

Médicos e Indústria Farmacêutica: Percepções Éticas de Estudantes de Medicina

Physicians and the Pharmaceutical Industry: Ethical Perceptions of Medical Students

Gabriel Peres^I
José Roberto Pretel Pereira Job^{II}

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica.
- Ética Médica.
- Indústria Farmacêutica.
- Estudantes de Medicina.

KEYWORDS:

- Medical Ethics.
- Medical Education.
- Drug Industry.
- Medical Students.

Recebido em: 06/08/2009

Reencaminhado em: 17/01/2010

Aprovado em: 04/03/2010

RESUMO

Introdução: Após a Segunda Guerra Mundial, a indústria farmacêutica (IF) consolidou-se como importante e lucrativa atividade econômica. Considerando que os prescritores são médicos, a IF se vale de pesada campanha propagandística e do oferecimento de vantagens, desde os primórdios da formação médica. **Objetivos:** Identificar percepções éticas em estudantes de Medicina no início do curso, além de comparar os distintos grupos que compõem a amostra. **Casuística e Métodos:** Estudo transversal, descritivo, baseado na aplicação e análise de questionário sobre a relação entre médicos e IF, respondidos por 94 segundaristas. Para análise estatística, utilizaram-se testes do tipo Wilcoxon e Exato de Fisher. A significância foi de $p = 0,5$. **Resultados:** As respostas foram semelhantes aos conceitos do Código de Ética Médica (CEM) de 1988. Na comparação entre grupos relativamente ao item que declarava a necessidade de maior tempo de abordagem de temas éticos, verificou-se divergência entre estudantes religiosos e aqueles sem religião declarada. **Discussão:** A influência das ações da IF era conhecida entre os alunos, ainda que ignorassem certos mecanismos de atuação desta e se tornassem vulneráveis à propaganda em ambiente acadêmico. **Conclusão:** As percepções éticas dos estudantes pesquisados foram, em geral, homogêneas na amostra e estão em conformidade com o CEM. Reconheceram a necessidade de contínua discussão sobre o assunto.

ABSTRACT

Introduction: Since World War II, the pharmaceutical industry has consolidated itself as an important and lucrative economic activity. Considering that the prescribers are physicians, the industry draws on heavy advertising and perks and benefits, beginning early in medical school. **Objectives:** The objectives were to identify ethical perceptions among medical students in early medical school, besides comparing the various groups comprising the sample. **Sample and methods:** This was a cross-sectional, descriptive study based on the application and analysis of a questionnaire on the relationship between physicians and the pharmaceutical industry, answered by 94 second-year medical students. Statistical analysis used the Wilcoxon's and Fisher's exact tests. Statistical significance was set at $p = 0.5$. **Results:** The answers were similar to the Code of Medical Ethics, last revised in 1988. In the comparison of the groups concerning the statement on the need for more time devoted to ethical issues, there was a difference between religious and non-religious students. **Discussion:** Students were aware of the pharmaceutical industry's influence, although they were unaware of some of its marketing mechanisms and the fact that they were vulnerable to advertising within the medical school setting. **Conclusion:** The students' ethical perceptions were largely homogeneous and consistent with the Code of Medical Ethics. They acknowledged the need for an on-going discussion on the subject.

^I Universidade Estadual de Campina, Campinas, SP, Brasil.

^{II} Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A medicina da atualidade caminha cada vez mais no sentido da desumanização, baseada no intervencionismo exacerbado, e o uso abusivo de medicamentos industrializados assume papel de destaque.

A história dos medicamentos e do lugar que passam a ocupar na prática médica está intimamente associada às transformações operadas nas formas de produzir e consumir remédios, fenômenos que podemos situar no século passado, particularmente após a Segunda Guerra Mundial. Neste contexto histórico, incluímos ainda a questão do crescimento da sociedade de consumo como substrato para os diversos ramos da economia, entre eles a indústria farmacêutica¹.

Estudo do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) mostra que os produtos e serviços de saúde representam o grupo que mais aumenta os preços, mais que o dobro da inflação. A maior parte desse aumento corresponde aos medicamentos².

Para se ter uma ideia dos valores monetários em questão, apenas o desenvolvimento de uma nova droga tem o custo de inovação aproximado de 403 milhões de dólares³.

O faturamento das empresas farmacêuticas, no Brasil, gira em torno de 10 bilhões de dólares por ano². No mundo, o mercado farmacêutico movimentou, em 2006, aproximadamente 643 bilhões de dólares, com aumento de 7,0% em relação ao ano anterior, o que evidencia seu poderio econômico e a enorme gama de estratégias para aumentar cada vez mais os lucros⁴.

Para agir com o público leigo, a indústria farmacêutica utiliza os meios de comunicação para divulgar a fabricação ou a “reciclagem” de doenças (muito mais barato que a fabricação de novos fármacos). Através da mídia, massifica o uso de drogas “milagrosas” para o controle das “novas” doenças. Um exemplo atual é a disfunção erétil, criada em substituição à impotência masculina, para a qual o sildenafil passou a significar uma “extraordinária” solução⁵.

Lynn Payer, em 1992, criou o termo *disease-monger* (apregoador ou fabricante de doenças). A autora elencou os dez mandamentos para a fabricação bem-sucedida de uma nova doença: (1^o) tomar uma função normal e insinuar que há algo de errado com ela e que precisa ser tratada; (2^o) encontrar sofrimento onde ele não necessariamente existe; (3^o) definir uma parcela tão grande quanto possível da população afetada pela “doença”; (4^o) definir a condição como uma moléstia de deficiência ou como um desequilíbrio hormonal; (5^o) encontrar os médicos certos; (6^o) enquadrar as questões de maneira muito particular; (7^o) ser seletivo no uso de estatísticas para exagerar os benefícios do tratamento disponibilizado; (8^o) eleger os objetivos errados, quer dizer, focar aspectos secundários ou

desimportantes com relação ao verdadeiro alvo da pesquisa; (9^o) promover a tecnologia como magia sem riscos; (10^o) escolher um sintoma inespecífico, com múltiplas possibilidades de interpretação, e fazê-lo parecer um marcador de doença séria⁶.

