos, lamentando a manipulação generalizada do conhecimento científico na medicina por razões comerciais, alguns deles escritos por ex editores das revistas médicas mais importantes. Há dois livros recentes, um do Jerome Kassirer (2005), chamado *On the take*, e o outro da Márcia Angell (2005), que acabou de ser traduzido para o português. Os dois autores foram editores do *New England Journal of Medicine*. Então, são pessoas que estão falando com conhecimento de causa, chamando a atenção para toda a manipulação existente, que eu acho impressionante. A questão não envolve só o peso do marketing declarado, mas do marketing escondido, camuflado. Nos Estados Unidos, para se poder praticar medicina, é preciso ter o

credenciamento atualizado periodicamente, acumular uma série de créditos, e se faz isso por meio de participação em congressos ou pela educação continuada. Por isso, as indústrias farmacêuticas estão comprando empresas de educação continuada para formatar o conteúdo dos cursos de maneira a favorecer a venda de seus medicamentos.

MJ: Mesmo?

K: É.

MJ: Complicado isso.

K: É.

MJ: E aí, do outro lado da moeda está o público, e, evidentemente, a forma como essa manipulação do conhecimento é recebida.

K: Nas várias vezes que eu estive nos Estados Unidos nesses últimos anos, sempre fiquei chocado com a propaganda no horário nobre da televisão, quando cinquenta por cento ou mais é propaganda de remédio, sempre alertando para “se você tem tais e tais sintomas, isso pode ser a tal doença; existe um novo tratamento, consulte seu médico sobre”, e em seguida entra a propaganda institucional do laboratório. Houve uma alteração na legislação americana mais ou menos recentemente que autoriza a propaganda diretamente ao consumidor. Havia uma separação muito forte entre medicação de venda livre (*over the counter*) e a que dependia de prescrição, sendo que esta, em tese, não poderia ser anunciada em mídia aberta, mas houve uma alteração permitindo a propaganda mesmo de medicamentos sujeitos a prescrição. Então, é assustador, há um controle muito forte da mensagem; é difícil se achar uma brecha onde se possa criticar, trazer uma perspectiva diferente... Acho que a questão da crítica epistemológica não é só um exercício ocioso de filósofo que não tem o que fazer, mas uma ferramenta importante

até de denúncia, como o construcionismo reformista de que Hacking (1999) fala no livro *Social construction of what?*, que visa a tentar criar, no mínimo, uma perspectiva em que as pessoas possam duvidar um pouco de certas afirmações apresentadas para a população como se fossem verdades absolutas, indiscutíveis. Que é avassaladora.

MJ: Agora, do ponto de vista das mensagens que formatam estilos de vida, você tem pensando a respeito delas também?

K: Um pouco. Tem certa complicação. Eu teria outro exemplo, que acho que vai na linha do que você está falando, de outra pesquisa em que estou trabalhando e para a qual conseguimos financiamento até da França, que é exatamente a de como achados de pesquisas se transformam em recomendações políticas. Nossa ideia é olhar para a literatura e para as Organizações Internacionais de ajuda. Então, no contexto desse projeto, acabei de chegar de Washington recentemente e entrevistei alguns funcionários do Banco Mundial. O estudo de caso que estamos querendo fazer é o da circuncisão como medida preventiva para o HIV/ AIDS. Já se vem falando disso desde o início da epidemia, mas, mais recentemente, há uns quatro ou cinco anos, foram feitos alguns estudos epidemiológicos revelando a eficácia relativa da circuncisão como prevenção do nível de infecção, após comparação entre indivíduos circuncidados e não circuncidados. Até aí tudo bem, porque é um achado, não? Mas será que tal achado justifica a recomendação de circuncisão em massa? E onde essa recomendação vai ser feita? Vão fazê-la na África, certo? E há um componente colonial por trás disso. Ok, lá a epidemia ocorre, é a pior situação do mundo; qualquer informação que se lê sobre propagação do HIV na África subsaariana é de sentar no chão e chorar, não é? Honestamente, cada vez que vejo alguma informação dá quase vontade de tomar um antidepressivo, porque é catástrofe, em todos

os níveis – do macro ao micro. É um caso de devastação econômica que acaba com uma geração inteira; perdem-se pessoas que contribuem com a força de trabalho daqueles países e fica-se com as avós tomando conta dos netos que sobreviveram, e uma parte dessas crianças está infectada. É uma situação em que medidas heróicas talvez sejam necessárias. Mas será que é essa a intervenção? Conversando com o pessoal do Banco Mundial – entrevistei quatro, todos da área de saúde pública, sendo três médicos e um economista, os três médicos com formação em saúde pública –, não vi maiores questionamentos... “é, eu acho que tem que fazer circuncisão mesmo”. O único que levantou alguma possibilidade de restrição, inclusive algo em que eu não havia pensado, não por acaso é africano. Ele expôs que tem discutido que, por mais que se tenha um modelo matematicamente confiável para redução da possibilidade de transmissão, é possível que as pessoas venham a adotar mais relações de risco na medida em que se sintam protegidas. Então ele não sabe que impacto essa política gerará. Não se sabe o impacto sobre as mulheres, porque o homem, ao se sentir protegido, enfraquecerá a posição da mulher na negociação sobre o uso da camisinha. Não sei qual a viabilidade de fazer a circuncisão em massa com um sistema de saúde precário como o que se vê na maior parte dos países da África. E me chamou a atenção que ele veio de um país onde a população possui universo religioso bastante diverso. A circuncisão define a identidade religiosa: o muçulmano é circuncidado identitariamente e o cristão, não. Tomar uma decisão dessa também interfere em algo muito profundo de raiz cultural, não é? Logo, não é essa facilidade de que as pessoas falam. Eu acho que tem uma coisa muito complicada nessa transcrição imediata de um achado epidemiológico para uma recomendação de política pública.

