

# **Propriedade intelectual, cartografia de patentes: a agência do medicamento<sup>1</sup>**

Flora Rodrigues Gonçalves (UFMG)

**Palavras-chave: antropologia da ciência, propriedade intelectual, patentes**

## **Resumo**

O objetivo desse trabalho é compreender como as patentes de medicamentos acionam uma multiplicidade de mundos e agentes que parecem, à primeira vista, invisíveis. As patentes fazem parte de um mecanismo que nem sempre envolve apenas inovação e competição. Essa discussão, fruto de minha pesquisa em andamento no Doutorado, surgiu da necessidade de discutir a proteção patentária de alguns remédios quando eu tive, como experiência pessoal, de acionar a Farmácia de Alto Custo do SUS e conviver com todas as questões que os remédios e seus usuários enfrentam diariamente.

Dessa forma, a partir de uma análise antropológica, pretendemos compreender porque as patentes são formas de experimentar o mundo. E talvez, uma das formas mais violentas possíveis.

## **1.Preâmbulo**

No final de 2016 recebi o diagnóstico de ser portadora de uma doença autoimune. A partir desse momento, percebi que a doença é apenas uma parte pequena do agenciamento que é tornar-se doente. São inúmeras as relações que compõem seu mundo, que é o mundo de tantxs outrxs: a relação com os médicos, a relação com o Governo, a relação com a indústria farmacêutica, a relação com os outros doentes, a relação com os medicamentos.

Em particular, a relação com os medicamentos me chamou atenção, não só pelo paradoxo em que ela se envolve, visto que, junto com os medicamentos, outros objetos são fabricados para que eles sejam, de fato, mais do que uma substância química; a agência medicamento envolve segredos, placebos e, principalmente, as patentes. Geralmente, a linguagem convencional usada pelos profissionais de saúde separa o

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 09 e 12 de dezembro de 2018, Brasília/DF.

medicamento das outras coisas: existe a ênfase na tecnologia e o descompasso nas relações.

A primeira vez que escutei que seria dependente de um remédio de alto custo, que me auxiliaria na diminuição dos surtos da doença, foi numa tarde de novembro de 2016. No consultório médico de uma das especialistas em esclerose múltipla no Brasil, ela disse que me indicaria o uso de um medicamento de primeira linha e que eu teria que me adaptar às reações adversas que certamente o medicamento acionaria em meu corpo. Depois dessa breve história sobre o efeito do remédio (quem ousaria dizer que o efeito-sugestão já estava dado pelas palavras endurecidas da médica), ela me perguntou se eu gostaria de ter mais filhos – pois a medicação é incompatível. Sem saber o que responder, eu disse: “Eu gostaria de saber com sinceridade qual será minha qualidade de vida, se vou conseguir cuidar de meus filhos já nascidos”. Ela respondeu: “os medicamentos estão muito modernos. Você conseguirá ver seus filhos se formarem”. Eu perguntei: “Mas em quais condições”? Ela respondeu: “Não posso te dizer”. Mais tarde, fazia uma pergunta semelhante para mim mesma: Quanto tempo eu vou viver tomando esse medicamento? Esta provavelmente foi a pergunta que estimulou a vontade de escrever esse capítulo.

Pensando no medicamento enquanto artefato, compreendemos que “eles são manifestações físicas da virtuosidade técnica e da criatividade de seu criador” (Strathern, 2015: pag.208). Porém, em uma realidade onde os direitos de propriedade intelectual repousam em um mundo industrial, tanto a criatividade quanto a inventividade do(s) pesquisador(es) são centrifugadas em um longo e complicado processo que, ao final, dão origem ao medicamento patenteado. Os inventores, seres sem nome, separados de seus inventos, assistem pacificamente seus arranjos moleculares se transformarem em patentes e dali serem nomeados comercialmente por alguma das grandes indústrias farmacêuticas existentes.

O medicamento também ultrapassa seu valor farmacológico (Nair Leite, Vasconcellos, 2010). Isso significa que ele vai além de sua produção, divulgação e consumo. O medicamento quando bem utilizado, é o ponto chave de um tratamento eficaz. Mas o medicamento, tal como me era colocado, era uma caixa-preta encerrada pelos vencedores da história. Se no medicamento repousa o encanto, certamente não é apenas por seu poder de cura: talvez, seja muito mais porque as pessoas acreditam em seu poder de cura, através de incontáveis discursos que centralizam o medicamento enquanto purificam (ou isolam) suas demais dimensões.

Muitos estudos foram publicados com o intuito de refletir sobre o uso do medicamento enquanto molécula (Pignarre, 1999) e enquanto artefato (Akrih 1996, 2009, Sanabria, 2009), repensando as substâncias farmacêuticas enquanto transformações em objetos e sua materialidade a partir de seu consumo. A intenção aqui é explorar as possibilidades que o medicamento agencia a partir da [minha] experiência particular de indicação e uso de um certo tipo de remédio, que, em algum momento, passou a ser mais do que um objeto farmacêutico: passou a ser um mediador nas relações com outros pacientes, com os profissionais de saúde e com o Estado. Neste artigo discutiremos as relações que são envolvidas na agência-medicamento, ou seja, nas relações que ela envolve, seja no seu dispositivo técnico, seja no seu pertencimento à uma classe muito específica de propriedade: a patente.

Porque um estudo de patentes como experiência de autoria? Quando a autoria é discutida no âmbito industrial, ou seja, quando ela é uma invenção que requer propriedade, ela se dissocia da propriedade intelectual e participa de outro tipo de propriedade: a propriedade industrial. Curiosamente, os medicamentos e suas patentes perpetuam, como mostraremos, uma não-autoria. Isso significa que eles são isolados enquanto remédios: são apenas do domínio da tecnologia, seus autores (inventores e criadores) são nomes de laboratórios. Ou são segredos industriais. Ou concessões do Estado. Dificilmente humaniza-se a relação que o medicamento aciona: se o paciente não se adaptou ao medicamento, o problema é do paciente. Ele se torna assim, mais um número de teste.

As patentes assim como as autorias, são formas de experimentar o mundo. Se insisto nessa ideia, é porque elas se encontram. Também é importante lembrar que esse trabalho parte de um caminho percorrido que é muito particular: o meu próprio (caminho). Isso significa que não é pretensão esgotar as discussões sobre antropologia da doença, ou antropologia do medicamento. O único intuito aqui é pensar propriedade intelectual, medicamentos, patentes, corpos que faltam e corpos que precisam faltar a partir de uma história que é, em certa medida, a história de todos nós.

## **1.2. Patentes de Medicamentos: Leis, acordos, comércio e segredos**

A propriedade intelectual protege diversos bens: desde textos, pesquisas, imagens, marcas geográficas, criações artísticas, até produtos e invenções tecnológicas. Juridicamente, a propriedade intelectual é compreendida como um sistema de proteção a

todos os tipos de propriedade que resultem da criação do espírito humano (OMPI/INPI (2016)). A patente é uma forma de proteção da propriedade intelectual: é um documento concedido por um órgão governamental mediante solicitação de pessoa física ou jurídica.

As patentes estão sob a designação de criações industriais. No Brasil, segundo a Lei da Propriedade Industrial (Lei nº 9279 de 14 de maio de 1996)<sup>2</sup>, as patentes podem ser de invenções (PI) ou patentes de modelo de utilidade (MU). As patentes de invenções precisam cumprir, necessariamente, três requisitos:

- 1) A patente deve ser uma novidade, ou seja, deve ser sobre alguma invenção de objeto ou campo tecnológico que ainda não tenha sido patenteado;
- 2) A patente requer uma atividade inventiva. Segundo o artigo 13 da Lei de Patentes, “a invenção é dotada de atividade inventiva sempre que, para um técnico no assunto, não decorra de maneira evidente ou óbvia do estado da técnica”. Isso significa que a patente tem que ser não óbvia, capaz de surpreender até o especialista da área onde o pedido de patente foi depositado;
- 3) A patente deverá ser útil, ou seja, deve ter uma aplicabilidade industrial aparente.

