



FARMACOTERAPÊUTICA

Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos
CEBRIM
Conselho Federal de Farmácia - CFF

Ano IX - Número 03
mai/2004 a jun/2004
ISSN 1413-9626

Quem paga pelos brindes?

Introdução

A tarefa de promover o uso racional dos medicamentos é desafiadora. Uma das principais justificativas para esta afirmação é a necessária contraposição aos interesses do mercantilismo dominante. Esses interesses permeiam a sociedade internacional e têm o dom de transformar os produtos para a saúde em simples bens de consumo, como um sapato ou um carro.

De um modo geral, as referências empregadas para esta discussão do tema fazem menção aos médicos como principal alvo da pressão das indústrias farmacêuticas. Contudo, sabe-se que outros profissionais, também implicados na utilização de medicamentos (ex: odontólogos, farmacêuticos e enfermeiros), são incluídos nas estratégias promocionais dessas empresas.

A título de ilustração, transcreve-se, a seguir, a declaração de um médico dos EUA, fonte inspiradora dessa discussão e que possivelmente reflete a realidade no Brasil e no mundo:

"Quando residente em infectologia, observei o desenvolvimento de uma crescente e insana relação entre os médicos e a indústria farmacêutica. Em meu segundo ano na faculdade de medicina, aceitei muito agradecido, da Eli Lilly, um estetoscópio, um diapasão e uma mala de couro, embora não tenha participado da viagem anual para a sede da Eli Lilly em Indianápolis - evento dirigido aos estudantes de medicina que é famoso pelos entretenimentos e pela hospitalidade. Nos anos seguintes, recebi muitas canetas, calendários, bugigangas e livros dos representantes da indústria e assisti a algumas palestras de educação médica permanente (EMP) patrocinadas por indústrias farmacêuticas. Além disso, completei muitos estudos clínicos e "in vitro" financiados pelas indústrias e usei as sobras dos recursos para viajar e para pagar outros estudos para os quais não havia disponibilidade de financiamento. Certo dia, um simples evento precipitou minha reflexão sobre estas relações. Enquanto aguardava um amigo na sala de espera do hospital, ao meio dia, alguns propagandistas entraram carregando caixas de pizzas para uma conferência com os profissionais da casa. Conforme eles passavam, o aroma de pizza tomava o ambiente, e um garoto, pequeno e mal vestido, sentado nas proximidades, virou-se e perguntou para sua mãe se ele poderia comer pizza. Naquele momento, comecei a imaginar quem é que deveria comer as pizzas." (Dr. Robert C. Noble, Departamento de Medicina, Universidade de Kentucky, College of Medicine, Lexington, Kentucky).⁵

Pretende-se, neste artigo, discutir os riscos da promoção mercadológica dos medicamentos e alertar nossos leitores sobre seus desdobramentos, que muitas vezes levam os profissionais a cometerem equívocos técnicos, seja na seleção, prescrição ou dispensação de um medicamento.

Medicamento – instrumento para promoção da saúde ou mero negócio?

Há muito tempo, a promoção da saúde deixou de ser o principal interesse envolvido no lançamento de um novo medicamento no mercado.

Embora o mercado farmacêutico seja altamente competitivo, de um modo geral, as indústrias farmacêuticas são bem sucedidas financeiramente.¹⁰

As indústrias farmacêuticas estão entre as maiores e mais lucrativas no mundo. Dentre as 500 maiores empresas segundo classificação da revista "Fortune", as 11 indústrias farmacêuticas obtiveram, em 2000, lucro médio de 19%; a mediana para todas as outras empresas citadas pela revista foi de 5%. Desde 1982, a indústria farmacêutica lidera o ranking daquela revista no quesito rendimentos. Embora as indústrias justifiquem seus lucros nos elevados investimentos em pesquisa, há muitas controvérsias neste aspecto.¹⁰

Em 2000, nos EUA, pelo menos 10 das indústrias farmacêuticas obtiveram rendimentos acima de 9,8 bilhões de dólares – a mais bem sucedida obteve rendimentos de 40 bilhões de dólares.¹⁰ No Brasil, segundo dados da Febrafarma (Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica), as vendas de medicamentos para uso humano alcançaram 17 bilhões de reais em um período de 12 meses (abril de 2003 a março de 2004).⁶