MJ: Exato. Concorde.

K: Devo fazer uma matização nisso. Esse seria o exemplo extremo. O ponto de matização é que eu acredito que exista um valor para isso, mesmo que não sejamos eticistas. A pesquisa epidemiológica introduz questões para se pensar e propor algumas medidas. Acho que a dificuldade que se tem é a ausência de discussão, pelo menos a ausência de discussão esclarecida. Acaba sendo sempre uma discussão muito tecnocrática, alguém que tem um saber é quem determina a norma. E há pouca discussão coletiva. Eu acho que o exemplo do tabaco, especificamente, acaba ficando muito complicado, porque, do ponto de vista da epidemiologia, é um exemplo único; é um fator com risco relativo na casa das dezenas para o câncer de pulmão, por exemplo. Quando se olham os fatores de risco, trabalha-se com o risco relativo, que, geralmente, é muito pequeno. Um risco relativo é um pequeníssimo percentual a mais de chance de se ter uma doença qualquer, o que dificulta muito a adoção de alguma medida preventiva, porque ter-se-ia que levar em conta uma série de outros fatores, inclusive de interação; uma parte da dificuldade na lógica do fator de risco é que se tem que trabalhar o risco e o desfecho. Mas o que é fator de risco para um desfecho pode ser fator de proteção para outro. E se pode ter interação entre riscos imprevisíveis. O problema do tabagismo é que se situa fora da escala. Eu acho, num certo sentido, que este foi o primeiro fator estudado e seu sucesso criou um problema para a epidemiologia, porque estão há vinte anos tentando encontrar um outro fator de risco que seja tão expressivo. O risco relativo para câncer de pulmão, nos primeiros estudos, foi caracterizado como doze ou treze, o que significa doze ou treze vezes mais chances de se vir a desenvolver câncer no pulmão para quem fuma, comparado a não fumantes. Um dos exemplos é um estudo clássico feito na Grã Bretanha com médicos (DOLL; PETO, 1976), algo impressionante, porque foram vinte anos de seguimento. Eles acompanharam médicos e

aplicaram questionários de estudo por equivalência que o *Royal College of Physicians* enviou para todos os médicos da Grã Bretanha de modo a acompanhar o quanto eles fumavam. E acompanharam ano a ano todo o óbito que chegava de médicos, checavam para ver se era por câncer de pulmão e faziam uma correlação com o tabagismo. E continuou literalmente décadas; os pesquisadores que começaram o estudo morreram e a observação continuou a ser feita por outros. É um estudo prospectivo que carregou muita força argumentativa, onde identificaram originalmente uma série de características como o fumo passivo. Foi um sucesso epidemiológico muito grande, porque originou a procura por todos os fatores de risco. Hoje em dia, há duzentos e tantos fatores de risco para doença coronariana listados, mas nenhum com força tão expressiva.

MJ: Essa força epidemiológica ou essa força retórica?

K: Os dois, eu acho. Acho que um acaba sendo ligado ao outro. Até onde eu saiba, em nenhum outro caso, houve tal sucesso nesse efeito de demonstração.

MJ: De demonstração.

K: Eu acho que se tornou complicado porque é interessante do ponto de vista da teoria da política, não? Porque produziu interesses muito mobilizados, inclusive do ponto de vista do estudo da ciência, do *Public Understanding of Science*, dos processos de luta que se desenrolaram a partir daí, em nível macro. Da indústria farmacêutica, da indústria de tabaco! Aconteceram várias ações legais nos Estados Unidos, alinhadas com a estratégia que a indústria do tabaco desenhou para tentar desacreditar os estudos. Todas essas atitudes que a indústria farmacêutica toma no sentido de falsificar resultados, descobriu-se mais tarde, a indústria do tabaco também tomava, em sentido

contrário: pagar agentes para desacreditar os estudos epidemiológicos, que foram, num certo sentido, se entregando. Primeiro no sentido de negar qualquer relação entre tabagismo e doença. Quando ficou insustentável, a fronteira se deslocou para o fumo secundário. Uma coisa interessante é que, no meio dessa situação, uma série de processos surgiu nos Estados Unidos e as empresas foram obrigadas a entregar documentos sigilosos. Daí, alguns investigadores entraram com requisição baseada no Freedom of Information Act e retiraram os documentos sigilosos da indústria farmacêutica e fizeram cópias, depois armazenadas. Então, há pessoas fazendo pesquisa há vinte anos sobre o assunto com uma base de dados imensa. Por exemplo, *The cigarette papers* (BERO; SLADE; BARNES, 1996), publicação de itens selecionados oriundos dessa coleção de documentos até então sigilosos. Ou seja, sabiam que a nicotina cria adição, e a pesquisa que estavam desenvolvendo era para tornar o tabaco mais aditivo do que já era, com maior capacidade de criar dependência, além de estratégia de marketing especificamente dirigida à população jovem, num enorme grau de manipulação da informação.

MJ: Mas, Kenneth, em paralelo ao que você estava falando sobre a adição, o tabaco tem outros efeitos para quem fuma: há uma relação com a ansiedade, com a concentração, quer dizer, tira-se o tabaco e abre-se a brecha para que outras situações emergjam e que não são levadas em conta quando se usa o discurso epidemiológico. O discurso epidemiológico é muito simples, não?