Deve-se acrescentar que, para o êxito da indústria farmacêutica, o medicamento é representado por um duplo papel, que pode ser sinteticamente apreendido ao ser considerado com dois significados: primeiramente, a capacidade de intervenção do médico no problema e que o receita porque “sabe” o que o paciente tem; e, em segundo lugar, sinal de ter sido dada a atenção de que o paciente se julga merecedor, realizando o desejo do paciente de sair da consulta com uma receita na mão, evidenciando-se “naturalmente” o que já existe: uma tendência de medicalização de todo e qualquer paciente⁷.

Entre as diversas práticas mercadológicas de que a indústria farmacêutica se vale para incrementar os lucros — via estímulo ao consumo —, sobressai a propaganda agressiva e contínua por meio da abundante exposição midiática dos novíssimos recursos diagnósticos e terapêuticos, convencendo não só a população, mas particularmente os médicos, cujas “canetas” alavancam e permitem a venda dos produtos. Este profissional, por conseguinte, é o maior parceiro no faturamento de tais indústrias¹.

Vale ressaltar que no Brasil não é permitida a divulgação de remédios de forma livre ao público leigo porque seu uso equivocado representa dano à saúde. Portanto, o alvo número um da indústria farmacêutica é, direta ou indiretamente, o médico⁸.

A partir da década de 1980, a comunidade científica se preocupou em desvendar as diferentes relações dos pesquisadores com a indústria farmacêutica, focando especialmente em seus relatórios de pesquisa o conflito de interesses, que, em virtude do impacto mercadológico, poderia iludir a boa-fé dos consumidores médicos e pacientes. Os periódicos científicos passaram a exigir que os autores incluíssem, em seus artigos, informações sobre todo e qualquer tipo de ajuda que receberam para a realização do trabalho⁹.

A redundância em pesquisas — isto é, a publicação de estudos semelhantes — também configura uma tática de fortalecimento publicitário da indústria farmacêutica, já que esta, a partir da utilização e da manipulação dos conceitos estatísticos, confere um caráter verossímil à eficácia de seus produtos, com a repetição de resultados nem sempre verdadeiros¹⁰.

Interessam às faculdades de Medicina as questões éticas relacionadas à atividade dos pesquisadores e docentes que, influenciados pela indústria farmacêutica, colocam o peso do seu prestígio acadêmico, muitas vezes de modo contrário aos interesses da vida universitária, tanto no ensino, como na pesquisa e na assistência¹¹.

Entre as diversas táticas, além da publicidade maciça, a indústria farmacêutica utiliza médicos renomados que, de maneira aparentemente casual, instruem seus colegas e alunos a prescrever determinados medicamentos — são os *speakers*. Outras táticas são a distribuição de simples brindes até o financiamento de viagens, estadias, inscrições em congressos, simpósios, jornadas, financiamento de pesquisas, publicação de artigos científicos, livros, entre outras facilidades, desfigurando de modo sutil as características que o médico tem por dever observar para cumprir seu Código de Ética Profissional¹².

O Código de Ética Médica (CEM) brasileiro, de 1988, deixa claro, em seu Artigo 1º do Capítulo I, que o médico, em sua essência, é um profissional a serviço da saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional; e que a medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio, segundo os Artigos 98 e 99 do Capítulo VIII. Entende-se com isso, também, que não se pode fazer uso da profissão e da relação médico-paciente para tirar vantagem pessoal e/ou financeira, isto é, influência direta para a compra de medicamentos, próteses e órteses, além da veiculação da profissão em anúncios de empresas comerciais de qualquer espécie, conforme o Artigo 136 do Capítulo XIII¹³.

No entanto, o que se vê na prática é uma condição conflituosa, na qual o médico, influenciado pelo interesse econômico, muitas vezes consciente ou inconscientemente, sacrifica o bem-estar do paciente. Tal conflito de interesses é mais complexo do que reconhecido, ou seja, muitos médicos, embora vejam com desconfiança o fato de colegas receberem vantagens, responderiam não sentir qualquer tipo de influência ou pressão para receitar determinado medicamento, mesmo após terem recebido vantagens¹².

A importância do assunto para a formação médica é tão evidente que nas escolas de Medicina se inicia um debate sobre a presença da publicidade da indústria farmacêutica desde os primeiros anos do curso médico. Para a educação sobre tal influência, alunos começaram a organizar movimentos como o *PharmFree* (campanha da Associação Americana dos Alunos de Medicina)¹⁴.

Por recomendação da OMS, os alunos devem aprender com seus docentes a prescrever medicamentos genéricos como um dos quesitos para a realização de uma prescrição ética¹⁵. Entretanto, não se espera uma mudança radical por ora, uma vez que os alunos tomam como modelo seus médicos e mentores, que ainda consideram o aceite de brindes e vantagens para a prescrição de drogas com nome comercial como algo não influenciável na terapêutica adotada¹⁴.