Em contrapartida, com a introdução dos medicamentos genéricos, estima-se que um medicamento de referência experimente o acúmulo de 60% de perda em vendas, para seus competidores genéricos, em um período de cinco anos após a expiração de sua patente. No Brasil, os medicamentos genéricos aumentaram sua participação no mercado, tendo passado de 1,7% do total das unidades de medicamentos vendidas, em julho de 2000, para 9,9%, em julho de 2003.⁷

Além da concorrência com o genérico, um medicamento "inovador" sofre concorrência com medicamentos conhecidos como "me-too". Estes contêm princípio ativo com mesmo mecanismo de ação e, na maioria das vezes, são "terapeuticamente equivalentes" e não apresentam inovação em relação ao pioneiro. Os me-too surgem antes da expiração da patente do inovador e, freqüentemente, disputam participação no mercado. Bons exemplos para demonstrar esta afirmação são o grande

número de cefalosporinas e a crescente lista de antibióticos quinolônicos.⁵

Para defender seu nicho, a indústria farmacêutica gasta significativamente mais com *lobby* no congresso dos EUA do que qualquer outra indústria. Neste país, as indústrias farmacêuticas gastam cerca de 200 milhões de dólares, entre *lobby* e contribuições diversas em períodos eleitorais. Este valor foi superior, em 50 milhões de dólares, ao segundo maior gasto com *lobby* (companhias seguradoras), e quatro vezes acima da indústria automobilística, por exemplo, nas últimas eleições.¹⁰

Além disso, de acordo com D.G. Watson, presidente da CIBA-GEIGY, as 26 principais indústrias farmacêuticas dos EUA já revertiam, no ano de 1990, 23,1% das vendas, em média, para a promoção de seus produtos. Como o prescritor geralmente dirige a compra do medicamento, muitos dos dólares são dirigidos ao médico.⁵

Promoção farmacêutica

Em 2000, as 11 maiores indústrias farmacêuticas, citadas entre as 500 maiores empresas da revista "Fortune", gastaram 30% de seus rendimentos com custos administrativos e promoção, e somente 12% com pesquisa e desenvolvimento (P&D). Não obstante, produzem mais ensaios clínicos para apresentar vantagem mercadológica do que para comprovar efeito clinicamente relevante. Torna-se evidente que a indústria farmacêutica está cada vez mais focada na promoção do que na inovação terapêutica.¹⁰

No início da década de 1980, algumas indústrias promoveram medicamentos, vendidos sob prescrição, simultaneamente ao público e aos médicos. Exemplos notáveis incluem o Zantac® (Glaxo), um medicamento antiulceroso (ranitidina) e o Rogaine® (Upjohn), estimulante do crescimento de cabelo (minoxidil). Estima-se que a campanha de televisão da Glaxo, para o Zantac®, tenha alcançado 12 milhões de pessoas e gerado cerca de 581.000 visitas aos consultórios médicos. Em 1993, o Zantac® foi o medicamento mais vendido no mundo, contabilizando a metade dos 5,1 bilhões de dólares em vendas da Glaxo.⁵ Embora a ranitidina seja atualmente considerada um medicamento essencial,¹³ constatou-se, em estudo de busca ativa realizado em seis hospitais de São Paulo, em 2002, que seu uso foi excessivo e inadequado, como profilaxia da úlcera por estresse.⁸

Desde o relaxamento da regulação da propaganda televisiva em 1997, nos EUA, os gastos com propagandas dirigidas ao consumidor cresceram de 791 milhões para 2,5 bilhões de dólares, em 2000. Estima-se que cada dólar gasto com propaganda ao consumidor dá um retorno de cinco a seis dólares. Nos EUA, entre 1999 e 2000, dos 20,8 bilhões de dólares de aumento nas vendas no varejo de medicamentos prescritos, 47,8% foram devido a vendas dos

50 medicamentos mais promovidos aos consumidores; os outros 9.850 medicamentos disponíveis contabilizaram 52,2% das vendas.

Em 1998, a Schering-Plough gastou mais dinheiro divulgando seu antialérgico Claritin® (loratadina) que a Coca-Cola gastou divulgando seu principal produto. O Claritin® foi fortemente promovido com argumentos questionáveis e possivelmente é menos efetivo que outros medicamentos mais antigos e de menor custo, que são usados para a mesma indicação. Alguns desses são produzidos pela mesma indústria. As vendas da linha de medicamentos Claritin® atingiram 2,6 bilhões de dólares em 2000, representando 30% do rendimento da Schering-Plough.¹⁰

A indústria farmacêutica, incluindo suas incorporadas, emprega cerca de um representante de vendas para cada 10 a 15 médicos, a um custo anual em torno de cinco bilhões de dólares. O contato do médico com esses indivíduos pode resultar em prescrição não-racional e pode aumentar o custo total da prescrição de medicamentos aos pacientes.