As patentes de modelo de utilidade são patentes requeridas para uma nova disposição ou uso de um objeto que já existe, cabendo apenas aprimorar a funcionalidade daquele objeto. Um exemplo é a tesoura para canhotos ou a tesoura de poda com cabo giratório (OMPI/INPI (2016)).

No Brasil, para realizar um pedido de patente, depois de uma busca prévia – para saber se a patente já existe - é necessário que o autor deposite seu pedido de patente no Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI). O INPI é uma autarquia federal vinculado ao Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços e é responsável pela gestão dos processos de concessão e direitos relacionados à propriedade industrial no país. Em seguida, paga-se uma taxa de recolhimento ao INPI para que se dê início ao processo. Com a guia de recolhimento quitada, o requerente deve reunir alguns documentos sobre o conteúdo técnico da patente e depois depositar o material no INPI. A partir desse momento, o pedido passará por exames técnicos e, caso seja aprovado, após 18 meses de sigilo, é publicado. As patentes de invenção são válidas por 20 anos e os modelos de utilidade são válidos por 15 anos.

---

<sup>2</sup> A Lei da Propriedade Industrial é também conhecida como “nova Lei de Patentes”. Porém, o registro de patentes é regulado por outra lei, de 1971, a Lei nº 5573.

Os números de registros de patentes têm crescido rapidamente ao longo dos anos. Segundo relatório da OMPI<sup>3</sup>, em 2016 cerca de 1,35 milhões de patentes foram concedidas no mundo e a tendência é que esse número avance. A incorporação de todos os campos tecnológicos como objetos de proteção à propriedade intelectual a partir da década de 90 fez com que produtos que não necessitavam de proteção patentária fossem, obrigatoriamente, objetos de proteção. Esse é o caso de produtos farmacêuticos, como veremos a seguir.

A primeira legislação brasileira sobre patentes, não sem controvérsias, foi em 1809, quando Dom João VI “permitiu” o desenvolvimento da manufatura no Brasil. Os critérios de concessão que hoje são empregados para assegurar uma patente são heranças dessa época. Critérios como novidade, aplicabilidade industrial e inventividade (embora questionáveis) já eram utilizados pelo Império, o que resultou na determinação de direitos aos inventores e criadores na Constituição Imperial de 1824. Em 1830, Dom Pedro I assinava nossa primeira Lei de Patentes:

“A primeira lei de patentes surgiu em 1830 e, além de ter uma política mais ampla de fomento à indústria, protegia os inventores, assegurando-lhes o uso exclusivo da descoberta por períodos de cinco a 20 anos. (...) No caso brasileiro, os avanços ocorreram unicamente em consequência da política de fomento à indústria”. (Marcolin, 2002)

A internacionalização e expansão industrial acabou por levar a realização da primeira Conferência Internacional sobre o tema em 1873, na cidade de Viena. Como resultado dos debates sobre propriedade industrial, em 1883 a Convenção de Paris firmou um documento sobre proteção a propriedade industrial, do qual o Brasil foi signatário. Até 1923, o Brasil adotou o sistema de livre concessão, ou seja, não existia exame prévio para a concessão de patentes – o que mudou posteriormente, com a criação do Instituto Nacional da Propriedade Industrial em 1970 e com a Lei n°5572, em 1971.

A Lei n°5572 é conhecida como a antiga Lei de Patentes e instituiu o código da propriedade industrial. Essa Lei foi revogada em 1996 com a Lei n° 9279, atual Lei sobre Propriedade Industrial, com intuito de harmonizar nosso sistema de patentes ao funcionamento do sistema de patentes mundial. Soma-se a isso a criação da TRIPS e a Rodada do Uruguai do GATT, ambas em 1994, onde as negociações sobre a propriedade

---

<sup>3</sup>Disponível em: <http://www.sibi.usp.br/noticias/relatorio-da-ompi-revela-retrato-das-atividades-de-patenteamento-no-mundo/> Acesso 05/07/2018

intelectual pressionaram o Brasil a modificar sua lei de patentes, principalmente no que fazia referência às patentes de medicamentos.

Isso significa que as patentes de fármacos só começaram a funcionar no Brasil após a assinatura do TRIPS, como uma das exigências impostas pelo governo norte-americano para a participação brasileira. Anteriormente, as patentes para remédios eram proibidas pela antiga Lei de Patentes e as invenções relativas à essa área eram de domínio público. Como forma de se adaptar ao comércio mundial, o Brasil revogou a antiga lei e instaurou a nova Lei de Patentes, que permite a concessão a patentes de medicamentos, alimentos ou substâncias químicas. Para Leonardo Targa, Marc Antoni Deitos e Rebeca Vergara de Souza (2010), antropólogos que pesquisaram sobre o regime de propriedade intelectual e o acesso à saúde no Brasil, antes do acordo TRIPS, o patenteamento dos fármacos era uma decisão exclusiva de cada país. Isso mudou radicalmente com a adoção do acordo, que obrigou os signatários a utilizar apenas medicamentos patenteados, além de incluir outros mecanismos que dificultam a adoção de políticas que favoreçam medicamentos genéricos, por exemplo. Segundo eles:

“O principal impacto do TRIPS na saúde pública é a manutenção do monopólio comercial detentor da patente pelo período de vinte anos, o que favorece altos preços, os quais, por sua vez, dificultam ou mesmo impossibilitam políticas públicas de universalidade”. (2010: pag.35)

O pipeline, um mecanismo de revalidação de patentes, também fez com que o Brasil concedesse uma série de patentes que foram depositadas e concedidas no exterior antes de 1996. Devido ao pipeline, muitos medicamentos que já estavam próximos de expirar a patente ou até de caírem em domínio público, foram revalidados – postergando, inclusive, a possibilidade de produção de genéricos (Vergara de Souza et al., 2010).

Esse cenário prejudicou políticas anteriores de universalização ao acesso de medicamentos para doenças graves, como foi o caso de enfermidades como AIDS e esclerose múltipla. A obrigatoriedade de cessão de patentes para as indústrias farmacêuticas aniquilou a produção local e desestruturou os preços mais acessíveis praticados antes da assinatura do TRIPS. Para Chaves, Vieira e Reis (2008):

“A nova lei brasileira de propriedade industrial buscava adequar-se às regras de direito internacional estabelecidas no âmbito da Organização Mundial do Comércio - OMC, criada em dezembro de 1994. Os Estados Membros assinaram

uma série de acordos multilaterais, dentre os quais o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo TRIPS ou Acordo ADPIC), o qual estabeleceu a obrigatoriedade de reconhecimento da propriedade intelectual para todos os campos tecnológicos, incluindo o setor farmacêutico. (...) No caso dos medicamentos, componente essencial para a garantia do direito à saúde, o TRIPS passou a tratá-los como qualquer outra mercadoria, trazendo prejuízos e barreiras importantes para a implementação de políticas de saúde, conforme será exposto adiante. (2008: pag.174)

Dessa forma, a partir da adesão do Brasil à TRIPS, as políticas de acesso universal aos medicamentos e tratamentos de saúde começaram a ser influenciadas pela obrigatoriedade dos fármacos patenteados. Os altos preços dos medicamentos patenteados acabam por onerar as despesas em saúde pública, além de excluir qualquer possibilidade de concorrência comercial, visto que os produtos patenteados são exclusivos e sujeitos aos valores praticados segundo o laboratório detentor da patente.