Nesse contexto se insere o aluno de Medicina, que lida diariamente com distintas situações de escolha. Para isto, precisa aplicar toda a bagagem de informações técnicas recebidas diariamente em seu treinamento profissional, sem, no entanto, conseguir separar completamente esse conhecimento das experiências pessoais anteriores ao seu ingresso no curso. Frente a tais situações-problema, surgem percepções éticas, quando a base científica fundamental é modulada pelos valores morais próprios, provenientes da formação humanística, na qual se incluem, por exemplo, a religião, os costumes familiares e a cultura local. Em suma, o processo formativo se constitui pelo aprendizado direto, por meio do ensino dialético, e pelo ensino indireto, no qual atitudes, valores e comportamentos provêm de vivências pregressas e atuais^{16,17}.

Considerando a relevância e a atualidade do tema, além da necessidade de conhecer tal situação e intervir precocemente na educação médica, realizou-se esta pesquisa, a fim de formalizar a questão, verificar as percepções éticas dos alunos e se estes estão cientes ou não da influência exercida na prescrição médica pela indústria farmacêutica.

OBJETIVOS

- Identificar percepções éticas de estudantes de Medicina referentes à relação entre médicos e a indústria farmacêutica no início da graduação, a fim de demonstrar valores trazidos do ambiente familiar.
- Identificar como as normas do CEM que tratam da relação entre médicos e indústria farmacêutica são avaliadas por estudantes de Medicina, que na prática ainda não haviam discutido o tema.
- Comparar percepções éticas de estudantes de Medicina, filhos de pais médicos, com as percepções dos estudantes filhos de pais não médicos.
- Comparar as percepções éticas de estudantes de Medicina que se declaram religiosos com as daqueles que não se declaram religiosos.
- Contribuir para o conhecimento e reflexão sobre as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e do CEM.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado entre julho de 2007 e julho de 2008, baseado na aplicação e análise de questionário composto de: uma parte inicial, para identificação de gênero, religião e filiação (ou não) de médico(s); e uma parte final, com 15 questões sobre relação entre médicos e indústria farmacêutica, elaboradas a partir das referências bibliográficas deste trabalho, permeadas pela leitura dos Artigos 98 e 99 do Capítulo VIII (Remuneração Profissional) do Código de Ética Médica.

Tal questionário foi aplicado individual e simultaneamente a uma amostra de 109 alunos, todos matriculados no segundo ano do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp do ano de 2007, dos quais 86,2% responderam ($n = 94$). Juntamente com o questionário, foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado pelos participantes.

Os segundanistas foram escolhidos por já terem tido pelo menos um ano de contato com a classe médica (alunos mais adiantados no curso, residentes, professores, além de, eventualmente, familiares médicos). Além disso, ao terem cursado, no primeiro ano, a disciplina de Bioética e Ética Médica II¹⁸, tiveram contato prévio com o CEM, já que a ementa dessa disciplina prevê o manuseio obrigatório de tal documento como requisito para suas atividades. Por outro lado, ainda estavam no início do curso, ou seja, ainda não haviam passado pelos estágios práticos e atendimentos. Assim, poderiam demonstrar seus valores éticos baseados em suas experiências anteriores de vida, resgatando, ainda, uma visão como pacientes.

Estratégia de Aplicação

Os questionários, juntamente com duas vias do TCLE, foram distribuídos e aplicados a todos os alunos na ocasião da avaliação final da disciplina de Bioética e Ética Médica IV, data considerada disponível para toda a turma. Foram preenchidos voluntariamente ao término da prova e entregues ao docente junto com uma via do TCLE.

Estratégia para a não Contaminação da Amostra

Na aplicação do questionário, para evitar a contaminação da amostra, adotou-se a estratégia de impedir que se conversasse sobre o assunto do questionário, uma vez que os alunos estavam em ambiente de prova individual e, portanto, respondiam os questionários em tempos diferentes, porém na mesma data e horário.

Tratamento dos Dados

Os dados obtidos a partir do questionário foram tabulados e tratados.

As respostas passaram por análise estatística do tipo Wilcoxon. Para distribuição de frequência, foi utilizado o Teste Exato Fisher, a fim de comparar diferentes grupos, como as variáveis religião, parentesco ou não de primeiro grau com médicos e as percepções éticas questionadas na entrevista. Na avaliação de dados numéricos foram empregados testes não paramétricos. A significância estatística estabelecida foi de $p \leq 0,5$.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

Dos 109 questionários distribuídos, 94 sujeitos (86%) responderam os questionários, enquanto 15 sujeitos (14%) não responderam.

Para comparação das respostas dos diferentes grupos, foram investigadas as frequências de alunos filhos de pai(s) médico(s) (Gráfico 1) e as frequências entre diferentes religiões (Gráfico 2).

GRÁFICO 1
Frequência da amostra por filiação

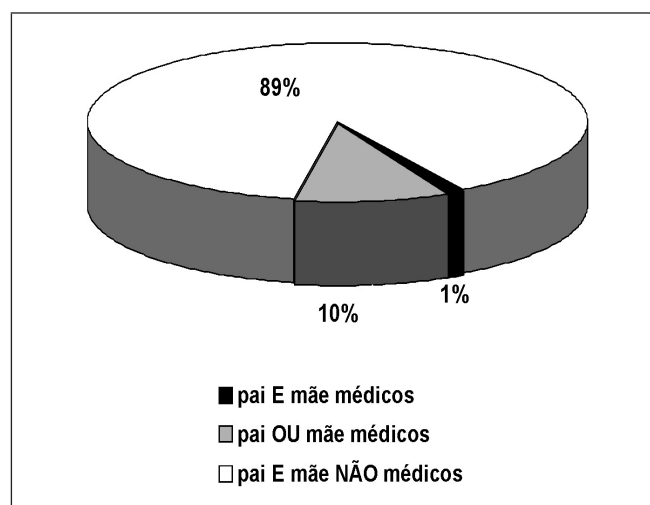
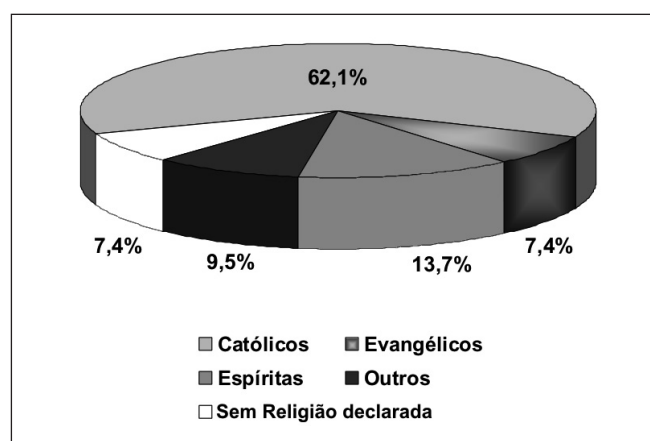