Outros métodos de influência empregados pela indústria incluem o patrocínio de artigos tendenciosos na mídia leiga, interferências sobre a pesquisa clínica e promoção de EMP tendenciosa. Frequentemente, os profissionais desconhecem sua vulnerabilidade a estas estratégias.^{9,10}

Muitos médicos acreditam que não são influenciados pelas refeições, brindes, hospitalidade e honorários da indústria. A respeito disto, Michael Rawlins escreveu: "É extraordinário como a profissão, composta principalmente de pessoas honráveis e decentes, pode afirmar tal coisa. Afinal, nenhuma indústria farmacêutica distribui o dinheiro de sua participação em um ato de generosidade desinteressada". É muito improvável que as indústrias farmacêuticas estejam gastando cinco milhões de dólares, anualmente, com uma estratégia de promoção ineficaz. Os médicos realmente podem ser influenciados.⁵

Lurie et al. (1990) publicaram estudo que envolveu a aplicação de questionário a 371 pessoas (240 estudantes de medicina e 131 residentes). Trinta e dois por cento dos residentes relataram alteração na prática, ao menos uma vez no ano anterior, baseado na discussão com um propagandista.²²

Em outro estudo, Palmisano & Edlstein aplicaram questionário a 100 estudantes de medicina. Oitenta e cinco por cento dos respondentes consideraram inadequado, para um funcionário público graduado, aceitar um brinde de 50 dólares. Contudo, somente 46% acreditavam que era inadequado, para um estudante de medicina, aceitar o mesmo brinde de uma indústria farmacêutica.²³

A reciprocidade é uma das ferramentas básicas de persuasão, usada na interação entre a indústria farmacêutica e o médico. Partindo-se da premissa que "todas as sociedades aceitam a uma norma que obriga um indivíduo a pagar em espécie por aquilo que recebeu", quando um



CFF - Conselho Federal de Farmácia
CEBRIM
Centro Brasileiro de Informação
sobre Medicamentos

Farmacêuticos:

Carlos Cezar Flores Vidotti (Gerente Técnico)
Emília Vitória da Silva
Rogério Hoefler

Secretária:

Valnides Ribeiro de Oliveira Vianna

FARMACOTERAPÊUTICA

Informativo do Centro Brasileiro de
Informação sobre Medicamentos - CEBRIM
SBS Qd. 01 - Bl. K

Ed. Seguradoras - 8º andar

Fones: (61) 321-0555 e 321-0691 / Fax: (61) 321-0819
CEP 70093-900 - Brasília - DF

e-mail: cebrim@cff.org.br
home page: <http://www.cff.org.br/>

médico recebe um brinde, sem levar em conta este valor, estabelece-se o início de uma relação psicológica de dívida ou gratidão.¹¹

Uma estratégia comumente empregada pelas indústrias farmacêuticas, o jantar promocional, conta com a participação de milhares de médicos. Na década de 1980, nos EUA, os médicos freqüentemente recebiam a quantia de 100 dólares para participar do jantar. A natureza promocional do jantar é freqüentemente dissimulada por um título brando, como "Uso de Antibióticos em Nível Ambulatorial", quando o assunto, na verdade, é o novo antibiótico oral da indústria farmacêutica.⁵

O médico não é o cliente do fabricante de medicamentos e, portanto, não tem direito legítimo aos privilégios da relação cliente-fornecedor. O cliente do fabricante é o paciente, afinal, é ele quem compra o medicamento e é o único que se submete aos riscos e benefícios do tratamento. A obrigação do médico é prescrever o medicamento mais seguro, eficaz, de menor custo, baseado em julgamento clínico imparcial e científico. Qualquer motivo da parte do médico, que não seja o benefício do paciente, é injustificável.⁵

Os médicos não deveriam receber brindes da indústria farmacêutica por muitas razões:⁵

1. O brinde é custeado com o dinheiro que seus pacientes empregaram na aquisição de medicamentos. De fato, quando aceita o brinde, o médico é pago duas vezes pelos pacientes; na segunda vez, sem o consentimento desses.