K: Acho que o que eu estou falando em relação à questão do HIV-AIDS, à questão do sexo seguro, que, se fosse deixada a cargo da epidemiologia, a recomendação seria: “não tenha mais relação sexual”; essa é a parte complicada. Uma parte explica porque tem sido tão difícil, historicamente, conseguir fazer com que as pessoas parem de fumar, por

causa dessas outras questões. Mas continuo vendo como uma discussão complicada, porque tem-se, de fato, uma substância com o poder de criar dependência. Também há outro ponto: quando o usuário é dependente de uma droga, até que ponto se pode falar, efetivamente, em livre escolha, dado que existe algo que cria uma, não sei se tecnicamente se poderia falar assim, compulsão para usar, repetidamente, aquela substância. Assim, o problema é a falta de discussão. E esse é o problema maior. Quer dizer, ninguém sabe que foi feito um estudo; ninguém fora do circuito da saúde coletiva sabe que foi feito um estudo de décadas com médicos na Grã Bretanha; essa história não circula. Assim, há uma série de informações às quais as pessoas não têm acesso. Entendo que uma parte importante dessa estratégia de manipulação é bem sucedida pela ausência de difusão do conhecimento acumulado em relação a essa questão específica. E há um traço muito autoritário, que é complicado, das intervenções desde a história da polícia médica, como Rosen (1980) descreve.

MJ: Do ponto de vista político e econômico, é claro que, seria ideal que essa população não tivesse qualquer agravo de saúde, mas que tipo de sociedade seria essa?

K: De controle, não é? E ao mesmo tempo você admite [...], quer dizer, veja o que está acontecendo agora com relação a essa pandemia da Influenza A ou o que aconteceu com a SARS, quando pessoas vindas de Hong Kong eram postas em quarentena no Canadá. Ou seja, tem algo quase que inerentemente autoritário: as medidas de interferência da saúde pública tradicional necessariamente colidem com liberdades individuais, porque, me parece que a questão é decidir em qual fórum de discussão política se define quem é o decisor para promover esse equilíbrio ético e dizer “considerando o que consideramos, nesta situação, efetivamente, eu creio que..”

MJ: Exatamente, acho que esse é o nó da questão.

K: Há alguns pressupostos. Primeiro, o pouco domínio, que, no fundo, tem a ver com o fato de a discussão sobre ciência continuar restrita, não só com relação ao produto do conhecimento, mas para entender como se chegou àquilo. Acho que é uma preocupação para as pessoas poderem ter uma perspectiva um pouco mais realista do que é a produção do conhecimento da ciência. E, na medida em que não se tem a possibilidade efetiva de discussão pública, fica tudo mais difícil, sobretudo num país como o Brasil onde o acesso à educação básica é tão ruim. Ou seja, se isso já é um caos nos Estados Unidos ou na Europa, onde todo mundo tem educação garantida após o segundo grau, aqui, como é que fica? A estatística publicada há pouco tempo sobre o Rio de Janeiro mostrou que 14% da população estudante, regularmente matriculada, cursando entre a 3ª e a 5ª séries, no município do Rio, eram analfabetos funcionais. Quer dizer, se o sujeito é analfabeto funcional, como se pode esperar que ele vá entender uma discussão complexa, envolvendo tantos elementos, como essa. É esse o espaço, ou melhor, é exatamente nesse terreno onde vai acontecer esse processo de manipulação. Para os dois lados. Tenho uma preocupação muito grande: não sei se cheguei a comentar contigo um texto que o Latour publicou, em 2004, em uma revista da Universidade de Chicago, denominado *Why has criticism ran out of steam*, no qual ele faz uma discussão baseada em algo muito característico, principalmente no governo Bush, que foram as tentativas de desacreditar a ciência como possibilidade de produzir resultado confiável em relação às questões politicamente controversas, fundamentalmente com relação ao aquecimento global. E também sobre a discussão sobre criacionismo nos Estados Unidos, com aquela história do ‘design inteligente’. Então, no meio do texto, ele pergunta “por que eu tenho

vontade de gritar que o aquecimento global é um fato?”. O Latour dizendo isso! Então, ele faz um resumo no final, afirmando que “essas ferramentas críticas foram desenvolvidas no sentido de proteger a sociedade do fechamento precoce da controvérsia científica, mas elas estão sendo recrutadas para fazer a instabilização onde não há controvérsia”. Eles até criaram um termo nos Estados Unidos, denominado *manufactroversy* (controvérsia manufaturada).

MJ: Como ? *Manufactroversy*?

K: *Manufactroversy*, é a estratégia que a indústria petrolífera, por exemplo, tem usado em relação à questão do aquecimento global.

MJ: Isso é um retorno à retórica, não? À retórica persuasiva.

K: Sim, mas, mais do que isso, não? Quer dizer, é interessante que ela [a indústria petrolífera] esteja se apropriando [do discurso crítico sobre a ciência]. Entretanto, se olharmos de fora, nos colocando à parte do debate da forma mais desapassionada possível, veríamos um estudo de caso extremamente interessante. Como a origem política dessa discussão é claramente pela esquerda, tem-se uma situação em que o que há de mais reacionário na direita se apropria das ferramentas retóricas que foram desenvolvidas no lado esquerdo do espectro político para criar essa suspeição. Então, se a ciência ainda não está estabelecida, como é que se pode acreditar? Quer dizer, o que se teria na década de 1960? No debate, haveria um lado, a direita, reafirmando o tempo todo a ciência como a verdade do fenômeno, e a esquerda problematizando. Mas, em algumas questões hoje em dia, particularmente em relação ao que tenho estudado atualmente, minha preocupação é como navegar nessa perspectiva crítica sem perder o que de fato é contribuição. Não acho que a única alternativa que se tem

para a saúde, por exemplo, seja acabar com toda a indústria farmacêutica, tirar todos os remédios de circulação, porque, de fato, para alguma coisa serve, já que efetivamente salvam vidas. A questão é como se altera essa realidade de forma a que fique mais transparente, mais aberta à crítica. Não há solução mágica.

MJ: Aí você entra no campo minado da medicalização...