Os inventores dos fármacos patenteados, esses pesquisadores sem nome – ou sem autoria – é um reflexo da forma que a política sobre as patentes é pensada. Se, por um lado, a autoria da propriedade industrial evidencia que materialmente só se pode patentear com o auxílio financeiro de grandes corporações farmacêuticas ou centros de pesquisa financiados em parceria com o poder privado, Strathern (2015) nos chama atenção de que, por outro lado, esses inventores sem nome poderiam até ser nomeados, mas, quando não conhecidos, eles ajudam a “refletir uma área de capacidade difusa ou generalizada, fortalecendo, nas pessoas, o sentimento de que todas são herdeiras de uma criatividade coletiva”. (2015: pag.209)

A patente funciona sobre um duplo: ela protege algo materialmente corporificado pelo inventor, um dispositivo que foi, antes de ser dispositivo, uma ideia. Ao mesmo tempo, a patente transforma essa ideia – criativa do invento – em uma forma passível de utilização. Para Strathern:

“ [O modo de proteção das patentes] é um direito de propriedade que assume a forma de monopólio: a patente conecta a invenção exclusivamente ao inventor. Ao fazê-lo, ela também desconecta dele, sob a forma de conhecimento: o acordo de patentes compele o inventor a conceder a informação para o mundo acerca de como recriar o artefato. As patentes produzem, simultaneamente, propriedade privada e informação pública”. (2015: pag. 221)

Porém, em países como o Brasil e demais signatários do TRIPS, o regime de propriedade industrial cria um monopólio que é canalizado pelo detentor de patente (Strathern, 2015), que tem acesso exclusivo e controle sobre seu invento. A ideia de que a patente contribui para o bem comum ao criar informações públicas implica, ao mesmo tempo, no monopólio criado por ela, que condensa diversos processos em um dispositivo único, legalmente patenteável.

No caso do fármaco, as patentes são sobre a substância ativa – mesmo que isso restrinja a sua aplicabilidade e acessibilidade para outros. Essa, provavelmente, é uma das grandes críticas às patentes de medicamentos: ao se patentear o princípio ativo, o desenvolvimento por outros pesquisadores e centros de pesquisas é impedido. Se procurarmos nas revisões sistemáticas e inclusive na revisão Cochrane<sup>4</sup>, veremos que até para pesquisadores independentes as moléculas bases de medicamentos patenteados são negados ou seu acesso é dificultado ao extremo. Muitas vezes, parece que o que é protegido é o direito de outros não reproduzirem o invento sob qualquer circunstância – e não a proteção do invento em si, mesmo que seja para a contribuição de uma coletividade, ou um bem comum.

As patentes funcionam sob segredos, ou melhor, o sigilo e o segredo começam a partir das patentes, continuam com a recusa das indústrias farmacêuticas em ceder os relatórios de estudo clínico à pesquisadores e terminam na ineficiência das fiscalizações das agências reguladoras.

### **1.2.1 O segredo e suas fraudes**

Peter C. Gøtzche é um médico professor da Universidade de Copenhague, co-fundador da Colaboração Cochrane. Grande parte dos seus trabalhos faz uma reflexão sobre a influência das indústrias farmacêuticas nos modelos de atenção à saúde a partir dos medicamentos. Para ele, as empresas não vendem um medicamento, mas sim mentiras sobre medicamentos, ou seja, os médicos sabem apenas o que as equipes de vendas escolheram dizer. Em seus estudos, Gøtzche levantou a falta de dados adequados para a segurança dos medicamentos, a falta de acesso público a dados; além de ensaios

---

<sup>4</sup> A Colaboração Cochrane é uma organização sem fins lucrativos independente da qual fazem parte mais de 28.000 voluntários em mais de cem países.

forçados para a aprovação de medicamentos pelas agências regulatórias. Mas isto não é tudo.

Em seu último livro, “Medicamentos Mortais e Crime Organizado: Como a Indústria Farmacêutica corrompeu a assistência médica”, traduzido e editorado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade do Brasil, Peter Gøtzche levantou dados indicando uma série de manipulações que as indústrias farmacêuticas fazem para impor seus medicamentos patenteados ao usuário final.

Segundo o autor, em 2009, a empresa farmacêutica Pfizer concordou em pagar 2,3 bilhões de dólares ao Departamento de Justiça dos EUA pela promoção ilegal de medicamentos e sua má embalagem. Além disso, foi cobrado 1 bilhão de dólares pelas propinas oferecidas à profissionais de saúde para incentivá-los a prescrever medicamentos da Pfizer. No mesmo ano, a empresa Roche convenceu diversos governos a estocar Tamiflu, justificando o uso do medicamento como o mais eficaz para epidemias de influenza. Nesse caso, a Roche se omitiu de publicar a maior parte dos seus ensaios clínicos e se recusou a compartilhá-los com os pesquisadores da Cochrane<sup>5</sup>. De toda forma, como assegura Gøtzche, não existe nenhuma evidência de que o Tamiflu possa prevenir complicações de influenza ou até mesmo reduzir sua propagação para outras pessoas. Segundo o pesquisador:

“No máximo, o Tamiflu reduz a duração da influenza em 21 horas, o que provavelmente pode ser conseguido com medicamentos muito mais baratos, como aspirina e paracetamol. Além disso, o Tamiflu gera danos importantes, mas foram ocultados pelo laboratório”. (2016: pag.85)

As pesquisas de Gøtzche apontam fraude (no caso do ensaio do celecoxibe, um medicamento anti-inflamatório utilizado para artrite), descaso com o paciente (o capítulo 13 de seu livro se intitula “Merck, onde os pacientes morrem primeiro”), a troca de medicamentos baratos para medicamentos caros (como exemplo a Novo Nordisk, que desviou pacientes para o uso da insulina mais cara, ou a Astrazeneca, que desviou pacientes para o similar mais caro do omeprazol), interferência de publicações

---

<sup>5</sup> Os dados dessas pesquisas podem ser encontrados em: Drug secrets: what the FDA isn't telling. Slate. 2005.

acadêmicas, ocultação de mortes por medicamentos além de intimidações e ameaças para a adoção de medicamentos por médicos e hospitais<sup>6</sup>.

Interesses comerciais seriam, dessa forma, sinônimo de segredo? Ao mesmo tempo, outra pergunta, tão importante, deve ser feita: apesar das críticas, se os medicamentos patenteados deixarem de ser utilizados, a inovação vai desaparecer? Ou melhor, medicamentos patenteados são sinônimo de inovação? Como equacionar essa relação?

A inovação patentária é descrita, segundo a Lei de Patentes, como qualquer novidade (salvo o que não é considerado invenção, como teorias científicas, descobertas, obras literárias, etc.) não compreendida no estado da técnica. O estado da técnica é “constituído por tudo aquilo tornado acessível ao público antes da data do depósito do pedido de patente” (L9279), e a invenção é considerada como atividade inventiva desde que tenha o caráter de novidade.

O grau de inovação de uma patente pode ser questionável, como, por exemplo, o mecanismo de revalidação pipeline que não tem absolutamente nada de novo: é apenas um mecanismo comercial para a detenção de patente. Embora a patente trabalhe sob a variável da inovação, na indústria farmacêutica ela trabalha também com a não-autoria: os pesquisadores que inventam as moléculas, por exemplo têm seus nomes omitidos. A autoria do medicamento é a autoria comercial: moléculas que se processam em medicamentos são protegidas por segredos industriais.

Para Laymert Garcia dos Santos (2007), o paradoxo da propriedade intelectual é como a proteção de uma invenção torna-se um obstáculo a ela. Se, inicialmente o sistema de proteção visava assegurar ao inventor o mérito de suas invenções, hoje as invenções são apropriadas por grandes empresas e corporações, pouco importando o mérito autoral. Para o autor existe uma diferença cabal entre os tipos de invenção e saber essa distinção responde ao questionamento do paradoxo proposto por ele. Existem dois tipos de invenção: a invenção-come-bem-da-humanidade e a invenção-come-arma-da-competição. Segundo Garcia dos Santos:

---

<sup>6</sup> Kedouk (2018) escreveu uma reportagem que mapeava as dez maiores fraudes da indústria farmacêutica. Dentre elas: a Pfizer por uso de medicamentos não aprovados, a Johnson & Johnson, Merk, Bristol-Myers Squibb, AstraZeneca e Novartis por pagamento a profissionais de saúde para receitarem seus medicamentos e promoverem sua segurança e eficácia sem estudos comprobatórios, a Abbot e Eli Lilly por promover ilegalmente seus medicamento, a Glaxo por promover medicamentos de forma ilegal e omitir efeitos colaterais graves de seus medicamentos, e a Purdue, que aceitou pagar 600 milhões de dólares pela divulgação enganosa do analgésico Oxycontin, nome patentado da substância oxicodeona. Disponível em: <https://super.abril.com.br/saude/as-10-maiores-fraudes-da-industria-farmaceutica/> Acesso 24/10/2018.