2. O médico é, em geral, a pessoa que decide qual medicamento os pacientes compram; portanto, ao aceitar o brinde do fabricante do medicamento, o brinde pode ser considerado como uma tentativa de suborno, ou, mais certamente, uma tentativa de influenciar a compra, que é de fato a intenção da indústria farmacêutica. A maioria dos médicos consideraria ultrajante ver um juiz aceitar um brinde, de uma das partes de uma ação judicial, durante uma audiência. Receber o brinde é um risco para a imagem profissional e pode transparecer que a capacidade do médico de escolha imparcial de um medicamento está comprometida.

3. Como explicado por Chren et al. (1989), a aceitação de um brinde estabelece uma relação entre o médico e a indústria farmacêutica, que força uma resposta do médico. Segundo o autor, o caráter do médico pode ser desviado para uma prática que cuida do próprio interesse às custas do paciente. Se certas organizações médicas acreditam que receber "mínimos" brindes é aceitável, por que não deveriam aceitar os brindes maiores e de maior valor? O que deveria ser considerado, o valor do brinde ou a idéia do brinde?

4. Finalmente, receber o brinde pode desmerecer o doador. A indústria farmacêutica é orgulhosa da qualidade de seus representantes de venda. De acordo com a Associação da Indústria Farmacêutica (PMA), nos EUA, o representante é um profissional graduado, com treinamento específico e intenso, em farmacologia, oferecido pela indústria. Muitos têm nível de pós-graduação e custam mais de 40.000 dólares para recrutamento, seleção, treinamento e supervisão. Quão humilhante é uma pessoa "altamente" treinada distribuir canetas esferográficas e entregar pizzas aos médicos.

Promoção Farmacêutica no Brasil

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) iniciou monitoração de propaganda de medicamentos em julho de 2000. Desde então, verifica em diversos veículos de comunicação (rádios, TVs, jornais, revistas e publicações

científicas) se as peças publicitárias para promoção dos produtos em questão estão em conformidade com a Legislação Sanitária. A partir deste trabalho de monitoração da publicidade de medicamentos, que conta com a parceria de 14 universidades brasileiras, por meio do Projeto de Monitoração de Propaganda e Publicidade de Medicamentos, foram gerados, entre 2000 e 2003, 819 autos de infração.¹⁸

Entre as ações reguladoras decorrentes do Projeto, a Anvisa suspendeu no Brasil, em julho de 2003, as publicidades e (ou) propagandas institucionais, veiculadas pelas companhias Eli Lilly do Brasil, Bayer e Pfizer em todos os meios de comunicação de massa, que promoviam medicamentos ou tratamentos para dificuldade de ereção e (ou) para desempenho sexual.^{19,20,21}

Conflito de interesses

O conflito de interesses é um "conjunto de condições em que o julgamento profissional, relativo a um interesse primário (ex: o bem-estar de um paciente ou a validade de uma pesquisa), tende a ser indevidamente influenciado por um interesse secundário (ex: ganho financeiro).^{1,11}

Conflito de interesses é uma condição e não necessariamente um comportamento. Alguém pode estar em conflito de interesses e não agir em conflito de interesses. Para alguém não agir em conflito de interesses, somente um dos interesses – o interesse primário – pode ter prioridade, como o bem-estar e o cuidado ao paciente. Assim, o médico precisa prevenir a influência do interesse secundário.¹¹

Diversos autores sugerem que a ligação financeira apresenta um risco para a integridade científica. Estima-se que cerca de um quarto dos pesquisadores em biomedicina, de instituições acadêmicas, recebe financiamento para pesquisa proveniente da indústria. Contudo, a declaração de interesses financeiros relacionados à pesquisa biomédica nem sempre é obrigatória e freqüentemente não são identificados.¹

Os médicos e a indústria farmacêutica têm objetivos e prioridades fundamentalmente diferentes. Para os médicos, o atendimento ideal ao paciente passa por uma busca da melhor alternativa disponível para seu tratamento individual. Por outro lado, a obrigação primária das indústrias farmacêuticas é produzir lucro para seus acionistas. Por mais apropriado que este objetivo possa ser para um negócio, não o é em ambiente clínico.¹⁰