GRÁFICO 2
Frequência da amostra por religião



A Tabela 1 indica as percepções dos estudantes de Medicina (amostra total: $n = 94$) frente às perguntas do questionário aplicado.

TABELA 1
Distribuição das perguntas do questionário x respostas

Questões	Distribuição das Respostas	
É uma situação comum a de médicos receberem visitas de representantes de indústrias farmacêuticas em seus locais de trabalho (Consultórios/Hospitais)?	Sim 98%	Não 2%
Você acha isso correto?	Sim 43%	Não 57%
Você tem conhecimento de algum mecanismo utilizado pela Indústria Farmacêutica para saber quais medicamentos o médico prescreve?	Sim 12%	Não 88%
Você já ouviu falar ou leu sobre a fabricação de “novas doenças”, isto é, a magnificação de doenças e sintomas já conhecidos, a fim de se divulgar um medicamento “extraordinário” para a mesma?	Sim 64%	Não 36%
Você considera ético as Indústrias Farmacêuticas ajudarem os médicos, através do financiamento de viagens, estadias, inscrições em congressos, pesquisas, publicações científicas?	Aético Totalmente ético 0 0 Médiana = 1 Máximo = 9,4 10 Média = 2,1	
Você acredita que os mecanismos de divulgação das indústrias farmacêuticas (propaganda massiva, brindes, médicos que fazem propaganda de medicamentos em apresentações científicas “speakers”, entre outros) podem influenciar no receituário médico?	Nada Totalmente 0 Mínimo = 0,3 6,8 10 10 Média = 6,4	
Com que frequência você acredita que os médicos explicam os porquês da terapêutica escolhida aos pacientes?	Nunca Sempre 0 0 2,2 8,2 10 Média = 2,7	
Você alguma vez já recebeu brindes de propaganda de indústrias farmacêuticas em ambiente acadêmico, isto é cursos, simpósios, congressos, entre outros eventos?	Sim 91%	Não 9%
Após leitura dos Artigos 98 e 99 do Capítulo VIII Código de Ética Médica...		
Você compreendeu a que estes artigos se referem?	Nada Totalmente 0 5,6 9,5 10 10 Média = 9	
Você já conhecia os artigos acima, especificamente?	Sim 10%	Não 90%
Após a leitura e reflexão dos artigos acima, você mudaria alguma resposta anterior?	Sim 27%	Não 73%
Há necessidade de ações educativas e normativas a partir da evolução do Código de Ética Médica para coibir tais atitudes, que causam conflitos de interesses entre médicos, pacientes, instituições e principalmente nas políticas estatais de saúde?	Nenhuma Total 0 0,4 9,2 10 10 Média = 9,4	
A abordagem que você encontra na FCM-UNICAMP é suficiente para posicioná-lo criticamente junto a ação do marketing instituído pela Indústria Farmacêutica?	Em nada Totalmente 0 3,9 5,1 10 10 Média = 5,1	
Há necessidade de uma maior atuação dos responsáveis pelo conteúdo programático curricular da FCM-UNICAMP a fim de alertar os Estudantes de Medicina sobre o assunto e o possível mal que estariam inadvertidamente causando em seus futuros pacientes?	Em nada Totalmente 0 6,5 8,2 10 10 Média = 7,7	
As disciplinas envolvidas com tal conhecimento (como por exemplo as áreas abordadas: Epidemiologia Clínica, Farmacologia, Estatística, Metodologia de Pesquisa, Terapêutica Clínica, Bioética e Ética Médica) poderiam estabelecer atividades multidisciplinares, nas quais promoveriam reflexão científica sobre as questões elucidadas (exemplo: discussões acadêmicas multidisciplinares sobre a ideologia e erros metodológicos dos trabalhos científicos financiados pela Indústria Farmacêutica)?	Jamais Sempre 0 0,6 8,4 10 10 Média = 8	

Obs. À direita de cada questão transcrita, tem-se a resposta indicada por frequência (barras verticais) ou pelas pontuações máxima, mínima, média e mediana (barras horizontais).

Comparação de Percepções — Filhos de Médico(s) x Filhos de não Médicos

Considerando a significância estatística de $p = 0,05$, não houve diferenças entre as respostas de sujeitos filhos de médico(s) ($n = 10$) comparadas às respostas de filhos de pais que não são médicos ($n = 83$).

Comparação de Percepções — Grupos Religiosos

A comparação das respostas foi feita a partir da divisão dos sujeitos em dois grupos: religiosos (grupo composto por católicos, espíritas, evangélicos e de outras religiões) e sem religião declarada.