“A transformação da proteção em obstáculo se explicita como a metamorfose que se dá no momento em que o valor tecnocientífico da invenção se “traduz” como propriedade monopolizada pelas corporações, através da linguagem jurídica. (2007: sem página)

Para aqueles que defendem o patenteamento como ferramenta de proteção das invenções, as patentes são investimentos para fomentar a pesquisa na ciência e na tecnologia e assegurar sua continuidade. Nesse sentido, a patente funciona como um estímulo para os concorrentes, além de permitir à sociedade civil o acesso ao conhecimento final e aprimoramento de diversas tecnologias.

Aqui, a patente se traduz enquanto invenção-corno-arma-da-competição, ou seja, ela se relaciona enquanto concorrência, propriedade, exclusividade e criatividade. Muitos argumentos de pesquisadores a favor das patentes defendem que as ideias, ao serem protegidas, fomentam a criatividade e a criação por parte de pesquisadores, permitindo aos demais interessados buscas por alternativas diferentes daquela patenteada.

O economista John Mcmillan (2004), por exemplo, argumenta que são ideias novas que movimentam a economia, partindo do pressuposto de que as patentes promovem a criatividade – criando uma compensação ruim, porém necessária: a restrição do seu uso. Ele pondera que, sem as proteções da propriedade intelectual, uma economia moderna não poderia funcionar, visto que os inovadores seriam incapazes de cobrir seus custos de invenção. Para o autor, é preciso um certo equilíbrio entre difundir as inovações e recompensar os inovadores, equilíbrio que precisa considerar os dois ou mais lados em questão: quem acredita na patente e quem desconstrói a patente. Mcmillan ainda avalia que qualquer que seja o curso da ação escolhido, ele tem deficiências e é preciso de se pensar caso a caso: modelos de negócios, quebra de patentes de remédios para países pobres, softwares livres.

Para Ferreira et. al (2009), por exemplo:

“A posse de uma patente possibilita remunerar a pesquisa científica e o desenvolvimento tecnológico, ao mesmo tempo em que gera estímulos nos agentes para que se movam na direção do crescimento econômico e possibilitem, assim, a elevação dos padrões de vida, trazendo a prosperidade para toda uma nação. Sem as patentes, o compasso de desenvolvimento tecnológico diminuiria de ritmo”. (2009: pag.210)

A patente é a forma legal do inventor receber pelo seu invento, o que lhe assegura exclusividade. Ao deter uma patente, o inventor tem o direito de recolher todo e qualquer lucro obtido pela sua patente, além de seu controle sobre a distribuição e sua importação. O conteúdo técnico da patente deve ser revelado, porém, caso o conhecimento técnico tenha valor competitivo na indústria, o inventor pode pedir seu segredo industrial. Nesse caso, o processo da patente é mantido em sigilo.

Para aqueles que defendem o patenteamento enquanto ferramenta de bloqueio das invenções, o sistema de patentes desmotiva qualquer inventor independente, além de impedir o acesso comum ao conhecimento daquilo que já foi produzido, sob a alcunha de segredo industrial. Se a inventividade está em jogo, é porque o sistema de propriedade intelectual é, por si próprio, controverso. Segundo Vergara de Souza et al. (2010):

“As vantagens do direito de propriedade sobre determinada invenção parecem superar a obrigação da aplicação industrial, colocando em xeque o acesso público e a inovação. O monopólio permite que a empresa titular pratique altos preços no mercado sob justificativa de retorno do investimento, mesmo no caso que há instituições públicas no financiamento” (2010: pag.49)

As reorientações das pesquisas públicas e suas alianças com a indústria privada são também um imbróglio no que tange à produção de medicamentos e seu patenteamento. Isabelle Stengers (2015) chamou esse tipo de aliança de “economia do conhecimento”, ou seja, parcerias que são firmadas entre universidades, centros de pesquisas federais e laboratórios farmacêuticos, com o intuito de produzir estudos guiados pelos laboratórios em contrapartida ao financiamento massivo em seus institutos.

Em seu raciocínio, Stengers rememora o período dos *enclosures*, momento em que a produção feudal e os *commons* passam a ser cercados, ou seja, quando a nobreza rural da Inglaterra pré-Revolução Industrial (início do século XVIII) passou a cercar suas terras para arrendamentos, expulsando os camponeses de suas terras. Para Stengers, a erradicação das terras comuns e a apropriação dos trabalhadores do campo pelas indústrias ainda faz sentido no mundo atual. A privatização não só das terras, mas de bens como a saúde, a água e educação, são sinônimos da expansão capitalista e de sua atividade.

Nesse sentido, os *enclousers* modernos participam da “economia do conhecimento”, pois, além de lidar com a privatização de recursos essenciais, cercam qualquer acesso aos *commons*, visto que o comum não é acessível à grande maioria da população, principalmente se pensarmos na atenção à saúde. Segundo Stengers:

“A referência aos *enclousers* é diretamente ativada por essa “economia do conhecimento” à qual já fiz alusão, pois o que esta última promete não é mais que o fim da fronteira entre pesquisa pública e privada, com apropriação direta do que, até então, se beneficiava de uma autonomia bem relativa. A produção do conhecimento é uma questão importante demais para deixar esse mínimo de autonomia aos pesquisadores, doravante submetidos ao imperativo de fazer parcerias com a indústria, de definir o registro de patentes como o êxito desejável por excelência. (2015: pag.75)”.

Aqui, as críticas de Stengers são exemplificadas pelas denúncias de Peter Götzsche. A atuação da indústria farmacêutica, assim como as “economias de conhecimento” podem ser encaradas como antagonistas da sociedade aberta, sem qualquer benefício ou contribuição à inovação ou à sociedade. Se, segundo eles, a ciência é colocada em risco, é porque as patentes encerram a possibilidade de um acesso comum à saúde, além de serem responsáveis, em nome da inovação, por uma política baseada na propriedade e dos *enclousers*.

O medicamento – molécula, patente, pipeline, *enclouser*, inovação – também assume outra relação. Se aqui a relação entre patente e remédio foi evidenciada, falta ainda pensar a relação remédio e paciente, aquela em que a política é acionada reiteradamente enquanto distribuição e acessibilidade dos medicamentos – além do fato de que o cuidado e a atenção à saúde parecem ter sido, astutamente, substituídos pelos fármacos e seu “poder de cura”.

### **1.3. Distribuição e acesso: O medicamento enquanto política**

“Pra quem espera o tempo passa devagar”  
Luiz Tatit

No final de novembro de 2016, fui à medicação que me indicou o uso de um medicamento chamado Rebif®. O Rebif® é o nome comercial do imunomodulador betainterferona 1-a, também conhecido como interferon. Sua patente é detida pelo

laboratório Merck, apesar de existir um acordo de transferência de tecnologia<sup>7</sup> com a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) desde setembro de 2015, que visa baratear a produção do fármaco.

Os interferons são fármacos auto-injetáveis, de aplicação subcutânea, que tem como função reduzir a quantidade de surtos e atrasar a evolução da esclerose múltipla. Segundo seu fabricante, em comparação com placebo, o interferon reduz em 30% a quantidade de surtos de esclerose múltipla em seus pacientes. O Rebif<sup>®</sup> é contra-indicado em caso de gravidez e de amamentação<sup>8</sup> (há controvérsias), e tem inúmeros efeitos adversos. Seus efeitos secundários variam desde sintomas semelhantes à gripe, dores de cabeça, dificuldade de dormir, fadiga, dor muscular, depressão, anormalidades hepáticas, queda de cabelo, até pensamentos suicidas.