Em pesquisa envolvendo 40 formadores de opinião (líderes de escolas médicas, profissionais envolvidos em educação médica permanente e pesquisadores clínicos), Taylor KM (1991) concluiu que quase todos eram gratos pelo financiamento da indústria para a pesquisa clínica. Neste mesmo estudo, 90% dos entrevistados admitiram uma relação de conflito de interesses, 65% disseram que houve um potencial para burlar padrões, e 40% estavam preocupados sobre um potencial atraso na publicação dos resultados desfavoráveis.²⁴

Qualidade da informação fornecida pela indústria farmacêutica

Em artigo de revisão, Lexchin J (1997) concluiu, com base em estudos realizados na Bélgica (1987), Reino Unido (1989) e EUA (1972, 1987, 1996), que há uma associação consistente entre o uso da informação fornecida pelos propagandistas e a prescrição inadequada, estabelecendo-se as seguintes relações:²

Quanto maior a freqüência em que os médicos recebiam os propagandistas:

- maior a propensão para o uso de medicamentos em detrimento do tratamento não-medicamentoso, quando esse último era a melhor opção;
- mais freqüente foi o favorecimento do ponto de vista comercial, em detrimento dos pontos de vista científicos, para o uso de um produto;
- mais freqüente foi a prescrição inadequada de antibióticos;
- menos freqüente foi a prescrição de medicamentos genéricos;
- maior foi a freqüência de uso de medicamentos de maior custo quando opções igualmente eficazes e de menor custo estavam disponíveis.

Freqüentemente, a propaganda farmacêutica é imprecisa. Wilkes et al. (1992) avaliaram 109 propagandas farmacêuticas, publicadas em 10 revistas médicas, concluindo que 57% das propagandas não apresentavam valor educativo; 44% poderiam levar à prescrição inadequada; e 62% não seriam recomendadas para publicação ou requeriam revisões importantes.²⁵

Diversos estudos demonstraram consistentemente que os representantes transmitem somente informação positiva selecionada sobre os produtos de seus laboratórios. Os efeitos colaterais e contra-indicações são raramente mencionados e a informação que os propagandistas dão aos médicos é freqüentemente imprecisa e não servem aos interesses dos pacientes.²

Dal Pizzol et al. (1998) publicaram resultado de análise de material publicitário (n=127) distribuído aos médicos, na região Sul do Brasil. Uma característica da amostra, que chamou a atenção dos pesquisadores, foi o fato de que 93 peças publicitárias (73%) apresentaram posologia (informação essencial à boa prescrição); e somente 55 (43%) apresentaram precauções gerais (contra-indicações, cuidados, advertências e reações adversas) – informações também essenciais à boa prescrição, mas que podem levar à restrição do uso do medicamento. Entre as propagandas que apresentaram posologia, 81(80%) o fizeram com letras legíveis. Por outro lado, das peças que apresentaram precauções gerais, 40 (73%) fizeram-no com letras muito pequenas, de difícil leitura.¹⁷

Silva et al. (1999) avaliaram propagandas de medicamentos, nas formas de folhetos e revistas não-científicas, distribuídas aos médicos no Distrito Federal. Das 93 peças analisadas, constatou-se ausência de dados sobre contra-indicações e efeitos adversos, respectivamente, em 73,1% e 69,9% delas. Informações sobre indicações de uso estavam presentes em 58,1% das peças, contudo, em 65,5% destas, as indicações não correspondiam às aprovadas.¹⁶

Vaz et al. (2000) realizaram pesquisa para identificar as fontes de informação sobre medicamentos utilizadas pelos

farmacêuticos comunitários (n=100) na cidade de Brasília (Distrito Federal). Neste estudo, 94% dos profissionais informaram que a fonte de informação mais consultada era o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), que contém cópia das bulas de medicamentos registrados no Brasil. Os dados contidos na publicação são selecionados e fornecidos pelos próprios fabricantes e a inclusão da bula requer pagamento.¹⁴

Neste mesmo ano, Barros (2000) publicou resultado de uma análise das informações contidas na DEF. O autor identificou que, para os 44 medicamentos mais vendidos no Brasil na ocasião, o DEF não fornecia informação sobre efeitos adversos e contra-indicações para 57,2% e 30,5% deles, respectivamente; por outro lado, não apresentava indicações de uso para 13,8% deles.¹⁵

Este tipo de material, comercial e não-científico, é a fonte de informação sobre medicamento predominantemente utilizada pelos médicos.¹⁰ Em artigo de revisão, Lexchin J (1993) relatou que os clínicos gerais no Canadá e Grã-Bretanha classificaram os propagandistas como a primeira ou segunda fonte de informação mais freqüentemente empregada.³