K: Sim, há uma discussão superinteressante de um autor chamado Peter Conrad, sociólogo americano, que é um dos autores com maior publicação nesse campo nos Estados Unidos. Ele publicou um livro em 2007 chamado *The medicalization of society*, que faz um resumo de trinta anos de pesquisa, de vários momentos da carreira dele e fala algumas coisas muito interessantes, exatamente nessa linha. Primeiro, vejo que ele tem uma postura interessante do ponto de vista do estudo que diz que nem toda a medicalização é necessariamente má; ele tenta se abster de fazer um julgamento de valor a priori e ver o que está acontecendo. Ele mostra que há, de fato, tais consequências indesejáveis. Menciona vários estudos de caso pelos quais chama a atenção para o processo de desmedicalização, como ocorreu com relação à homossexualidade, embora pontue também que há o risco de remedicalização num momento em que se tem a pandemia HIV/AIDS, de um lado, e a discussão sobre a genética da sexualidade, de outro lado. Chama a atenção também para o que ele chama de motores emergentes da medicalização, que é um processo muito mais difuso do que o da década de 1960. Illich, por exemplo, e alguns outros autores, diziam algo assim: “os médicos medicalizam a sociedade”; assim, Conrad começa a mostrar que há uma correlação de forças bastante mais complicada. Eu penso que a medicalização se tornou um fenômeno difuso na cultura. Ele enfileira uma série de considerações, i.e., essa ideia da saúde como

consumo, criando pressão, e os interesses econômicos que estariam associados a esse fenômeno, que denominam *disease mongering*, de ‘vender’ doenças novas ou aumentar o escopo de doenças velhas, aumentando sempre o número de pessoas supostamente doentes. A *PLoS Medicine da Public Library of Science*, um portal de revistas abertas, que, em abril de 2006, publicou um número especial inteiro só falando de *disease mongering*; são vários artigos derivados de um seminário que tinha acontecido na Austrália naquele ano, onde há vários exemplos. Há um artigo do David Healy (2006) sobre a criança bipolar, onde ele estuda como são criadas as categorias diagnósticas ou expande os limites da categoria diagnóstica existente como forma de aumentar o mercado para o consumo de determinadas drogas. Mostra como é algo que, às vezes, acontece à revelia, ou seja, o médico também é alvo desse processo, e não necessariamente o gerador dele.

MJ: É um processo mais amplo, não? A pessoa cria um ideal de saúde, uma colusão entre seu desejo de saúde e o médico que alimenta esse desejo.

K: É o desejo de saúde associado à ideia de que se pode consumir saúde. Então, existem produtos que garantem minha saúde, e isso só funciona numa sociedade de consumo. Esse livro é muito legal.

MJ: Mas tem outro lado Kenneth, temos também o dever de saúde.

K: Ah, sim!

MJ: Tenho que me comportar de forma que eu promova saúde e não doença. Há uma série de imposições de vida.

K: Penso que é mais que isso, que se vê o estreitamento da definição do que é uma boa vida para uma vida com saúde, e uma vida com saúde entendida como vida sem doença.

Que é a grande implicância que tenho com a história da promoção da saúde. Quer dizer, se fosse perguntado a um grego na antiguidade o que é uma boa vida, ele definiria uma série de valores que foram progressivamente se perdendo com o tempo; parece que o projeto de vida das pessoas no presente é simplesmente fugir da doença. Há dois anúncios que têm algo muito parecido – um é de uma seguradora e o outro é um anúncio de estatina (remédio para controle do nível de colesterol). Os dois falam dos números. O da seguradora mostra as pessoas andando na rua enquanto vão aparecendo números, como “risco de sofrer algo” – quando vi lembrei logo de você –, “risco de sofrer um acidente” e mostra uma mulher descendo a escada rolante, 6%; “risco de não sei o quê”, x%. O outro anúncio é de uma suposta associação de profilaxia, alguma coisa como “qual o seu número”, e esse é o número do colesterol; é para se saber qual a sua dosagem de colesterol para poder cuidar dele. Então, aparecem pessoas andando na rua com o número do colesterol ao lado. Quer dizer, se transforma o gerenciamento da vida no gerenciamento dos riscos de saúde. A questão é que não há lugar para falar do prazer, não há lugar para falar do direito, não temos aspiração, não temos nada que nos ligue a questões transcendentais; tudo se reduz a como é que ficamos com saúde. E tudo passa a girar em torno disso. E há uma parte substantiva dessa questão que está fora do que se denomina serviço de saúde senso estrito, que é a academia de ginástica, os alimentos, não sei o quê. A vida das pessoas parece que passa a girar em função desse entendimento.

MJ: É uma transformação da noção de medicalização, que não quer dizer apenas medicamento, mas normas de comportamento.

K: O Conrad (2007) chegou a propor uma palavra, um nome horrível, ele mesmo admite que não é bom, ele fala em *healthicization* em vez de *medicalization* porque,

exatamente porque, como tinha dito nesta conversa aqui, eu vinha falando de sanitização mais do que de medicalização – ‘saudicização’ seria uma tradução ideal, não? –, que seria o processo de se reduzir a vida, a perspectiva da vida; é um reducionismo de saúde. E, outra coisa, as pessoas falam em promoção da saúde, mas todos os exemplos são sempre de evitação de doença, e essa é outra área em que tenho mais preocupação, porque é o primeiro pensamento medicalizante – uma parte importante da discussão, por exemplo, sobre o Programa Saúde da Família corre o risco de patrocinar essa intervenção generalizada. Por exemplo, há várias teses e dissertações lidando com o trabalho do agente comunitário de saúde, e uma, da qual participei da banca, me chamou a atenção: a menina citou o exemplo de uma agente comunitária de saúde que estava reclamando porque havia sido recusada por uma determinada pessoa da área da abrangência dela. Não permitiu que ela entrasse para fazer a visita domiciliar, e tem o direito de proibir. O problema é que a lógica do Programa não reconhece que as pessoas têm o direito de não querer que um profissional da área da saúde entre em sua casa. Mas há uma cota de atendimentos para receber o pagamento e, no final, depende do agente cobrir sua meta de visitar determinado número de famílias da região adscrita. Este é um exemplo pequeno, mas acho que ilustra esse risco de intervenção generalizada.