Uma caixa de Rebif<sup>®</sup> custa cerca de onze mil reais, e vem com 12 seringas injetáveis. Por ser um medicamento essencial, visto que a esclerose múltipla é reconhecida como uma doença desmielinizante do sistema nervoso central – CID 10: G35 – o SUS fornece o medicamento de graça nas farmácias de alto custo distribuídas pelo país. É importante dizer que segundo a Revisão Cochrane, ainda não se conhecem os efeitos dos interferons para o tratamento de esclerose múltipla a longo prazo. A revisão desse estudo incluiu 44 estudos sobre 11 medicamentos moduladores e supressores do sistema imunológico que são prescritos para pacientes portadores da doença, além de que 70% desses estudos foram patrocinados pela indústria farmacêutica – interferindo, portanto, em seus resultados clínicos. A conclusão da revisão é de que a eficácia e o risco-benefício desses medicamentos são desconhecidos além de dois anos de uso.

As farmácias que fornecem os medicamentos para doenças raras em Minas Gerais, padronizadas pelo Ministério da Saúde, são conhecidas como Farmácia de Alto Custo. Essas farmácias fazem parte do programa do Governo de Minas Gerais que se chama

---

<sup>7</sup> A transferência de tecnologia é um acordo averbado pelo INPI onde as partes interessadas formalizam um documento onde consta o caráter técnico da transferência e suas condições econômicas. O INPI reconhece 6 tipos de contrato de transferência de tecnologia. São eles: exploração de patente, exploração de desenho industrial, fornecimento de tecnologia, uso de marca, franquia e prestação de serviço de assistência técnica e científica.

<sup>8</sup> Segundo a APILAM (Associação para a Promoção e Investigação científica e cultural da Lactância [ou Amamentação] Materna), o betainterferona 1-a oferece um risco muito baixo para a amamentação pois sua excreção no leite é insignificante, além de que sua administração não afeta a produção de prolactina. Para saber mais: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/interferon-beta-1a/product/>

<sup>8</sup>Disponível em:

[http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008933.pub2/abstract#abstract\\_pt](http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008933.pub2/abstract#abstract_pt)

Acesso 24/07/2018.

“Farmácia para Todos”, que é gerenciado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), responsável por garantir a assistência farmacêutica e repassar os medicamentos para o SUS. Os medicamentos como os interferons, para tratamento de doenças crônicas e graves, são distribuídos pelo Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional do SUS e repassados para a SES, pois são medicamentos de custo elevado e que devem ter um controle rigoroso.

O Rebif® é um medicamento disponibilizado pela Farmácia de Minas, que é a farmácia de alto custo situada na regional de Belo Horizonte. A Farmácia de Minas é responsável por prestar assistência para todos os pacientes que necessitem de medicamentos que participam do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). É também através do CEAF que sabemos as formas de acesso a esses medicamentos, além dos locais de solicitação e dispensação e dos protocolos necessários para o pedido desses fármacos.

No meu caso, em minha primeira consulta pós-diagnóstico, recebi uma série de indicações de como solicitar a medicação pela farmácia de alto custo. As informações dadas pelo médico e as informações fornecidas pelo *call center*<sup>9</sup> da farmácia eram bastante diferentes. O primeiro passo, nessas circunstâncias (pensei), é pesquisar o que outras pessoas em situações semelhantes fazem. E foi o que eu fiz.

Entrei em grupos sobre esclerose múltipla nas redes sociais. Quando eu perguntava sobre os protocolos de solicitação e de distribuição dos medicamentos, percebia que o medicamento era meu grande interlocutor. Sempre me perguntavam qual a medicação que eu pleiteava, e logo depois diziam: “esse remédio é bom para mim” ou então “tive alguns surtos com os interferons”. Era curioso notar que até ali, nos grupos, o medicamento era o idioma da conversa. Se o protocolo para a aquisição de qualquer medicamento é o mesmo, porque eles precisam de saber qual é o meu medicamento em específico?

É importante notar que os grupos de discussão de internet funcionam sob regras comuns que contribuem, de forma colaborativa, na produção de informação e na constituição de uma forma de expertise (Akrich, 2009). É nesse espaço que se compartilha

---

<sup>9</sup> Recentemente, li no portal do Ministério da Saúde que será investido R\$17,2 milhões na Ouvidoria do SUS, chamado “Disque Saúde”. Para saber mais, acessar: <http://portalsms.saude.gov.br>

experiências, descobre-se testes para novos medicamentos, aconselha-se sobre novas terapias, indica-se fármacos<sup>10</sup>.

Também, nesses grupos, são muito presentes as queixas sobre o acesso aos medicamentos, entraves burocráticos ou troca de medicamentos: doentes que mudam de medicação e não podem devolver as últimas seringas ou comprimidos às Farmácias de Alto Custo. Doações são feitas com certa discrição. Mais tarde descobri, ao fazer minha própria doação, que tais atitudes eram, segundo os pacientes, vigiadas pelas indústrias farmacêuticas e deveriam ser feitas na clandestinidade. Sobre esse tipo de doação ser ilegal, não achei nenhuma lei que justificasse tanta cautela, até que um dia, retornando a essa mesma neurologista que me atendeu inicialmente, comentei que havia doado a medicação restante. Em um estouro de perplexidade, ela me disse que eu estava favorecendo o mercado ilegal de medicamentos, e que isso era crime. Ao responder que não poderia devolver ao SUS um medicamento violado, já que havia usado certa quantidade, ela me respondeu: “Então telefone para a Merck e faça o descarte da medicação de forma responsável”<sup>11</sup>.

De toda forma, a participação nos grupos sobre Esclerose Múltipla foi minha porta de entrada ao universo farmacológico da doença. Lá as indicações de remédios que auxiliam nos efeitos adversos causados pelos remédios específicos para conter a doença são rotineiras. São indicados por pacientes as mais variadas drogas, desde anti-inflamatórios, antitérmicos, remédios para dor, espasticidade, depressão, formigamentos, até antidepressivos. Ao perguntar sobre como conseguir meu medicamento específico, indicaram que eu procurasse a unidade de saúde mais próxima à minha casa.

Resolvi, então, ir ao posto de saúde perto da minha casa. E foi lá que consegui maiores informações, visto que já tinha minha carteira do SUS e que esse era, de fato, o primeiro passo para solicitar qualquer medicamento pela Farmácia de Alto Custo. Mas não era só isso. Além do meu cadastro, ainda necessitava de alguns laudos, ressonâncias, guias preenchidas que certificassem pelo médico meu grau de incapacidade, uma outra guia, assinada por mim, que atestasse que eu estava ciente dos inúmeros efeitos adversos

---

<sup>10</sup> Nesse sentido, Akriche e Méadel (2009) questionam se, na relação médico-paciente, a internet funcionaria como um intermediário ou como um mediador, fazendo alusão aos termos cunhados por Bruno Latour. Os intermediários têm o papel de transportar as informações sem modifica-las, enquanto os mediadores têm a capacidade traduzir e modificar aquilo que transportam. Sobre isso, ler Madeleine Akriche, Cécile Méadel. Internet, intrus ou médiateur dans la relations médecine-patient?. Santé, science et solidarité, 2009, 8 (2), pp.87-92. <hal-00397183>

<sup>11</sup> É nesse mesmo telefone que ligamos para agendar uma visita com um profissional de saúde da Merck, que, além de disponibilizar um kit com um aplicador e uma bolsa de armazenamento, sugere dicas de aplicação e formas de amenizar o desconforto consequente da ação do medicamento.

causado pelo medicamento, além de uma série de normas relativas ao correto armazenamento do medicamento. Também precisava de alguém que ficasse responsável para a ocasião em que eu mesma não pudesse busca-lo. Quando perguntei sobre essa documentação em específico, a atendente me disse que muitos pacientes começam pegando seus medicamentos, mas são seus familiares que posteriormente voltam. Aqui, já não sabia se a culpa era do medicamento ou da doença. Ou se eles, de fato, tinham se transformado na mesma coisa.

Com a documentação entregue, o prazo costuma ser de 25 dias para que todas as informações sejam computadas pela SES e que o resultado seja julgado: deferido ou indeferido. Quando é indeferido, a maioria dos pacientes recorrem a medidas judiciais: contra o Estado ou contra os planos de saúde. Demoram meses, mas costuma funcionar.