O que fazer

Poderíamos considerar razoável, na relação médico-representante, interações que não levem a um comportamento de prescrição inadequada.³

Algumas políticas apontam para a proibição de certas relações financeiras, enquanto outras sugerem somente uma regulação rigorosa e limites monetários.¹

Os profissionais poderiam optar por não receber os propagandistas, mas poucos fazem tal escolha. Aqueles que continuam a receber propagandistas devem entender que os médicos não podem ser passivos na interação, satisfeitos em aceitar a informação fornecida pelos representantes. Os médicos deveriam estar conscientes de suas próprias necessidades, estabelecer agenda para receber os representantes, se for o caso, e demandar informação objetiva dos mesmos, na forma de ensaios clínicos randomizados revisados por pares ou metanálises.²

O programa de treinamento de residência em medicina interna da Universidade de McMaster, Hamilton, Ontário (Canadá), adotou diretrizes que exigem dos propagandistas a submissão dos materiais educacionais aos diretores da unidade de ensino clínico e proibiu aos residentes o recebimento de benefícios não-educacionais (incluindo refeições) e excluiu os propagandistas dos eventos educacionais da residência.³

Os médicos não necessitam das refeições, brindes e honorários da indústria farmacêutica, e deveriam renunciar a eles. As organizações médicas deveriam ser mantidas pelos seus membros, não pela indústria, e deveriam sobreviver sem a abundante hospitalidade oferecida pela indústria em seus encontros.⁵

	Livraria Científica ERNESTO REICHMANN Desde 1936 Livros Nacionais e Importados	
	Loja 1 R. Dom José de Barros, 158 Centro - SP Tels: (11) 3255-1342/3214-3167 Telefax: (11) 3255-7501 e-mail: loja1@lcer.com	Loja 2 R. Pedro de Toledo, 597 V. Mariana - SP Tels: (11) 5575-8283/5082-5060 Telefax: (11) 5575-9037 e-mail: loja2@lcer.com
		Loja 4 R. Martiniano de Carvalho, 1085 Paraíso - SP Tels: (11) 3284-0859/3285-1750 Telefax: (11) 3284-7308 e-mail: loja4@lcer.com

MICROMEDEX/DRUGDEX:

A melhor base de dados norte-americana em medicamentos.
 CD-ROM Professional Ltda.: (34) 236-1096 (MG); (11) 289-7628 (SP); 021-567-2229 (RJ). E-mails: celso@triang.com.br (MG); cdromsp@hipernet.com.br (SP); cdromrj@ibm.net (RJ).

Os médicos também deveriam pagar pela sua EMP, sem patrocínio da indústria.⁵

Os cursos de EMP deveriam ser separados da promoção da indústria. Isto pode ser feito separando-se os conferencistas em dois grupos: palestrantes promocionais da indústria e palestrantes independentes. Desse modo, a audiência não teria dúvida sobre a fonte financiadora.⁵

Diversas organizações estão conscientes da distinção entre promoção e educação, mas poucas se dispõem a recomendar aos médicos a separação entre elas e a optarem pelo pagamento de sua própria educação. A indústria deveria publicar os resultados dos simpósios independentemente das revistas médicas estabelecidas, para evitar confusão com os estudos que são submetidos a revisão por pares.⁵

Problemas em pesquisa farmacêutica, conduzida por médicos acadêmicos, foram discutidos. Shim & Spece (1991) recomendaram que os pagamentos dos fabricantes de medicamentos para os testes de seus produtos fossem preferencialmente, para a direção da escola médica ao invés de pesquisadores individuais.⁵

Finalmente, os médicos poderiam encorajar a indústria a gastar menos com promoção e reduzir o custo de seus medicamentos e produtos para os pacientes.⁵

A promoção e o comércio são tarefas da indústria. Trabalhar em favor do paciente, que inclui a exigência de preços mais baixos para os medicamentos, é uma tarefa para os médicos. A EMP também é uma tarefa do médico. Pedir apoio da indústria é convidar a promoção e o comércio.⁵

A população deveria saber que um quarto do valor pago pelos medicamentos prescritos são retornados em parte para os médicos na forma de brindes, refeições, hospitalidade e campanhas promocionais.⁵