MJ: Certo, esse é um campo que acho especificamente interessante. Diante disso tudo, da medicalização, da sanitização, o direito de não querer ter saúde, de correr riscos, é negado.

K: Nem se concebe que haja algo como isso. Isso não existe.

MJ: Exato. Todos os usuários de drogas, quem não caminha, quem não come, quem come muita carne...

K: Ou quem come carne de menos.

MJ: Exato. Quer dizer, há pequenos e grandes riscos que a pessoa pode correr. Mas isso é visto como negativo. É o lado negro da sociedade. Agora, quando você falou de mediadores, disse que o médico era mediador. No caso da promoção de saúde, o tipo de mediação entre o consenso científico e a ação é de outra ordem; não carrega, por exemplo, o mesmo teor de autoridade que carrega o médico.

K: É, acho que há muito mais mediadores, não? Nesse sentido, é um esforço carregar autoridade; primeiro, há a questão de carregar a autoridade no discurso científico, não? Essa é uma constante, inclusive do ponto de vista retórico. “Estudos mostram que...”, “o estudo da universidade de não sei onde”, “o professor”... o que vejo como mais complicado é que essa retórica é muito mais pervasiva e tem um processo de naturalização de tal ordem que, às vezes, não é nem percebida. É um pouco o que você falava com relação à pesquisa que você fez da *Veja* (SPINK, 2012). É difícil se ter um olhar crítico sobre qualquer notícia relativa à saúde que aparece no jornal, i.e., atualmente, esse repertório está dado a priori e é relativamente recente no plano histórico. É muito pervasivo. Para qualquer lugar que se olhe, vê-se o próprio uso coloquial que as pessoas fazem de determinadas expressões, “você tem que se cuidar, se cuidar daquilo”. A ideia de fazer *check-up*, entendeu? Não está em lugar nenhum e está em todo lugar. Então, uma parte complicada nessa história é exatamente a invisibilidade desse processo de mediação. Quer dizer, está colocada em um lugar tal que faz parte do cenário, e essas são as situações que acho particularmente preocupantes, porque é muito mais fácil naturalizar quando não há uma fonte de discurso, uma cadeia de transmissão visível. Está entremeada em considerações infinitas.

Olhando os mecanismos de comunicação usados, é muito interessante perceber determinadas estratégias que têm uma eficácia dupla. Quando a indústria farmacêutica fala “Consulte seu médico” ou está fazendo determinados anúncios, promove uma aliança entre ciência, medicina e indústria. Está dizendo “Nós fazemos o que podemos...”. Há uma aluna minha que está fazendo a pesquisa de dissertação de mestrado exatamente sobre as propagandas da indústria farmacêutica (RABELLO, 2010). Uma das coisas que temos visto é a propaganda institucional, que não trata necessariamente de um remédio específico, mas de uma marca. E sempre com essa abordagem de ciência, de representações fantásticas da ciência. As propagandas mostram o laboratório imaginário, sempre com aquelas figuras: um microscópio, as pessoas vestidas de jaleco, alguém que segura um frasco com alguma coisa colorida, rodando o frasco. São símbolos muito fortes, muito estabelecidos: colam a imagem da ciência e afirmam que “o que eu vendo é confiável por causa da ciência”. Como o médico também está ligado à imagem da ciência, portanto, também é confiável. Ao mesmo tempo, há várias mensagens condensadas nesse processo. Então, se vê coisas como comercial de pasta de dente em que aparece um dentista dizendo que “eu garanto que isso funciona, porque...”. A margarina tem selo da Associação de Cardiologia, não? É difícil passar o dia sem estar tropeçando em quatro ou cinco exemplos dessa colonização da vida cotidiana.

MJ: Assim, fica mais complicado entender promoção de saúde, porque necessariamente é um conceito que se tem que...

K: É um conceito que não quer dizer nada, completamente esvaziado. É, tenho muito medo dessa ausência completa de crítica. Gosto muito de história em quadrinhos e há uma chamada Sandman, de um escritor britânico chamado Neil Gaiman. Ele se baseia

naquela figura lendária que joga poeirinha nos olhos das crianças para fazê-las dormirem. Ele faz a ponte com o que seria o Morfeu dos gregos e cria um universo muito interessante. Há uma determinada história onde o senhor do inferno – Lúcifer, que seria o demônio da literatura cristã – desiste e diz “oh, toma aqui a chave do inferno e você resolve o que vai fazer”. E vai embora. Lúcifer abandona o inferno e as almas penadas começam a sair do inferno, causando o maior problema. E Morfeu tem que resolver para quem ele vai entregar a chave. Nisso, os deuses das várias tradições vêm fazer petição para anexar o inferno aos seus domínios. No final do processo, ele resolve entregar a chave para o representante do deus da tradição judaico-cristã. O deus da tradição judaico-cristã entrega a chave nas mãos dos seus dois anjos. As almas são chamadas de volta e o anjo chega perto de um sujeito sendo supliciado diz “nós o estamos torturando não porque o odiamos, mas porque o amamos”. O sujeito amarrado responde “mas isso faz tudo ficar pior...”. Fico preocupado com essa abordagem de “é com a melhor das intenções”. Ela é mais perigosa, porque quem age convencido de que está imbuído das melhores intenções e que não possui a menor dúvida sobre o que está fazendo, vai acabar fazendo bobagem. Há essa aplicação ambígua, acrítica, com relação à promoção da saúde. E é onde ela se mostra mais autoritária, porque pressupõe que é um saber que dá conta de tudo, que resolve todos os problemas. Ou seja, não posso não entrar na casa de uma pessoa; ele não pode me dizer que não posso entrar na casa dele. Temos dois processos: por um lado, todo o horizonte de expectativas da pessoa se reduz a “ter saúde”, ao mesmo tempo em que a definição de “saúde” se expande para abranger todos os aspectos da vida humana. E a própria discussão de saúde, que é outra coisa sobre a qual não falamos, mas, assim, temos os dois processos: tudo se reduz à saúde e a saúde vira tudo. Então, qualquer coisa que se faça pode ser subsumido pela ideia