Porém, o tempo de espera não é padronizado. Muitas vezes, por falta de comunicação entre a SES e a farmácia de alto custo, documentos são perdidos no meio do percurso e, recentemente, por greves e redução no atendimento ao público, a espera tem sido muito maior. Meu medicamento, por exemplo, demorou 3 meses para chegar, um tempo considerado relativamente rápido pelos outros pacientes que passaram, junto comigo, horas nas cadeiras da recepção da Farmácia de Minas.

Talvez seja importante falar um pouco mais sobre esse lugar: a recepção da farmácia de alto custo. Logo de manhã, de segunda à sexta-feira, as filas já saem do prédio e adentram o quarteirão onde fica a Farmácia de Minas. Sabiamente, na calçada ficam alguns vendedores de comida: pão de queijo, café com leite e até pão com mortadela. Na hora do almoço, eles vendem marmita para aqueles que não conseguem voltar para a casa. Também ficam vendedores de isopor e caixas térmicas, caso algum paciente se esqueça de levar o seu/sua.

Além da falta de medicamentos, que tem sido constante, a fila costuma ser extensa. A fila é uma imagem que representa o cotidiano dos doentes graves. Uma vez, ao tomar um picolé enquanto esperava a fila andar, um rapaz que dizia ser transplantado resmungava sobre política, sistema de saúde e corrupção. A narrativa, bastante trágica, fazia alusão à falta de cuidado do poder público em relação à vida das pessoas. Curiosamente, ele tinha realizado um transplante de coração. De toda forma, na fila pude conviver com inúmeros pacientes e aprendi a relativizar a doença.

A fila é uma cena viva e triste. Ela se renova, chegam mais pacientes, alguns familiares, muitas mães com crianças, e todos se resignam na mesma fila. Perto de meio dia, o sol já alcança grande parte da calçada, e os vendedores abrem seus guarda-sóis. Se

você vê de fora, parece um grande evento festivo, com a peculiaridade que todos nós, naquela fila, temos corpos que faltam<sup>12</sup>.

Na recepção, são distribuídas as senhas. Esse é o primeiro lugar em que todos têm atendimento prioritário, todos precisam de ficar na fila e, logo após, esperar nas cadeiras da recepção. Na recepção, tem dois bebedouros e dois banheiros. Lá, muita gente passa o dia e a tarde. Então existe muita conversa, muita gente sofrida e muita gente com vontade de viver. Eu ainda não tinha resolvido de que lado eu estava, mas prestava muita atenção nas histórias que circulavam por ali. Em meu diário pessoal, escrevi:

“Semana passada dei entrada no processo de aquisição do interferon na Farmácia de Alto Custo. Tenho pavor de ir lá. Sempre tem gente faltando pedaços”.  
24/12/2016

Todos estavam buscando medicamentos. Então as conversas eram sobre acesso e a dificuldade de acesso que esses medicamentos forneciam da vida daquelas pessoas. Lembro de uma mãe (sempre me lembrarei das mães) que vinha com seu filho, uma criança franzina que parecia não ter mais de 5 anos. Ele usava cadeira de rodas e não tive a audácia de perguntar qual a sua patologia. Mas naquele ambiente, fiquei muito tranquila em perguntar qual era o seu medicamento, afinal, essa era a linguagem que nós entendíamos. Ele usava 5 medicamentos e, segundo a mãe, um estava atrasado há meses e outro ela não tinha conseguido mesmo, mas que já havia ido na Defensoria (Defensoria Pública de Minas Gerais) para “processar o governo”. Ela morava longe, e para ela era muito complicado ir à farmácia e voltar sem todos os medicamentos que necessitava. O filho necessitava de muitos cuidados, ele também poderia convulsionar no calor – e descobri, na conversa, que ele já tinha 10 anos.

Depois de algum tempo, as senhas eram chamadas por um terminal eletrônico. Eu só vi esse terminal funcionar uma vez. Nas outras vezes, era algum funcionário que dizia, em voz alta, o número da senha. Geralmente um guarda. Sua voz era recebida com expectativa pela maior parte dos que esperavam a liberação dos medicamentos.

---

<sup>12</sup> Para Annemarie Mol (2005), “o fazer o corpo e o fazer a doença se entrelaçam”. Além das multiplicidades corporais que resultam dessa equação (o corpo visto como doente e o doente visto como um corpo), ainda existe as relações das práticas médicas e da sugestão de medicamentos que visam transformar esse corpo. Há, principalmente, a forma em que nós vemos os nossos corpos doentes (e sadios), engajando pontos particulares que formam a realidade daquele momento. Nesse sentido, a esclerose múltipla seria enacted (segundo Mol), ou seja, o produto de uma série de multiplicidades e de práticas descentradas. E (insistimos que) uma dessas multiplicidades é a agência do medicamento.

Quando a senha era chamada, formávamos uma fila. Cada um da fila se dirigia a um guichê, que ficava depois do guarda. Ao entrar na sala pós-guarda, existia um mundo de guichês. Nunca soube ao certo, mas eram mais de 30. Guichês brancos, telefones tocando e cadeiras azuis. Chegando lá, você entregava seu protocolo e esperava pelo medicamento. O atendente digitava alguma coisa, a tela do computador ficava virada de costas para nós, e depois saía em direção à outra sala. Penso que era lá que ficavam armazenadas as medicações. Depois da medicação entregue, o guarda chamava outra senha.

A última vez em que fui buscar medicamento, a atendente disse que eu deveria renovar meu protocolo: agora existia uma nova diretriz. Segundo essa diretriz, o medicamento deveria ser renovado a cada 3 meses, sendo necessário o laudo médico em todas as renovações. Ela disse que era para controle, pois o Ministério da Saúde gasta milhões em medicamentos. Concordei, acenando com a cabeça.

Ali, todos tinham uma história sobre a dificuldade de conseguir o medicamento, mas, ao mesmo tempo, eram enfáticos em afirmar como tal medicamento era uma “benção”. As críticas à distribuição dos medicamentos vinham na mesma proporção que os elogios à existência da possibilidade de subsídio do SUS aos medicamentos.

Não é novidade que a falta de medicamento de alto custo, além de ocorrer com certa frequência, prejudica o tratamento de pacientes. A não distribuição desses medicamentos de uso contínuo acontecem por uma série de fatores: falta do medicamento em estoque, problema no repasse de verba do Governo Federal ou de compra: alguns medicamentos são de responsabilidade do Ministério da Saúde, cabendo às farmácias regionais fazer o repasse; outros medicamentos são de responsabilidade das SES. Também são alegados problemas com os fornecedores e negociação sobre o preço do medicamento com o laboratório responsável pela sua patente.

O acesso à medicamentos a preço acessíveis é dificultado pela vigência da patente. Além de sua duração (20 anos), os medicamentos só podem ser comprados através dos laboratórios que produzem esse medicamento. A proteção de direitos de patente não é flexível sobre a produção local de medicamentos, fazendo com que medicamentos essenciais custem muito caro, restringindo o acesso da população à medicamentos importantes para doenças como Aids, Hepatite C e Diabetes. Em 2014, em uma reunião sobre a discussão da Lei de Patentes, o vice-presidente da Fiocruz, Jorge Bermudez, disse que “as regras de propriedade intelectual atuais são uma barreira para a produção local de

medicamentos e são uma das causas dos preços altos dos remédios novos. “Existe um confronto entre interesses de saúde e interesses de comércio”<sup>13</sup>.

Como vimos, a patente é concedida apenas à uma empresa requerente do controle da produção de um medicamento. Porém, os altos custos praticados pelas indústrias farmacêuticas transformam o medicamento não só em mercadoria, mas em marketing, em objeto de luxo: em coisa. Segundo Van der Geest & Whyte:

“Os medicamentos têm qualidades que os tornam ainda mais apropriados para sua transformação em mercadoria do que a maioria das outras coisas ao serem trocadas. A primeira qualidade é que os medicamentos vão de encontro a uma necessidade urgente das pessoas. A demanda por medicamentos é, em princípio, ilimitada, pois a saúde nunca parece estar assegurada. As pessoas precisam sempre fazer algo para mantê-la ou restabelecê-la”. (2011: pag.461)

Uma ferramenta acionada em casos de interesse público, emergência nacional ou para coibir altos preços de medicamentos essenciais é a licença compulsória, mais conhecida como quebra de patente. O licenciamento compulsório é previsto pelo TRIPS, e no Brasil os medicamentos antirretrovirais foram os primeiros a serem negociados para uma possível “quebra de patente”. As discussões sobre o licenciamento do efavirenz, do laboratório Merck, começaram em 2010 entre o Ministério da Saúde e a OMC (Organização Mundial do Comércio) e somente em 2007 o Brasil obteve a licença compulsória do medicamento.