Blendon (1998) documentou o declínio na confiança pública na profissão médica, fato que possivelmente resulta do crescente mercantilismo nos cuidados a saúde ou um distanciamento da medicina daquele altruísmo tradicional, que era característico.⁵

Uma separação das atividades dos médicos e da indústria farmacêutica ajudaria a fortalecer a confiança da população em ambos os grupos.⁵

Referências bibliográficas

1. Bekelman JE, Mphil YL, Gross CP. Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research: A Systematic Review. *JAMA* 2003; 289(4): 454-65.
2. Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician* 1997; 43: 941-5.
3. Lexchin J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: What does the literature say? *Can Med Assoc J* 1993; 149(10): 1401-7.
4. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003; 326(10): 1167-70.
5. Noble RC. Physicians and the pharmaceutical industry: an alliance with unhealthy aspects. *Perspectives in Biology and Medicine* 1993; 36(3): 376-94.
6. Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Febrafarma). Acessado em: <http://www.febrafarma.org.br/home.asp>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Gerência Geral de Regulação Econômica e Monitoramento de Mercado. Acessado na Internet em 13.05.2004: <http://www.anvisa.gov.br/monitora/genericos/index.htm>
8. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Setor de Farmacovigilância. Alerta Terapêutico N° 05/02: Uso racional da ranitidina na profilaxia da úlcera de stress; 2002. Acessado na Internet em 19.05.2004: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/at_05-02.html
9. Whiteway DE. Physicians and the Pharmaceutical Industry: A Growing Embarrassment and Liability. *WMJ* 2001; 50-7.
10. Fisher MA. Physicians and the Pharmaceutical Industry: a dysfunctional relationship. *Perspectives in Biology and Medicine* 2003; 46(2): 254-72.
11. Wazana A, Primeau F. Ethical considerations in the relationship between physicians and the pharmaceutical industry. *Psychiatr Clin N Am* 2002; 25: 647-63.
12. Allman R. The relationship between physicians and the pharmaceutical industry: ethical problems with the every-day conflict of interest. *HEC Forum* 2003; 15(2): 155-70.
13. Mehta DK, Ryan RSM, Hogerzeil HV. WHO Model Formulary. Geneva: WHO; 2004.
14. Vaz CM, Marques AM, Borges RF. Fontes de informação sobre medicamentos utilizados pelos farmacêuticos do Distrito Federal. Trabalho curricular apresentado por alunos do Curso de Farmácia da Universidade de Brasília. (dados não publicados); 2000.
15. Barros JAC. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(2): 421-7.
16. Silva EV, Vidotti CCF, Hoefler R, Moraes LB, Silver LD. Avaliação das propagandas de medicamentos distribuídas para a classe médica em Brasília. Anais do VI Congresso Médico de Brasília. *Brasília Médica* 1999; 36(1): 23-4.
17. Dal Pizzol F, Silva T, Schenkel EP. Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(1): 85-91.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Inspeção: Propaganda de Medicamentos. Evolução do número de Autos de Infração (AI) de Propaganda. Acessado na Internet em 13.05.2004: <http://www.anvisa.gov.br/inspecao/propaganda/dados.htm>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RE nº 1.156, de 17 de julho de 2003, D.O.U de 28/07/2003.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RE nº 1.157, de 17 de julho de 2003, D.O.U de 28/07/2003.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RE nº 1.158, de 17 de julho de 2003, D.O.U de 28/07/2003.
22. Lurie N, Rich EC, Simpson DE, Meyer J, Schiedermyer DL, Goodman JL, McKinney WP. Pharmaceutical representatives in academic medical centers: interaction with faculty and housestaff. *J Gen Intern Med* 1990; 5(3): 240-3.
23. Palmisano P, Edelstein J. Teaching drug promotion abuses to health profession students. *J Med Educ* 1980; 55(5): 453-5.
24. Taylor KM. The impact of the pharmaceutical industry's clinical research programs on medical education, practice and researchers in Canadá: a discussion paper. In *Canadian Pharmaceutical Research and Development: Four Short-Term Studies*, Dept of Industry, Science and Technology, Ottawa, 1991.
25. Wilkes MS, Doblin BH, Shapiro MF. Pharmaceutical advertisements in leading medical journals: experts' assessments. *Ann Intern Med* 1992; 116(11): 912-9.