TABELA 2

Diferença estatisticamente significativa entre sujeitos sem religião declarada e religiosos relativamente à questão transcrita

Questão	p	Comparação das Respostas
A abordagem que você encontra na FCM-UNICAMP é suficiente para posicioná-lo criticamente junto a ação do marketing instituído pela Indústria Farmacêutica?	0,03	<p>Sem Religião declarada (n=7)</p> <p>Em nada 0 5,7 6,9 10 10 Média = 7,4</p>
		<p>Religiosos (n = 87)</p> <p>Em nada 0 0,4 4,9 10 10 Média = 4,9</p>

Obs. Os gráficos em barra horizontal expressam as respostas em máxima, mínima, média e mediana.

Considerando a significância estatística de $p = 0,05$, houve diferença em uma das respostas, comparando os grupos de sujeitos religiosos com o de sujeitos sem religião declarada (Tabela 2).

Quanto ao posicionamento frente às demais questões, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

DISCUSSÃO

Percepções Éticas dos Sujeitos

Quase a totalidade (98%) dos sujeitos afirmou conhecer o fato de médicos receberem visitas de representantes de indústrias farmacêuticas em locais de trabalho, confirmando o importante papel assumido pelo propagandista nas ações de divulgação de medicamentos. Tal estratégia se justifica, segundo Peters, pelo fato de a informação ser mais facilmente assimilada quando transmitida oralmente do que na forma escrita¹⁹.

Entretanto, 43% dos sujeitos consideram essas visitas como algo correto, provavelmente por ainda desconhcerem muitas táticas de transmissão da informação que os representantes de laboratório utilizam na qualidade de agentes promotores do chamado “*marketing de relacionamento*”, um verdadeiro vínculo interpessoal, em longo prazo, entre médico e indústria farmacêutica (personificada no e pelo propagandista)²⁰. Tais profissionais treinados, entre outras estratégias, deixam de mencionar aspectos negativos do fármaco, como efeitos colaterais e contraindicações, aproveitando-se da lacuna de formação médica quanto à farmacoterapia, frequentemente presente. Isto possibilita que os propagandistas sejam um dos principais meios de fornecimento de informações científicas e,

por conseguinte, tenham a facilidade de incutir nos médicos o uso do seu produto-alvo, no âmbito das visitas e revisitações¹.

Atualmente não há restrições à ação dos propagandistas nas universidades brasileiras e, ainda menos, em relação ao contato destes com os estudantes. A maioria dos alunos desconhece as estratégias e práticas da indústria farmacêutica na promoção de seus produtos, além de apresentarem uma insegurança inerente a esta fase da formação médica. Esse fato os vulnerabiliza quanto às informações fornecidas pelos propagandistas, constituindo um potencial fator de risco profissional e, conseqüentemente, um prejuízo na sua relação médico-paciente após a formatura²¹.

Nos Estados Unidos, as discussões sobre o acesso a dados sobre prescrição — quais dados, como e a quem podem ser disponibilizados — têm se tornado uma preocupação das sociedades médicas e de órgãos públicos de saúde. Por um lado, tais informações podem ter grande utilidade em estudos epidemiológicos, mas, por outro, podem representar mais uma ferramenta mercadológica para as indústrias farmacêuticas, inclusive a possibilidade de pressionar, direta ou indiretamente, os médicos a prescreverem determinada droga após “acordos” para fornecimento dos mais diversos tipos de suporte²².

O fato de 88% dos sujeitos terem declarado não conhecer mecanismos utilizados pela indústria farmacêutica para saber quais medicamentos são prescritos pelos médicos pode ser explicado não só pela falta de contato com a prática clínica (até esta fase da graduação), mas principalmente pela atualidade do tema. Nos Estados Unidos, por exemplo, onde essa discussão está mais disseminada, apenas 77% dos médicos tinham ciência desse fato²³.

A fabricação de “novas doenças” já era conhecida por um número expressivo (64%) dos entrevistados, entretanto 36% ignoravam o tema. Esses dados se opõem ao aferido em pesquisa com 199 estudantes do último ano de um curso médico na Índia, onde apenas 15% dos entrevistados diziam conhecer a “fabricação de doenças” e conseguiram defini-la com exemplos²⁴.

Houve tendência a considerar aética a relação de ajuda das indústrias farmacêuticas aos médicos (Tabela 1), mediante financiamento de viagens, estadias, inscrições em congressos, pesquisas e publicações científicas, segundo preconizado nos Artigos 98 e 99 do Código de Ética Médica¹³, ainda que apenas 10% dos sujeitos conhecessem tais artigos. Mesmo assim, somente 27% mudariam alguma das respostas anteriores após a leitura dos mesmos, o que demonstra a necessidade de instituir o estudo da Ética Médica mais precocemente no curso médico.

Quanto à possibilidade de influência no receituário médico segundo os mecanismos de divulgação das indústrias farmacêuticas (propaganda massiva, brindes, médicos que fazem propaganda de medicamentos em apresentações científicas — *speakers*, entre outros), as respostas tenderam levemente no sentido de considerar que tais estratégias poderiam levar a influenciar a decisão na hora da prescrição (Tabela 1). Mas as respostas variaram muito entre os dois polos (influenciar em nada *versus* totalmente), o que pode ser interpretado como uma imaturidade dos estudantes do segundo ano, ou seja, os riscos inerentes a este tipo de relacionamento entre médicos e indústrias farmacêuticas não eram totalmente reconhecidos entre os sujeitos entrevistados²¹.

A maioria dos sujeitos considerou que os médicos não explicam os porquês dos tratamentos a seus pacientes (Tabela 1). Este é um ponto que merece grande atenção desde o início da capacitação profissional, pois a falta de explicação por parte do médico, imposta na relação médico-paciente, impede o paciente de questionar os porquês de determinada terapêutica e de expor suas crenças relativas a ela. Por outro lado, há médicos que prescrevem um medicamento desnecessário apenas para satisfazer um suposto desejo do paciente. Em virtude da falta de comunicação, geralmente se perde a oportunidade de saber as reais intenções e as dúvidas do paciente, que acaba prejudicado²⁵.