Apesar da Lei de Propriedade Industrial prever o licenciamento compulsório, o processo é extremamente complexo, lento e depende de amplas rodadas de conversas nas reuniões entre os órgãos competentes. Na maioria das vezes, por controvérsias sobre o que é “emergência ou segurança nacional”, o monopólio da empresa detentora da patente impede a negociação de preços baseados na livre concorrência. Dessa forma, apesar de ser um mecanismo importante contra os preços abusivos dos remédios patenteados, a licença compulsória é acionada em última instância e os medicamentos a serem considerados essenciais dependem de uma série de discussões entre o corpo político, governamental, mundial e a indústria farmacêutica sediados em determinado país.

Finalmente, a política de distribuição e acesso de medicamentos impactam a vida de milhares de pessoas usuárias de medicamentos essenciais, mesmo com a prerrogativa

---

<sup>13</sup> Disponível em: Agência Câmara Notícias. Acesso em 02/07/2018  
(link: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/>)

do licenciamento compulsório. Como a licença compulsória é concedida por intervenção do Estado, talvez os poucos processos de pedidos de licenciamento sejam explicados pela dificuldade em se negociar a quebra de patentes em um contexto global. As patentes, nesse sentido, dizem sobre o direito à propriedade e ao monopólio e não sobre o direito à saúde pública.

Sejam pelos altos custos das negociações das patentes entre as empresas e os Governos, seja pela falta ou morosidade no repasse dos orçamentos direcionados à compra de medicamentos, a grande questão é que, o medicamento, enquanto política, aciona, assimetricamente, a proteção dos direitos relativos à propriedade industrial sem se interessar pela importância da produção e comercialização de medicamentos a custos acessíveis para a população.

#### **1.4. Além da tecnociência: medicamentos como cura de medicamentos e demais expertises**

Parafrazeando Paracelsus, todas as drogas são venenosas, o que diferencia se elas são, de fato, veneno ou se elas são remédio é o seu uso adequado. Porém, a insistência em se pensar a droga – ou o medicamento – enquanto estável, acabou por ignorar outras dimensões do medicamento: não apenas as doses corretas, mas o cuidado ao paciente e a contrapartida de sua relação. O medicamento é um objeto sociotécnico, que aciona tanto suas características materiais quanto suas formas de uso (Arkrich, 1996), Além de pressupor um tipo de associação entre o médico e o paciente.

É também no medicamento que repousa um estado de encantamento. O encantamento, segundo Strathern [em alusão à Alfred Gell] (2015), repousa em uma dimensão bastante específica, que significa aumentar a agência daquela tecnologia. Se separarmos a tecnologia das outras ambiências da vida (o cotidiano, o uso do medicamento e suas reações, sua relação com os profissionais de saúde, etc.), corremos o risco de cair em uma visão purificadora, que isolaria todas as esferas do “social” e colocaria, em um espaço determinado e longe de outras entidades, a tecnologia.

Reafirmando o que Strathern (2015) nos diz, existem muitas maneiras pelas quais os “euroamericanos” tentam tornar essa separação bastante óbvia para si mesmos. Julgo que a purificação existente entre a prática médica e o saber (passivo) do paciente é um dos grandes exemplos dessa divisão. A prática médica, fornecida pela tecnologia, habilidade, anos de estudo e acesso à saberes científicos faz, em variadas situações,

oposição às demandas dos pacientes. Uma técnica para criar um ambiente encantado, prossegue Strathern (2015), é isolar a tecnologia dos outros aspectos da vida. E essa tecnologia, certamente, só pode ser encantada por um lado da relação. Vejamos.

Depois de algum tempo de tratamento, fui a uma consulta de controle para conversar sobre o interferon e minha adaptação a esse medicamento. Ao entrar no consultório, reclamei dos efeitos adversos do medicamento e sobre como eles me deixavam incapacitada de realizar algumas tarefas. Disse que havia parado de tomar a medicação e estava me sentindo muito melhor.

Quando comentei sobre efeitos adversos, a médica me falou algo como: “Mas você deve tomar um antitérmico 3 horas antes de aplicar a medicação e 3 horas depois, assim os efeitos ficam mais toleráveis”. Pela primeira vez percebi que a ação do meu medicamento prescrito só poderia ser potencializada por outro, que agora também seria prescrito para mim.

Tentando escapar da indicação de mais um medicamento, disse que não me sentia confortável de tomar outros remédios e que não era muito adepta de tratamentos convencionais. Nesse momento (pasmem) ela disse que eu parecia muito triste e me prescreveu um antidepressivo. A intensa medicalização sugerida pela médica era apenas um retrato do que tem acontecido atualmente, uma extensa medicalização da vida social, por razões que perpassam as bulas indicativas (Azize, 2012). Eu disse para ela apenas que não tomaria um terceiro remédio para coibir os efeitos colaterais do primeiro.

Atualmente, na prática médica, parece que a subjetividade do paciente e suas questões em relação aos medicamentos utilizados são um inconveniente [para uma parte dos] profissionais de saúde. Em minha consulta, quando quis debater sobre as questões que me afligiam sobre os efeitos da medicação, o diálogo que travávamos se transformou em uma discussão teórica. Ao acionar o argumento teórico, a médica quis brevemente aniquilar a controvérsia que eu havia ali instalado: a discussão sobre a eficiência do medicamento e seus efeitos colaterais demasiados.

Em nossa discussão, eu alegava sobre a existência de estudos que demonstravam a eficácia da vitamina D em doenças autoimunes, principalmente em doenças degenerativas, e sobre os poucos estudos sobre a eficiência a longo prazo dos interferons. Ela me disse que desacreditava em tais estudos e que em seu doutorado havia estudado transplante de células tronco em casos mais severos, mas que esse não era meu caso. Perguntei sobre sua descrença nos estudos da vitamina D e ela disse que sua hiperdosagem poderia causar confusão mental, diarreia e intoxicação. Perguntei a ela

onde poderia encontrar tais pesquisas publicadas, e ela me perguntou algo do tipo: “Qual o seu CRM (número de registro no Conselho Regional de Medicina)?”.

Enquanto eu tentava desnaturalizar o medicamento, tratá-lo enquanto agência e fazê-lo circular nessa imensidão de **relações científicas** (estudos clínicos legítimos, publicação em revistas independentes), **relações políticas** (porque esse remédio patentado é tão caro?), e **relações afetivas** (estima-se que existam 30 mil portadores de esclerose múltipla<sup>14</sup>, mas seria esse número um número vazio de experiências?), a médica insistia na universalização das práticas científicas, que consistiam na indicação padronizada de medicamentos específicos para o tratamento de doenças específicas. Ela, purificação. Eu, hibridização.

A relação híbrida que a agência medicamento aciona faz com que os debates sobre sua ação farmacológica ou sobre suas patentes participem não só da prática médica, como a médica insistiu, mas também participe simetricamente da relação com os pacientes, seus familiares, relações com o Governo e com as indústrias farmacêuticas. Ao se tentar purificar essas dimensões, perde-se a credibilidade na prática médica – quando esta se torna insensível às outras esferas híbridas.

Dessa forma, a relação de desconfiança entre eu e a médica parecia se traduzir na dificuldade dela em aceitar a minha proposta de trabalhar **em conjunto**. Entendi que, para a médica, os pontos de vista sobre a indicação farmacológica mais apropriada ao meu caso não deveriam ser discutidos comigo, que era apenas sua paciente.