de saúde: se eu gosto de música, vou ouvir música não pelo prazer da música, mas porque é saudável e faz bem para alguma coisa. Isso tem consequências, inclusive políticas. Olhando para o passado, a Rosinha reduziu o orçamento da área de saúde, que tem a rubrica da saúde, para financiar restaurante popular, porque, afinal de contas, alimentação também é saúde. Então, torna-se algo completamente sem limite. Há um potencial de intervenção generalizado para todo lado... E acho que tem algo importante nisso – gostei do que o Conrad (2007) fala no livro dele: não é necessariamente uma realidade só da medicina oficial, já que o fato de ser alternativo não quer dizer que não seja medicalização. E o que fico vendo é que há determinadas propostas terapêuticas alternativas que são talvez mais medicalizadoras ainda, porque qualquer atitude que se tome durante o dia, em princípio, está voltada para a ideia de saúde. Inclusive, numa dissertação de mestrado da qual fui da banca, o autor entrevistou vários profissionais que trabalham com terapêuticas alternativas e um deles definiu o terapeuta da sua linha como uma mistura de padre, professor e médico. Perguntei onde me esconderia de tal sujeito, porque, assim, não tem lugar onde se possa ir que se esteja a salvo dessa intervenção.

MJ: Kenneth, fale um pouco das tuas pesquisas, do teu horizonte de pesquisas. Você falou dessa da Organização Mundial de Saúde, das agências internacionais, do Banco Mundial.

K: Vamos comparar a OMS e a UNAIDS, para ver se há diferença.

MJ: E qual que é exatamente o objetivo?

K: A ideia é ver como os achados de pesquisa se transformam em recomendações de políticas, olhando para as organizações internacionais como um locus de proposições de políticas.

MJ: Os fazedores de política mesmo. Não na implantação de política, mas na elaboração da política.

K: Até por causa da hipótese que se tem; aliás, não é hipótese, porque acho que já temos elementos suficientes para afirmar que essas organizações têm um poder de indução muito forte. Não é só pelo dinheiro. É de novo a questão da autoridade epistêmica. Na medida em que se afirmam como autoridades epistêmicas e são aceitos dessa forma, acabam tendo um peso muito grande. Estou terminando – quer dizer, na verdade nunca se termina, transforma-se em outras coisas –, fechando agora um ciclo em que trabalhava com apropriação comercial da ciência. A ideia é estudar esses mecanismos de difusão controlados pela indústria farmacêutica sob uma perspectiva mais epistemológica: olhar a forma de argumentação, a linguagem. Temos encontrado alguns dados interessantes, bastante animadores. Para não ficar muito vago, estamos olhando para dois grupos de medicamentos: antirretroviral e anti-hipertensivo, analisando o tipo de propaganda que os representantes da indústria farmacêutica veiculam, as estratégias de difusão que estão usando. Vemos que a quantidade de propaganda para antirretroviral que os representantes da indústria farmacêutica entregam para os ambulatórios, por exemplo, do serviço público, clínica particular e hospital universitário é praticamente inexistente. E para anti-hipertensivo é imenso. Por quê? Porque, hoje, para o antirretroviral, há: a) o consenso: anualmente, especialistas patrocinados pelo Ministério da Saúde se reúnem para fazer um protocolo; b) a compra do medicamento pelo Governo e administração pelo Programa Municipal. Assim, não se tem o incentivo comercial para comprar o remédio. Ninguém compra do próprio bolso ou coisa que o valha. A prescrição e dispensação de antirretrovirais são processos regulados por instâncias governamentais; isso mostra a possibilidade que você tem de criar um

mecanismo de controle onde essa influência possa ser exercida. Estou propondo agora, para a renovação da bolsa na UERJ, uma discussão casada da medicalização com o complexo industrial, no sentido de esclarecer como a situação de conhecimento é um pouco a cola que faz com que a medicalização e os componentes do complexo médico-industrial permaneçam juntos. É exatamente com base na manufatura de determinadas formas de conhecimento e na circulação diferencial de alguns produtos e informações que se criam mercados, e por aí vai. Há uns exemplos na literatura com a qual tenho trabalhado que dizem respeito, novamente, à história do risco e se relacionam, por exemplo, com a hipercolesterolemia. Há estudos epidemiológicos que estabeleceram uma conexão razoável – sem entrar na discussão metodológica, acho que se transformou em um fato científico, utilizando a discussão do Latour – entre a hipercolesterolemia e a doença coronariana. Até aí tudo bem. O problema é como se define hipercolesterolemia. É um processo estatístico e demanda a definição de um ponto de corte, que contém um componente meio arbitrário. Não se pode dizer a partir de qual limiar se considera um risco aceitável as pessoas conviverem com aquele nível de colesterol plasmático. Pois bem, havia uma recomendação sobre o que era a faixa alta. O *American Cardiology Association* tem um comitê para discutir o colesterol. Esse comitê se reuniu e propôs o rebaixamento do valor máximo admissível para o colesterol. Há uma classe de medicação introduzida no mercado recentemente, as estatinas, que fazem com que o colesterol plasmático diminua. Ao fazer tal redução, que é de fração de um decigrama por decilitro a menos, automaticamente, só nos Estados Unidos, os potenciais usuários de estatina passam de 13 para 36 milhões. O mesmo aconteceu com a hipertensão e com a diabetes. É outro exemplo da história do ponto de corte de que eu estava falando. Assim, olha-se o painel que fez essa discussão e os 11 médicos que vão

tomar parte na discussão, e constata-se que dois terços são financiados pela indústria farmacêutica que produz a estatina.