Uma vez que 91% dos sujeitos já receberam, alguma vez, brindes de laboratórios em ambiente acadêmico, fica evidente o massivo contato dos estudantes de Medicina com a propaganda farmacêutica desde os primórdios da sua formação, marcando a forçosa presença das indústrias farmacêuticas dentro das escolas de Medicina e nos eventos acadêmicos. Devido à maior suscetibilidade dos estudantes à ação do *ma-*

rketing farmacêutico por estarem no início da formação, pela pouca crítica às informações sobre os medicamentos e pelo pouco conhecimento sobre as táticas mercadológicas da indústria farmacêutica, as instituições de ensino médico devem ter maior cuidado com a formação de seus alunos²¹.

Contra os efeitos deletérios dessa situação, cabe aos professores e coordenadores do curso médico estabelecer normas quanto ao contato de seus alunos com a indústria farmacêutica, isto é, regulamentar tal propaganda em ambiente acadêmico, como fator de proteção da autonomia dos futuros médicos quanto aos seus atos²¹.

Uma parte expressiva dos sujeitos revelou que haveria necessidade de ações educativas e normativas a partir da evolução do Código de Ética Médica para coibir tais atitudes, que causam conflitos de interesses entre médicos, pacientes, instituições e principalmente nas políticas estatais de saúde (Tabela 1). Os alunos reconheceram que, de alguma forma, há necessidade de intervenção dos órgãos de classe em documentos normativos sobre a ação das indústrias farmacêuticas, assim como, fundamentalmente, do desenvolvimento de uma consciência crítica com debates presenciais ou não sobre a questão¹⁴.

Sobre a abordagem encontrada na FCM-Unicamp a fim de posicioná-los quanto à ação do *marketing* instituído pela indústria farmacêutica, os sujeitos se declararam parcialmente preparados nesta etapa do curso. Foi mencionada a necessidade de abordar o tema no conteúdo programático curricular da FCM-Unicamp a fim de alertar os estudantes de Medicina sobre o assunto e o possível mal que inadvertidamente causariam em seus futuros pacientes. Nesse sentido, a pesquisa deveria ser repetida prospectivamente, uma vez que o tema em questão faz parte da ementa do terceiro ano do curso médico da FCM-Unicamp e, portanto, ainda não foi estudado pelos sujeitos. Assim, esta resposta pode representar um viés no momento em que foi aplicado o questionário.

Devemos destacar ainda o interesse pelo tema, o que reflete a necessidade sentida pelos alunos de discutir e formar opinião sobre o assunto. Portanto, no atual contexto, uma medida essencial que as escolas de Medicina têm a obrigação de adotar é a abordagem sistemática e constante da relação entre médicos e indústrias farmacêuticas e as estratégias mercadológicas desta última²¹.

A possibilidade de estabelecer atividades multidisciplinares, que promoveriam uma reflexão sobre as questões explicitadas, juntamente com as disciplinas envolvidas com tal conhecimento, foi considerada uma necessidade potencial e bem-vinda a se adotar (Tabela 1), colaborando para o que foi discutido acima¹⁴.

Considerações sobre as Comparações de Amostras de Grupos

Ficou evidente que, exceto uma resposta na comparação entre sujeitos religiosos e sem religião declarada (Tabela 2), nas demais questões não houve diferenças estatisticamente significativas ao se compararem filhos de médicos com filhos de não médicos e também na comparação entre religiosos e sem religião declarada.

Na FCM-Unicamp, os segundanistas fazem a leitura do CEM para discutir os temas propostos nas aulas até este momento do curso médico, sendo que na ementa do terceiro ano discutirão a relação entre médicos e indústria farmacêutica¹⁸. Estudantes sem filiação religiosa consideraram tal abordagem suficiente para um adequado posicionamento ético. Uma provável explicação pode ser o fato de tais sujeitos basearem suas condutas, principalmente, numa visão “cartesiana”, arraigada em conhecimentos tecnocientíficos, sem ponderar, em suas análises de problemas éticos, aspectos que os sujeitos religiosos iriam inevitavelmente considerar (conscientemente ou não) em virtude do próprio componente da sua formação moral, proveniente do arcabouço da religião a que se filiaram. Isto remete a Potter²⁶, para quem a combinação dos conhecimentos e opiniões é que ordenaria as convicções e ações.

É evidente que, em sua formulação tradicional, a ética se inscreve não num mundo estável, mas, sim, evolutivo, instável, como é o mundo da vida. Esse ponto de vista nos força a considerar a validade das suas premissas, incluindo na análise suas dimensões orgânicas, psicológicas, socioambientais e ainda as ligadas ao modo de enfrentar aquelas, a maneira que se funda na perspectiva de não sucumbir às crises existenciais, a dimensão ética do valor da vida humana²⁷.

De modo claro, não se fez restrição axiológica quando se descreveu o posicionamento ético de estudantes que exprimem a moral religiosa e daqueles que não a manifestam. Vive-se com o fim de certezas, e é na passagem pela vida que se compõem e atualizam novas maneiras de sentir, de pensar, de agir, como resultado do que afeta — cultura, geografia, ambiente. Historicamente distintos, singulares, com formações morais desiguais e, em outras situações, até opostas, buscam um posicionamento independentemente das convicções morais: a arte do bem agir²⁸.