Outro fator que talvez a incomodasse, era minha intervenção ativa enquanto usuária, fazendo perguntas sobre placebos e estudos pouco eficientes no caso da esclerose. Eu não quebrava apenas a hierarquia do conhecimento que ela simbolizava, mas também era uma paciente pouco comum, querendo discutir a melhor forma de cuidado médico para pacientes doentes. Possivelmente, caso ela quisesse recordar de alguns casos, poderia lembrar que as associações de pacientes são frequentemente partidárias das indústrias farmacêuticas. Por exemplo, um medicamento novo para tratamento de esclerose múltipla, o ocrelizumab (nome comercial Ocrevus®) comercializado pela a Roche, foi aprovado pela FDA (Agência de Administração de Alimentos e Drogas dos EUA) após uma forte movimentação das associações de

---

<sup>14</sup> Dado disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2015/07/10/noticias-saude,187333/mapa-da-esclerose-multipla-30-mil-brasileiros-convivem-com-a-doenca.shtml> Acesso 17/08/2018.

portadores de esclerose múltipla do país, através de baixos-assinados pedindo sua liberação e um grande lobby da Roche.

As associações de pacientes de doenças graves geralmente são responsáveis por fazerem pressão nos órgãos reguladores pela aprovação de medicamentos novos e, como nos lembra Stengers (2015), também são grandes aliados no reconhecimento de novas doenças, como é o caso, por exemplo, da hiperatividade. De toda forma, argumentos teóricos e científicos se converteram no encerramento temporário daquela discussão por mim colocada, mesmo que fosse eu também que ousava acioná-los.

Se os medicamentos são as soluções técnicas das doenças, falta perceber o lugar do usuário nessas tecnologias de saúde e toda a relação composta nessa multiplicidade: questões de acesso e de distribuição dos medicamentos, as soluções práticas pontuadas pelo próprio paciente, conhecimentos experimentais, esclarecimento sobre estudos clínicos e patentes e, finalmente, o cuidado.

O medicamento, aciona, dessa forma, um dispositivo técnico que engloba não apenas suas moléculas, seus artefatos: ele é definido também pelos atores, por suas competências, pela definição de um universo que é produzido pelo próprio medicamento (Akrich, 1995). O medicamento, como vimos, não é estabilizado: ele está em interação.

### **1.5. Breves Apontamentos Finais**

Como vimos, o medicamento percorre um longo caminho marcado por transformações: de estudos clínicos para fármacos patenteados, de indicações médicas à recusa de se pensar em uma relação de cuidado. O medicamento, assim como o paciente, é construído nessa relação de uso, onde as pessoas qualificam sintomas, experimentam sensações, interpretam seus efeitos. É também no medicamento que repousa questões como distribuição e acesso: a política dos medicamentos também é construída pelo seu uso; constituindo o que chamamos de agência-medicamento. Entre todos os tipos de dispositivos técnicos associados aos medicamentos, a patente, certamente, é o nosso ponto de partida: é na patente que se circunscreve a comercialização, os estudos clínicos e a preferência de consumo dos fármacos.

Sugerimos que não podemos pensar o medicamento em esferas isoladas: o medicamento é uma agência que multiplica a política, a Ciência, os artefatos e todo um mundo de relações entre humanos e não-humanos. Ao mesmo tempo, percebemos que, na prática, o medicamento é compartimentado em diversos domínios onde seus saberes

são segmentarizados: a prática dos profissionais de saúde, a prática do patenteamento dos fármacos, os protocolos para aquisição dos remédios; tudo funciona como se o medicamento não fosse a linguagem comum entre eles. Além disso, o paciente, outro domínio tido como específico, parece estar destinado a participar do medicamento apenas enquanto usuário, sendo excluído de uma expertise específica restrita ao mundo das ciências médicas.

Ao experimentar tais fenômenos, pude perceber que individualizar tais “experimentações” e purificá-las não conseguiria abranger, antropológicamente, a agência do medicamento. Compreender o medicamento na relação com todas as esferas na qual ele participa faz com que nós possamos ir além do fármaco enquanto artefato: somente assim, em relação, podemos entender o medicamento como objeto sociotécnico. São nos nossos corpos que os medicamentos se prescrevem, e são neles – nos medicamentos – que a agência se realiza.

Um medicamento não é apenas política, apenas distribuição, apenas acesso, apenas patente, apenas não-autoria: um medicamento é a relação assimétrica de todos esses territórios e mais outros que estão por vir. Infelizmente, relações desiguais contribuem também para os caminhos solitários da Ciência pronta, que encontra na recusa da construção em conjunto um saber restrito e particularizado.

### **Referências Bibliográficas**

**AZIZE, Rogério Lopes.** Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar, v.4, n.1, jan.-jun., p.134-139, 2012.

**AKRICH, Madeleine, MÉADEL, Cécile.** Les échanges entre patients sur internet. La Presse medicale, Paris, Masson et Cie, 2009, pp.1484-1493. <halshs-00397215>

**AKRICH, Madeleine, MÉADEL, Cécile.** Internet, intrus ou médiateur dans la relations médecine-patient?. Santé, science et solidarité, 2009, 8 (2), pp.87-92. <hal-00397183>

**AKRICH, Madeleine.** Le médicament comme objet technique. Revue internationale de Psychopathologie, 1996, pp.135-158. <halshs-00081737>

**CHAVES, Gabriela Costa; VIEIRA, Marcela Fogaça; REIS, Renata.** Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: reflexões e estratégias da sociedade civil. Sur, Rev. int. direitos human., São Paulo, v. 5, n. 8, p. 170-198, June 2008.

**MARCOLIN, Neldson.** A primeira patente. Edição 72, Revista Fapesp, fev. 2002, sem página. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2002/02/01/a-primeira-patente/>

- MCMILLAN, John.** A invenção do Bazar: uma História dos Mercados. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2004.
- NAIR LEITE, Silvana e VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa.** Os diversos sentidos presentes no medicamento: elementos para uma reflexão em torno de sua utilização. Arquivos Catarinenses de Medicina 2010; 39(3):18-23.
- GØTZCHE, Peter C.** Medicamentos Mortais e Crime Organizado: Como a Indústria Farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016.
- (OMPI/INPI/2016). Autoria desconhecida.** Apostila Curso de Propriedade Intelectual, curso DL 101 BR, realizado no período de 06 de fevereiro a 06 de abril de 2018.
- PIGNARRE, Philippe.** O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Editora 34. 1999.
- SANABRIA, Emilia.** Le médicament, un objet évanescent. Techniques & Culture [En ligne], 52-53 | 2009, document 7, mis en ligne le 01 août 2012, consulté le 01 octobre 2016. URL : <http://tc.revues.org/4884>.
- SANTOS, Laymert Garcia dos.** Paradoxos da Propriedade Intelectual. In. VILLARES, Fabio (org.). Propriedade intelectual: tensões entre o capital e a sociedade. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
- STENGERS, Isabelle.** No tempo das catástrofes – resistir à barbárie que se aproxima. São Paulo: Cosac Naify, 2015.
- STRATHERN, Marilyn.** Cortando a Rede. In. O Efeito Etnográfico e outros ensaios. São Paulo, Cosac Naify, 2014a.
- STRATHERN, Marilyn.** Os limites da autoantropologia. In. O Efeito Etnográfico e outros ensaios. São Paulo, Cosac Naify, 2014b.
- STRATHERN, Marilyn.** O que busca a propriedade intelectual. In. O Efeito Etnográfico e outros ensaios. São Paulo: Cosac Naify, 2014c
- \_\_\_\_\_ Parentesco, Direito e o Inesperado: Parentes são sempre uma surpresa. São Paulo: Editora Unesp, 2015.
- VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds.** 2011. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. Sociedade e Cultura, Goiânia, v.14 n.2, p. 457-472, jul/dez, 2011.
- VIEIRA, Leonardo Targa; DEITOS, Marc Antoni; SOUZA, Rebeca Hennemann Vergara de.** Duas políticas para uma mesma nação: o acesso universal à saúde e o regime de propriedade intelectual. In: Ondina Fachel Leal; Rebeca Hennemann Vergara de Souza. (Org.). Do Regime de Propriedade Intelectual: Estudos Antropológicos.. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2010.