Saiba mais sobre Promoção de Medicamentos

Desde o ano passado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Ação Internacional pela Saúde (AIS – Europa) disponibilizam uma base de dados (*Drug Promotion Database*), que indexa cerca de 2.200 publicações relacionadas a todos os aspectos da promoção farmacêutica. O banco de dados inclui publicações do período de janeiro de 1970 a abril de 2002, identificadas a partir de busca no MEDLINE.

Os objetivos deste projeto são: documentar a promoção farmacêutica inadequada e seus efeitos, proporcionar informação sobre instrumentos úteis para a instrução de profissionais de saúde, e promover a formação de redes de pessoas e grupos interessados no tema.

Atualmente, o material está somente em inglês, disponibilizado em quatro revisões sobre diferentes aspectos da promoção farmacêutica:

1. Atitude das pessoas (profissional e público) frente à promoção;
2. Impacto da promoção farmacêutica sobre as atitudes e conhecimento;
3. Impacto da promoção farmacêutica sobre o comportamento;
4. Intervenções testadas para se contrapor às atividades de promoção e seus resultados.

A base de dados contribui para a definição dos setores que necessitam de estudos complementares e de instrumentos para promover a educação do pessoal de saúde e dos consumidores sobre a promoção de medicamentos.

A base de dados é administrada pelo Centro Colaborador da OMS para Informação sobre Medicamentos da Universidade de Ciências da Malásia. Está disponível para acesso gratuito em: <http://www.drugpromo.info>

Fonte: Boletín AIS COIME Nicarágua. No. 24, março 2004, p.11.

Novo Formulário Terapêutico da OMS na Internet

Está no ar o novo Formulário Terapêutico da OMS.

A publicação traz informações sobre uso recomendado, dosagem, efeitos adversos, contra-indicações e advertências para os 316 medicamentos da Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS de 2003.

A publicação, em inglês, está disponível para consulta gratuita na Internet:

<http://mednet3.who.int/eml/modelFormulary.asp>

Errata

Na edição anterior deste Boletim (Ano IX – Número 1/2 janeiro a abril/2004), na Seção Dia-a-Dia, página 04 (página 38 da Revista Pharmacia Brasileira), cometemos um equívoco no primeiro parágrafo da resposta dada à Pergunta 2:

Onde se lê:

*Aminoglicosídeos são antibacterianos, derivados de bactérias dos gêneros Streptomyces e Micromonospora, com atividades similares entre si. São muito ativos contra bactérias gram-negativas **anaeróbias** da família das enterobactérias e têm ação bactericida e bacteriostática.*

Leia-se:

*Aminoglicosídeos são antibacterianos, derivados de bactérias dos gêneros Streptomyces e Micromonospora, com atividades similares entre si. São muito ativos contra bactérias gram-negativas **aeróbias** da família das enterobactérias e têm ação bactericida e bacteriostática.*

Nota: Somos gratos pela contribuição do farmacêutico Jurandi David da Silva, Diretor do NETSBAC-PE.

Dia-a-Dia

PERGUNTA 1 (nº 228 /2004)

Existe comprovação científica de que a Insulina Lantus® (insulina glargina) tenha maior eficácia terapêutica, quando comparada à insulina humana NPH para diabetes tipo 1?

RESPOSTA

A insulina glargina é uma insulina recombinante. Sua estrutura química difere da insulina humana em três aminoácidos.

Nos ensaios clínicos disponíveis, ainda limitados, a insulina glargina apresentou efeitos similares à insulina humana NPH. Em alguns desses estudos, houve menor incidência de hipoglicemia sintomática quando do uso da nova insulina. Estes estudos foram relativamente

curtos, de modo que a efetividade da insulina glargina, em longo prazo, ainda não está estabelecida.

REFERÊNCIAS:

1. AHFS. Drug Information 2003. Bethesda: ASHP; 2003.
2. New drugs – Insulin Glargine. *Australian Prescriber* 2004; 27(2):50.
3. Guidance on the use of long-acting insulin analogues for the treatment of diabetes – insulin glargine. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Technology Appraisal Guidance – N° 53.UK, 2002. Acessado pela internet no sítio www.nice.org.uk
4. Insuline Glargine (Lantus®), a new long-acting insulin. The Medical Letter Inc. *The Medical Letter on Drugs and Therapeutics* 2001; 43: 67.
5. PRVS – Produtos e Registros em Vigilância Sanitária. Versão Eletrônica. Optionline Ltda. São Paulo, 2004.