MJ: É, complicado. Eticamente...

K: Não é preciso haver uma teoria conspiratória, porque o negócio é muito escancarado. É a história do conflito de interesses. Li um artigo no *British Medical Journal*, de um médico, acho que inglês mesmo, do Reino Unido, Ian Chalmers (2006), que foi presidente do *Royal College of Physicians*, uma figura importante e um dos proponentes da medida de declaração do conflito de interesses. O artigo é quase um desabafo: “olha, isso aqui não está adiantando mais nada”. O que deveria ser uma forma de se criar um mecanismo de controle e, possivelmente, até de constrangimento para existência desse conflito de interesse, virou um impasse, porque, na medida em que todo mundo tem conflito de interesse, deixa de ser considerado vexatório. Então, o que estou querendo estudar agora, do ponto de vista de pesquisa, é exatamente focado na geração e difusão do conhecimento: onde a geração e a difusão do conhecimento estão passando, como é que se constroem esses argumentos, como é que se cria, como é que se trabalha com a própria essência da pesquisa no sentido de se criarem filtros seletivos para divulgação de determinados achados. Existe algo mais ou menos já coletado nesse sentido, principalmente em relação aos livros que estava mencionando, que descrevem a estratégia de fazer publicação seletiva. Faz-se um estudo de medicamento e só se publica o que dá resultado positivo. Quando se faz comparação de drogas, compara-se uma dose plena de uma droga nova com uma sub dosagem da droga anterior e se seleciona a população com a qual se vai trabalhar em específico. Enfim, tem-se uma série de recursos. Eu acho que a palavra é mesmo manipulação: é algo deliberado, que interfere no processo de pesquisa para produzir o resultado que convém.

Tive uma orientanda que terminou a dissertação de mestrado em 2008 (MIGUELOTE, 2008); trabalhamos com o que estamos chamando de pseudo pesquisa – não dão esse nome na literatura – que é outra estratégia de marketing da indústria: faz-se uma suposta pesquisa que não é pesquisa coisa nenhuma. Tem-se um tipo de medicamento que já está no mercado e está supostamente financiando uma pesquisa, mas, de fato, é uma forma de difundir o uso daquele medicamento, normalmente num hospital universitário. Com isso, expõe-se o estudante de medicina, futuro médico, a uma droga que está sendo introduzida no mercado em uma circunstância que cria uma representação positiva daquela empresa: “Olha só, esse remédio, eu vi que estavam fazendo pesquisas com ele”. Há um artigo muito interessante (STEINMAN ET AL, 2006), muito específico, mas uma ilustração importante do que estávamos falando: nos Estados Unidos, quando se registra um medicamento qualquer no FDA, registra-se para uso específico. Então, há uma substância que, com uma ação farmacológica qualquer, foi identificada como eficaz para tratar dor de cabeça. Esse é o uso sancionado, mas se o médico quiser usar para tratar de coceira, pode, porque ele tem autonomia para isso. O médico pode fazer o que desejar. Se ele quiser usar antibiótico para tratar a caspa, pode. Não existe nenhuma restrição legal. Mas a indústria não pode comercializar dessa maneira. Não pode dizer “esse remédio serve para...”. Para poder fazer propaganda, comercializar o uso, ela tem que ter feito um estudo clínico registrado no FDA. Só que custa caro. Na medida em que o medicamento já está no mercado, existe um incentivo comercial para vendê-lo para outros usos e alargar a base de usuários. Existia uma empresa, que não me lembro do nome, que fez uma droga chamada gabapentina, aprovada como uso auxiliar no tratamento de determinadas formas graves de convulsão. No meio do caminho, começaram a dizer que também servia para tratamento da dor crônica. Então, a empresa

começou a fazer propaganda dessa finalidade e foi acionada na justiça. Como parte da ação, foi necessário entregar a documentação. Durante o processo, a *Pfizer* comprou a empresa farmacêutica e chegou à conclusão que era mais econômico tentar fazer um acordo extrajudicial. Pagou o que tinha que pagar, arquivou-se o processo e acabou a história. Depois, um grupo de pesquisadores, com base no *Freedom of Information Act*, fez uma requisição e resgatou os documentos internos da empresa. Então, todas essas coisas que a gente sabe que acontecem, eles encontraram documentadas nos papéis internos da empresa que fabricava o medicamento. Mostrava como, em verdade, o marketing propriamente dito, aquilo que é lançado no balancete anual da empresa como marketing, é a ponta do iceberg. Em certo sentido, quase tudo que a indústria faz é marketing: financiar ida de médico a congresso, às vezes escrever artigos e pagar a alguém para assinar, além da educação continuada. Tudo aparece documentado nos papéis internos da empresa, mostrando, assim, além de qualquer dúvida, que a empresa de fato age dessa forma.

MJ: Como são esses procedimentos de divulgação desses documentos? Isso acontece no Brasil?

K: Não há base, porque existe um instrumento legal para isso. Depois do Nixon. Uma lei relativamente recente permite, se não for sigilo de Estado, requerer qualquer documento sob a guarda pública. É assim que eles têm conseguido. Muita coisa começou vir a público. Foi o que o Bush tentou mudar, não? Em relação aos documentos da própria presidência, ele aumentou o escopo e o período do que pode ser guardado sob sigilo. Aqui no Brasil, até hoje, não se tem acesso aos documentos da Guerra do Paraguai. Só para se ter ideia: 130 anos! Seria uma fonte interessante se fosse possível ter acesso.