Morais de base religiosa exigem um necessário alinhamento às suas proposições como dever absoluto e, frente a questões como aborto, doenças sexualmente transmissíveis, transfusão de sangue, eutanásia, início e término da vida, não se conciliam com a ética médica, a bioética e até com a norma jurídica codificada. A moralidade religiosa é a autoridade natural e extrema^{29,30}.

Não é apenas a aprendizagem formal que influencia as decisões éticas dos médicos. Crenças, valores pessoais, acontecimentos progressos e moral religiosa são variantes que tendem constantemente a produzir desigualdades e hierarquias que periodicamente necessitam de balizamentos para não se tornarem injustas ou de caráter totalizante³¹.

Escolas médicas americanas, a pedido de pacientes por humanização do atendimento e até por diminuição de custos, incluem em seus currículos questões ligadas à moralidade, enfatizando o objetivo de expandir, nos estudantes de Medicina, o conceito de pessoa, integrando e incluindo a dimensão das crenças do paciente no seu modo de lidar com saúde e doença³²⁻³⁴.

Merece relevo a questão da desumanização da medicina, que também angustia os médicos. Situações do mercado profissional, como baixa remuneração e más condições de trabalho, infelizmente são usadas como “justificativas” para a busca financeira de modo aético, o chamado “desengajamento moral”³⁵.

Em nosso meio, Seródio e Almeida³⁶, ao discutirem questões relevantes que causam conflitos éticos, mostraram que a relação dos médicos com a indústria farmacêutica foi uma das mais citadas e que a discussão desse tema é uma das estratégias para o desenvolvimento moral dos estudantes.

A prescrição de medicamentos também não deixa de ser um desafio ético e, muitas vezes, é vítima de confusão moral.

É preciso respeitar os saberes do educando e exercitar, durante o curso, a reflexão crítica; incluir os princípios da bioética e aceitar o novo sem dispensar o consagrado; considerar a autonomia do paciente, discutindo o benefício de seu tratamento de forma a inibir a automedicação e o estímulo à prescrição exagerada de fármacos; e, baseando-se no princípio da não maleficência, não encarecer os custos do tratamento, não tentar de modo infrutífero medicar situações de cunho psicológico ou aquelas causadas por sofrimento social e, com tais ações, inibir a iatrogenia e, simultaneamente, a prática eticamente reprovável³⁷.

Para cada caso clínico, há que se fazer uma verdadeira análise ética, de modo individual, de caráter espontâneo, mas sempre positivada na ação humana real³⁷.

Independentemente da “ética” que o futuro profissional constitua, ele não aplicaria mecânica e exclusivamente tais princípios da bioética, exigindo-se dele, como agente moral, que tais princípios fossem justos³⁷.

O dado aqui observado vai ao encontro da tendência atual de reaproximação entre a medicina e as demais ciências humanas como consequência da frustração pós-moderna resultante da falsa felicidade humana advinda da revolução científica a partir da época das teorias de Copérnico até os últimos séculos; no caso da medicina, com apogeu no relatório Flexner³⁸,

que valorizava uma ótica científica pura em detrimento de aspectos humanísticos.

O que se pretende atualmente no ensino e na prática da medicina não é, de forma alguma, convencer o profissional a adotar determinada religião ou dirigi-lo a outro tipo de perspectiva diferente da sua formação como pessoa, mas valorizar o entendimento desta reumanização, de grande significado para pacientes e colegas, e com saldo positivo nas relações interpessoais¹⁶. Dessa forma, ao se levarem tais aspectos em consideração, demonstrar uma forma de realizar um atendimento integral³⁹.

CONCLUSÃO

As percepções éticas dos estudantes pesquisados foram semelhantes, não importando a presença ou ausência de crença religiosa, nem a filiação ou não de pais médicos.

Estudantes no início do curso médico identificaram percepções éticas em conformidade com o estabelecido pelo Código de Ética Médica¹³, ainda que tais artigos fossem pouco conhecidos nesta época da sua formação.

A valorização dos aspectos humanísticos individuais, componentes da formação moral, pode ter um papel protetor contra desvios éticos, por funcionar como mais um argumento na árdua tarefa de se posicionar nas tomadas de decisão sobre a vida alheia, ato inerente ao cotidiano médico.

A relação entre médicos e indústrias farmacêuticas é de interesse para a educação médica, uma vez que a maioria dos estudantes se posicionou a favor de uma ampla e constante discussão multidisciplinar, não só na FCM-Unicamp, mas também no âmbito dos órgãos de classe.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Bioética do Cremesp, em seu programa de bolsas de Iniciação Científica em Ética Médica, pelo apoio logístico; ao Prof. Dr. Fernando Cendes (FCM/Unicamp), pelo auxílio na escolha de métodos estatísticos; aos docentes da disciplina de Bioética e Ética Médica IV (FCM/Unicamp), pela permissão e auxílio logístico na aplicação dos questionários; à Coordenação de Graduação em Medicina e Diretoria da FCM/Unicamp, pela permissão para aplicação dos questionários aos alunos do segundo ano do curso de Medicina; à 44ª turma de Medicina da FCM/Unicamp, pela colaboração em responder os questionários.

REFERÊNCIAS

- Barros JAC. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Rev Saude Publica*. 1983;17(5):377-86.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Medicamento: um direito essencial. São Paulo: CREMESP, CRF-SP, IDEC; 2006.
- Dimasi JA, Hansen RW, Grabowsk HG. The price of innovation: new estimates of drug development costs. *J Health Econ*. 2003;22(2):151-85.
- Longwell L. IMS Health Reports Global Pharmaceutical Market Grew 7.0 Percent in 2006, to \$643 Billion. Press Room, Press Releases [on line]. [acesso em mar. 2007]. Disponível em URL: <http://www.imshealth.com>.
- Leite M. Hipocondria de resultados. Folha de São Paulo, São Paulo, 23 de abril de 2006, Caderno Mais, p. 6.
- Payer L. Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick. New York: Wiley and Sons; 1992. 292 p.
- Dupuy JP, Karsenty S. A invasão farmacêutica. Rio de Janeiro: Graal; 1980. p: 89-115.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária [homepage]. Brasília: Anvisa; c2007. [acesso em mar. 2007]. Disponível em: URL: <http://www.anvisa.gov.br/propaganda/historico.htm>.
- Relman AS. Dealing with conflicts of interests. *N Engl J Med*. 1984;310(18):1182-3.
- Huston P, Moher D. Redundancy, disaggregation, and the integrity of medical research. *Lancet*. 1996;347(9007):1024-6.
- Rego S, Palacios M. Conflitos de interesses e a produção científica [Editorial]. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(3):281-2.
- Thompson DF. Understanding Financial Conflicts Of Interest. *N Engl J Med*. 1993; 329(8):573-6.
- Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.246/88, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*. Brasília., 26 de janeiro de 1988; Seção 1, p. 1574-7.
- Saad STO. Alunos de medicina protestam contra os benefícios oferecidos pelas companhias farmacêuticas. *Boletim da FCM da Unicamp*. 2007;2(10):2.
- De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DF. *Guide to Good Prescribing*. Geneva: World Health Organization, 1994.
- Liboni M, Siqueira JE. Competência moral do estudante de medicina. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(2): 226-8.
- Rego S. A ética na formação dos médicos. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro OA, org. *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Petrópolis: Vozes; 2001. p.108-33.
- Universidade Estadual de Campinas [homepage]. *Directorio Acadêmico*. Campinas: Unicamp; c2007— [2 nov. 2009]. *Catálogos de Graduação. Ementa do Curso de Medicina*. Catálogo 2007. Disponível em URL: <http://www.dac.unicamp.br/sistemas/catalogos/grad/>

19. Peters G. Information and education about, drugs. In: Blum R, Herxheimer A, Stenzl C, Woodcock J, ed. *Pharmaceuticals and health policy: international perspectives on provision and control of medicines*. London: Croom Helm; 1981. p.93-121.
20. Gordon I. Marketing de relacionamento: estratégias, técnicas e tecnologias para conquistar clientes e mantê-los para sempre. São Paulo: Futura; 1998. p 31. Palácios M, Rego S, Lino MH. Promoção e propaganda de medicamentos em ambientes de ensino: elementos para o debate. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008;12(27):893-905.
21. Steinbrook R. For sale: physicians' prescribing data. *N Engl J Med*. 2006;354(26):2745-7.
22. Use of physician and patient prescribing data in the pharmaceutical industry (Resolution 606, I-03). In: American Medical Association. Reports of board of trustees of the American Medical Association [on line]. [s. l.]: AMA; December 2004. p.140-174. [acesso em jul. 2009]. Disponível em URL: http://www.ama-assn.org/meetings/public/interim04/bot_reports.pdf.
23. Kumar CJ, Deoker A, Kumar A, Kumar A, Hegde BM. Awareness and attitudes about disease mongering among medical and pharmaceutical students. *PLoS Med*. 2006;3(4):e213-4.
24. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 1998;317(7159):637-42.
25. Potter VR. Bioethics, sciences of survival. *Perspect Biol Med*. 1970;14(1):127-53.
26. Bresciani C. Saúde: abordagem histórico-cultural. *Mundo da Saúde*. 2000;24(6):437-42.
27. Granger GG. A ciência e as ciências. São Paulo: Ed. UNESP; 1994. p. 19
28. Lopes NS. Temas em bioética, medicina e judaísmo. *Mundo da Saúde*. 2000;24(6):462-9.
29. Ragip HSM. O islam e as ciências médicas. *Mundo da Saúde*. 2000;24(6):471-87.
30. Molloy DW, Guyatt GH, Alemayehu E, McIlroy W, Willan A, Eisemann M, et al. Factors affecting physicians' decision on caring for an incompetent elderly patient: an international study. *CMAJ*. 1991;145(8):947-52.
31. Puchalski CM, Larson DB. Developing curricula in spirituality and medicine. *Acad Med*. 1998;73(9):970-4.
32. Graves DL, Shue CK, Arnold L. The role of spirituality in patient care. *Acad Med*. 2002;77(11):1167.
33. Pettus MC. Implementing a medicine-spirituality curriculum in a community—based internal medicine residency program. *Acad Med*. 2002; 7(7):745.
34. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara G, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *J Pers Soc Psychol*. 1996;71(2):364-374.
35. Serodio AMB, Almeida JAM. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de Medicina: uma visão docente. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):55-62.
36. Junges JR. Metodologia da análise ética de casos. *Bioética*. 2003;11(1):43-50.
37. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: report for the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation; 1910.
38. Dantas Filho VP, Sá FC. Ensino médico e espiritualidade. *Mundo da Saúde*. 2007; 31(2):273-80.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Gabriel Peres participou na definição do tema, revisão bibliográfica, delineamento metodológico, aplicação dos questionários, tabulação e análise estatísticas, formatação de gráficos e tabelas, discussão dos resultados e definição das conclusões, redação do artigo e readequação e revisão final. José Roberto P. Pereira Job participou na definição do tema, auxiliou quanto ao referencial teórico, ao delineamento metodológico, na interpretação dos dados obtidos, discussão dos resultados e definição das conclusões e readequação, revisão e correção final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Gabriel Peres
Rua Rui Barbosa, 566
Centro — Itapira
CEP. 13970-000 SP
E-mail: gabrielperes@uol.com.br