MJ: Sem dúvida.

K: Lá há a FOIA. A lei é denominada *Freedom of Information Act*. Acho que é do fim da década de 1970, início da década de 1980. Foi quando começaram a descobrir uma porção de falcatruas no Pentágono: chegaram mesmo a fazer uma licitação para comprar martelo e cada martelo custava dez mil dólares. Algum cidadão pediu a documentação e constatou-se que todas as fraudes estavam contabilizadas nessa rubrica.

MJ: Fascinante! A tua mestranda trabalhou exatamente com o quê?

K: Ela entrevistou médicos que estariam fazendo pesquisa, professores de medicina que estariam fazendo pesquisa num hospital universitário do Rio de Janeiro. Estávamos tentando ver que pesquisa era essa. Por isso, começamos a denominar pseudo pesquisa. O protocolo vem fechado do exterior, os dados são recolhidos e enviados de volta, a análise também é toda realizada no exterior, bem como a escrita do artigo. Esse sujeito pode ganhar a coautoria de um artigo, que pode ser publicado nas melhores revistas do ramo. É algo meio perverso. Conheço um sujeito que é professor titular com base nesse expediente. *No names*, mas...

MJ: *No names*, mas... esse fato é conhecido.

K: Essas entrevistas feitas por minha aluna continham coisas do arco da velha. Um dos entrevistados estava furioso com o comitê de ética da instituição que proibiu a

pesquisa, porque o procedimento continha algo que fazia com que o sujeito ficasse sentindo dor durante um período de tempo até receber a medicação. Ele disse que “Não sei por que essa palhaçada por ficar duas horas sentindo dor. Pobre vai para o hospital e fica seis horas numa fila até conseguir ter remédio, porque não pode passar por tal procedimento...”. Entendeu? Há também a questão envolvendo classes, ou seja, a relação com a população pobre, que está sujeita a tal situação; há uma série de outras considerações. Mas o que estávamos querendo explorar era qual é a tal da pesquisa.

MJ: Impressionante é que eles concederam a entrevista.

K: Mas é isso, eles não acham que estão fazendo nada de errado. Pensam que são cientistas. Esta, eu vejo como uma questão interessante. O que eu estava falando com base no Fleck (1981): o clínico e o médico não são de nenhum círculo exotérico de nenhuma das disciplinas, portanto, não são cientistas. Essas pessoas não aceitariam jamais essa realidade. E assim, concretamente, não são competentes para fazer pesquisa, não têm formação técnica, não têm formação em epidemiologia. Um estudo sobre droga é basicamente um estudo epidemiológico. O sujeito não tem treinamento para fazer isso, mas se julga cientista. Ficaria ofendidíssimo, inclusive, se soubesse que estou dizendo que ele não é um cientista.

MJ: Olha, você me deu várias pistas interessantes. Super obrigada. Eu acho que foi uma conversa riquíssima. ■

Referências

- ANGELL, M. *The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it*. New York: Random House Digital, Inc., 2005.
- BERO, L. A.; SLADE, J.; BARNES, D. E. (Ed.). *The cigarette papers*. Berkeley: University of California Pr, 1996.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. A razão inconstante: ciência, saber e legitimação social. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 14, 2007, Rio de Janeiro. *Anais...* Porto Alegre: Evangraf Ltda., 2007. p. 17-34.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Male circumcision and HIV: a controversy study on facts and values. *Global Public Health*, Londres, v. 8, n. 7, p. 769-783, 2013.
- CHALMERS, I. From optimism to disillusion about commitment to transparency in the medico-industrial complex. *J R Soc Med.*, Londres, v. 99, p. 7, p. 337-341, 2006.
- CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: JHU Press, 2007.
- DOLL, R.; PETO, R. Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, Londres, v. 2, n. 6051, 1525-1536, 1976.
- FLECK, L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press, 1981.
- HACKING, I. *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press, 1999.
- HEALY, D. The latest mania: selling bipolar disorder. *PLoS Medicine*, São Francisco, v. 3, n. 4, e185, 2006.
- KASSIRER, J. P. *On the take: how medicine's complicity with big business can endanger your health*. New York: Oxford University Press, 2005.
- LATOURE, B. Why has critique run out of steam? From matters of fact to matters of concern. *Critical inquiry*, Chicago, v. 30, n. 2, p. 225-248, 2004.
- MIGUELOTE, V. R. S. *A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica: uma co-produção de técnicos e técnicas de poder*. 2008. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- PERREY, C. et al. De la recherche scientifique à la re-commandation de santé publique: la circoncision masculine dans le champ de la prévention du VIH. *Sciences sociales et santé*, Paris, v. 30, n. 1, p. 5-38, 2012.
- RABELLO, E. T. *Representações sociais mobilizadas pela propaganda televisiva de medicamentos: intersecções entre ciência, saúde e práticas de consumo*. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SPINK, M. J. P.; LISBOA, M. S.; RIBEIRO, F. G. R. G. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.13, n.29, p. 165-177, 2009.
- SPINK, M. J. P. Cérebro, *self* e sociedade: uma conversa com Nikolas Rose. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 301-324, 2010a.
- _____. O conhecimento como forma de resistência: uma conversa com Lupicínio Íñiguez-Rueda. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n.34, 693-703, 2010b.
- _____. Aventura, liberdade, desafios, emoção: os tons do apelo ao consumo do risco-aventura. *Política & Trabalho: revista de Ciências Sociais*, n.37, outubro 2012, p. 45-65, 2012.
- STEINMAN, M. A. et al. Narrative review: the promotion of gabapentin: an analysis of internal industry documents. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 145, n. 4, p. 284-293, 2006.
- THUN, M. J. et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 368, n. 4, p. 351-364, 2013.

Recebido para publicação em janeiro de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve