

LIGAÇÕES PERIGOSAS

Os Médicos e os Delegados de Informação Médica

MÓNICA GRANJA

Centro de Saúde da Senhora da Hora. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, S. A. Porto.

RESUMO

O objectivo deste trabalho foi fazer uma revisão do que já foi estudado sobre a relação entre os médicos e os delegados de informação médica, nomeadamente, sobre como os médicos vêem essas relações, sobre a influência que essas relações têm de facto nos seus hábitos de prescrição e sobre as formas de melhor lidar com a situação. Para tal, utilizando os termos de procura indicados nas palavras-chave, foi feita uma pesquisa na Medline e no Índice das Revistas Médicas Portuguesas.

A maioria dos médicos acredita firmemente que é imune à influência dos delegados de informação médica, mas os estudos realizados apontam precisamente em sentido contrário. As relações entre os médicos e os Laboratórios Farmacêuticos, mesmo quando legítimas à luz da legislação vigente, levantam questões éticas e científicas. A frequência com que os médicos portugueses (especialmente os médicos de família) são visitados por delegados, aparentemente muito superior à de países como os Estados Unidos da América ou o Canadá, torna esta questão de primordial importância neste país.

Palavras-chave: delegados de informação médica, indústria farmacêutica

SUMMARY

DANGEROUS LIAISONS – physicians and pharmaceutical sales representatives

Interactions between physicians and detailers (even when legitimate ones) raise scientific and ethical questions. In Portugal little thinking and discussion has been done on the subject and the blames for bribery have monopolized the media. This work intended to review what has been said in medical literature about these interactions. How do physicians see themselves when interacting with pharmaceutical companies and their representatives? Do these companies in fact change their prescriptive behaviour, and, if so, how do they change it? How can physicians interact with detailers and still keep their best practice? A Medline research, from 1966 till 2002, was performed using the key-words as follows. A database similar to Medline but concerning medical journals published in Portugal, Índice das Revistas Médicas Portuguesas, was also researched from 1992 to 2002.

Pharmaceutical companies are profit bound and they allot promoting activities, and detailing in particular, huge amounts of money. Most physicians hold firmly to the belief that they are able to resist and not be influenced by drug companies promotion activities. Nevertheless, all previous works on literature tell us the opposite. Market research also indicates that detailers effectively promote drug sales.

Various works also suggest that the information detailers provide to physicians may be largely incorrect, even comparing it to the written information provided by the pharmaceutical companies they work for. The frequency at which portuguese physicians (especially family physicians) contact with pharmaceutical sales representatives is higher than the frequency reported in countries where the available studies come from (namely, Canada and the United States of America). This may put portuguese physicians at a higher risk, making it imperative that work and wide debate are initiated among the class.

Key-words: pharmaceutical companies, pharmaceutical sales representatives, detailers, marketing of health services

INTRODUÇÃO

Os delegados de informação médica (DIM) eram, anteriormente, denominados delegados de propaganda médica. Deste primeiro termo, *propaganda*, de carga fortemente negativa, porque sugestivo de manipulação, passamos para *informação*, termo com uma obrigação de objectividade, de precisão e de abrangência que dificilmente algum médico atribuirá a um DIM.

Os laboratórios farmacêuticos (LF) são empresas com fins lucrativos e, como tal, dispõem de estudos de mercado que indicam que os DIM não apenas informam mas, de facto, promovem os medicamentos que apresentam¹. Os orçamentos que os LF atribuem à promoção dos seus produtos, e em particular à actividade dos DIM, atingem valores consideráveis²⁻⁴. Não foram encontrados números relativos a Portugal mas a profusão de DIM a todos evidente e os salários e outras regalias que muitos auferem sugerem-nos que a sua eficácia promocional poderá mesmo ser superior à dos anúncios em revistas médicas ou à de outras formas de divulgação¹.

A publicidade rodeia-nos a todo o momento. Ela influencia-nos, como pessoas, muitas vezes sem darmos conta e, por vezes, mesmo quando tentamos lutar contra isso. Conseguiríamos, como médicos, ser diferentes? Quase não se fala disto em Portugal, reduzida que está a discussão às acusações de corrupção (*prezadas valiosas em troca de muitas receitas de determinado medicamento*) e aos argumentos de inocência (*os DIM apenas informam os médicos dos seus produtos e sem os seus patrocínios dos LF não haveria formação médica contínua*). E, no entanto, a reflexão sobre o assunto é urgente pois a publicidade a medicamentos veiculada pelos DIM apresenta uma particularidade: os médicos são o alvo das campanhas publicitárias, mas quem usa e paga o produto promovido é o doente. O médico é assim dotado de um grande poder, mas também de uma grande responsabilidade.

Como veremos, a maioria dos médicos acredita firmemente que é imune à influência dos DIM, mas, estudos realizados em países como Canadá, Estados Unidos da América (EUA), Austrália, Nova Zelândia, Finlândia, Espanha e Holanda, apontam precisamente em sentido contrário⁵⁻¹⁰. Em alguns destes países, as relações entre os médicos e os LF, mesmo quando legítimas à luz da legislação vigente, têm levantado muitas

questões éticas e científicas e sido alvo de profundo debate.

A frequência com que os médicos de família portugueses são visitados por DIM, aparentemente muito superior à de países como os EUA ou o Canadá, torna esta questão de primordial importância em Portugal e nesta especialidade em particular. Esta elevada frequência de contactos (verificada também em algumas especialidades hospitalares) contrasta com a total ausência de reflexão e debate sobre o assunto no seio da classe médica. Com o objectivo de contribuir para que essa reflexão e debate se inicie, este trabalho fará uma revisão da literatura existente sobre a relação entre os médicos e os DIM, nomeadamente sobre como os médicos vêem essas relações, sobre a influência que essas relações têm de facto no seu comportamento clínico e sobre as formas de melhor lidar com a situação.

METODOLOGIA

Foi feita uma pesquisa na Medline (de Janeiro de 1966 a Fevereiro de 2002) usando os termos *pharmaceutical sales representatives, detailers e marketing of health services*. Pesquisou-se também o Índice das Revistas Médicas Portuguesas (entre 1992 a Fevereiro de 2002), com os termos *delegados de informação médica e indústria farmacêutica*. Dos artigos assim obtidos foram ainda verificadas as respectivas referências bibliográficas, seleccionando-se mais alguns artigos. Foram revistos todos aqueles que foi possível obter em Portugal, após consulta ao Catálogo Colectivo de Publicações Periódicas contidas em Bibliotecas Portuguesas (versão on-line disponível no site da Fundação Ciência e Tecnologia) e com o apoio do Serviço de Documentação e Informação da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

Obtiveram-se cerca de duas dezenas e meia de artigos, o mais antigo dos quais publicado em 1977. Mais de metade destes artigos são de autores norte-americanos e um número significativo é proveniente do Canadá. Obtiveram-se ainda artigos dispersos publicados na Austrália e na Finlândia. É de salientar a identificação de inúmeros outros artigos, oriundos sobretudo dos EUA, Canadá e Austrália, publicados em revistas não acessíveis a partir de Portugal e portanto não revistos neste estudo.

A maioria dos artigos relatava estudos, predomi-

nantemente observacionais. Incluíram-se também duas meta-análises e algumas cartas aos editores. Não se identificou em Portugal nenhum artigo publicado sobre esta temática, salientando-se apenas um artigo de temática relacionada que relatava um estudo sobre a qualidade da informação presente nos anúncios publicitários de revistas médicas portuguesas¹¹.

ALGUNS NÚMEROS

Já em 1975, na Finlândia, o orçamento anual médio dos LF para os DIM era equivalente a 841 euros por médico⁴. No Canadá, em 1992, os LF gastaram com os seus DIM mais de metade do seu orçamento para actividades promocionais (que era de 890 milhões de euros)³. No final da década de noventa, nos EUA, os gastos anuais dos LF com DIM foram estimados entre 2,6 e 5 biliões de dólares (entre 2,3 e 4,4 biliões de euros), correspondendo a uma fatia entre um quarto e metade do total de gastos na promoção dos seus produtos^{2,10,12}. Neste país, nos anos noventa, estimou-se uma razão de um DIM para cada 15 a 30 médicos^{2,13}. Calculava-se ainda que os LF gastavam anualmente em actividades promocionais uma média de treze mil dólares (mais de onze mil euros) por cada médico norte-americano¹².

Não foi possível dispor para este trabalho de valores relativos aos orçamentos dos LF portugueses mas alguns dados com eles relacionados dizem, indirectamente, do seu elevado valor:

- a evidente profusão de DIM (chegando a existir vários DIM da mesma empresa, cada um responsável pela apresentação do seu medicamento numa mesma área geográfica), profusão esta que levou a que os estabelecimentos de saúde se vissem obrigados a limitar o número de DIM que diariamente, e sob marcação antecipada, visitam os médicos que aí trabalham;
- os elevados salários base (que podem ultrapassar os dois mil euros mensais) e outras regalias (como prémios de produtividade, carro e gasolina), que auferem os DIM dos LF mais prósperos bem como a sua elevada cotação no mercado de trabalho¹;
- o valor de alguns programas sociais de reuniões promocionais (que chegam a incluir jantares de gala), bem como o valor de ofertas frequentes (por exemplo, inscrições, viagens e estadias em congressos internacionais).

Nos centros de saúde portugueses, é autorizada a marcação de dois ou três DIM por dia, pelo que, um médico de família que não faça restrições às visitas dos DIM, terá entre quarenta a sessenta encontros mensais com DIM diferentes. Esta frequência de visitas é imensamente superior à descrita para os EUA e para o Canadá (países onde se realizaram a maioria dos estudos que serviram de base a esta revisão), onde as médias, mesmo nos médicos de família, oscilam entre os dois e os oito encontros mensais^{2,3,9,14}. Apenas um estudo considera uma frequência superior a dez contactos por mês, classificando-a como *contactos muito frequentes*¹⁵. Neste último estudo, eram os médicos profissionalmente mais activos os que tinham maior probabilidade de terem mais que dez contactos mensais com DIM.

Por outro lado, há uma modalidade de interacção entre os médicos e os DIM que nesses países parece ser mais utilizada que em Portugal: os almoços de trabalho. Estes almoços são oferecidos pelos LF e são precedidos, ou seguidos, de uma sessão científica e de uma acção promovendo um medicamento relacionado com o tema abordado na sessão científica. Em estudos norte-americanos, oitenta por cento dos médicos (internos hospitalares) disseram frequentar estes almoços, em média vinte vezes por ano^{2,14,16}.

Noventa por cento dos internos hospitalares de um estudo dos EUA disseram receber pequenos brindes oferecidos pelos DIM¹⁶. No mesmo país, um inquérito a médicos de cuidados de saúde primários, revelou que as ofertas que estes mais frequentemente recebiam eram quinquilharia (77,4%), livros (41,7%) e refeições (41%)¹⁷. Num estudo canadiano, internos e especialistas de um hospital psiquiátrico referiram receber uma média de cinco artigos promocionais por ano, cujo valor médio seria de 12,5 euros (mas atingindo um valor máximo de 500 euros)¹⁴.

Na prática da autora, as ofertas de objectos em Portugal são bastante mais frequentes mas não atingem, em média, valores tão elevados como o máximo referido, tendo a maioria das vezes apenas valor simbólico (canetas, blocos e brindes vários). Já a participação em despesas de inscrição e alojamento em congressos, prática igualmente frequente no nosso país, essa pode atingir facilmente valores superiores aos referidos.

COMO OS MÉDICOS SE VÊM NA RELAÇÃO COM OS LF

Os vários estudos reportam que apenas 32 a 46 % dos médicos assumem que as informações prestadas pelos DIM influenciam os seus hábitos de prescrição². Na sua maioria, portanto, os médicos acreditam que são apenas informados, e não verdadeiramente influenciados, pelos DIM e pela generalidade das actividades promocionais dos LF. Esta crença poderá significar a boa fé desses médicos, mas demonstra também a sua ingenuidade e, logo, a sua maior vulnerabilidade a essa mesma influência.

Num estudo americano, 52 % dos internos hospitalares que participaram disseram que procuravam informação sobre medicamentos junto dos DIM, mas só 37 % acreditava que essa informação influenciava as suas prescrições². Quarenta e quatro por cento destes médicos chegavam a acreditar que a informação prestada pelos DIM, que é uma informação cuja qualidade é controlada apenas pela própria indústria farmacêutica, era mais fiável que a dos anúncios em revistas, esta sujeita a regulamentação e monitorização pela entidade competente, a *Food and Drug Administration*. Os internos que assim pensavam, estimavam o orçamento anual dos LF para a promoção dos seus produtos em apenas 0,3 % do seu real valor.

Noutro estudo, em 70 médicos também norte-americanos, apenas 20 % acreditava que aceitar prendas dos LF podia afectar os seus hábitos de prescrição¹⁶. Embora a maioria achasse que prendas acima de 88 euros seriam pouco apropriadas, aceitar prendas de valor inferior parecia-lhes razoável.

Quase três centenas de médicos da Virgínia (EUA) responderam a um inquérito sobre a questão das prendas. Na sua maioria discordavam que o patrocínio dos LF a actividades médicas fosse apenas uma táctica comercial e diziam que as suas prescrições não eram influenciadas pelas prendas que recebiam. Achavam que receber prendas dos DIM era adequado, mas não viam com bons olhos que isso fosse do conhecimento público¹⁷.

Noutro estudo, de entre médicos de hospitais psiquiátricos, só metade afirmou que continuaria a receber DIM se não recebesse prendas¹⁴. O valor médio das prendas recebidas era de 17,5 euros. Desses médi-

cos, só 34 % diziam não ser influenciados pelas apresentações dos DIM, mas esses eram, curiosamente, os que assumiam ter recebido prendas de maior valor (perto dos setecentos euros).

Curioso é o achado de um inquérito a médicos norte-americanos autores de guidelines clínicas: apenas 7% se considerava influenciado pelas suas relações com os LF mas 19% achava que os seus pares eram influenciados por essas mesmas relações¹⁸.

QUE INFLUÊNCIAS?

Vários trabalhos sugerem que o comportamento dos médicos está relacionado com, e é afectado por, as suas interacções com os LF. As suas opções terapêuticas são obviamente a área mais afectada. Por um lado, as mensagens que o médico passa a terceiros (a estudantes de Medicina, aos seus pares em reuniões de serviço, em palestras e congressos, etc.) virão imbuídas dessa afecção. Por outro, os seus próprios hábitos de prescrição vão sendo progressivamente condicionados.

Um estudo norte-americano de tipo caso-controlo levado a cabo num hospital universitário, analisou os médicos que pediram adição de novos fármacos ao formulário hospitalar e a sua relação com os LF⁵. Embora os casos (n=36), comparativamente com os controlos (n=69), tivessem a mesma frequência de contactos com os diversos tipos de actividades dos LF, os casos aceitavam significativamente mais vezes refeições de valor superior a nove euros, pagamentos de viagens e alojamentos em congressos, pagamentos por serem oradores em congressos e apoios monetários à sua actividade de investigação. A associação encontrada foi forte, consistente para as diferentes formas de interacção com os LF, específica para os LF com que os médicos lidavam e independente de qualquer factor de confundimento.

Num estudo australiano gravaram-se em vídeo visitas de DIM a vários médicos diferentes, apresentando um total de 64 fármacos⁸. As gravações foram depois analisadas quanto à presença de técnicas de venda mencionadas na literatura especializada, tendo sido identificadas várias destas técnicas. A oferta de amostras, prendas, panfletos para médicos e doentes ou convites é uma das mais utilizadas e denomina-se reciprocidade. Outras técnicas frequentemente usadas e

identificadas nas gravações foram os apelos a autoridades científicas, a validação social (referências entre pares) e obtenção de compromissos.

Nos EUA, médicos de cuidados de saúde primários foram inquiridos sobre atitudes quanto aos DIM e sobre opções terapêuticas num determinado número de situações clínicas⁶. Quanto mais estes médicos eram visitados por DIM e quanto mais acreditavam neles, mais caras eram a generalidade das suas prescrições (a correlação foi significativa).

Num série de estudos referidos por Lexchin⁹, os médicos que mais frequentemente recebiam DIM tinham mais propensão a usar fármacos (mesmo quando terapias não farmacológicas eram as mais indicadas), prescreviam antibióticos menos adequadamente, usavam menos os genéricos e tinham mais probabilidade de prescrever os fármacos mais caros de entre um grupo de similares.

Num estudo de coorte efectuado nos EUA, realizou-se um inquérito três meses após uma sessão científica sobre a doença de Lyme patrocinada por um LF. Os internos que assistiram à sessão diferiram significativamente dos que não assistiram, escolhendo mais vezes a cefalosporina que o laboratório representava, mesmo em situações em que outro antibiótico seria claramente uma melhor escolha⁷.

Todos estes estudos apresentam algum tipo de limitação. Só um é controlado, nenhum é nem randomizado, nem cego. Muitos assentam sobre o que os médicos relatam das suas interações com os DIM, e não na observação directa dessas interações. No entanto, todos são concordantes entre si, ao longo de vários anos e em três continentes diferentes.

Foi identificado apenas um estudo com um tom discordante em relação aos supra-citados¹². Neste estudo observaram-se detalhadamente os padrões de interacção entre os DIM e os médicos de dezoito centros de saúde norte-americanos. Concluía-se que nos casos em que as interações eram mais estruturadas e objecto de normas, a relação atingida era de simbiose pois os DIM podiam cumprir o seu papel, os médicos beneficiavam de brindes, folhetos de educação para a saúde, refeições, etc., e os doentes eram beneficiados por uma maior quantidade de amostras de medicamentos postos à sua disposição. O próprio estudo salien-

tava, porém, a necessidade de ouvir as exposições dos DIM *com um saudável cepticismo*.

No entanto, um comentário a este último estudo (intitulado *médicos, delegados e doentes: quem é que de facto lucra?*) enunciava inúmeras críticas às suas conclusões e argumentava que o benefício apontado para o doente (cujos interesses devem nortear toda a actuação médica) não o era de facto pois, como se sabe, as amostras disponíveis são sempre dos medicamentos mais recentes, mais caros e que mais provas ainda têm a dar¹⁹. Citava como exemplo, no campo da antibioterapia, o facto de, *lá como cá*, ser fácil obter amostras de uma cefalosporina de largo espectro mas virtualmente impossível conseguir uma amoxicilina ou de um cotrimoxazol, fármacos de primeira linha num número significativo de infecções e que ainda por cima são mais económicos.

É significativo que, tal como foi recentemente trazido a lume numa revista norte-americana de Ortopedia, os LF obtenham das farmácias informações sobre que médicos prescrevem que quantidades de quais dos seus produtos²⁰. Esta prática, que, ao que consta, é também uma realidade em Portugal, só vem desmascarar qualquer tentativa de ilusão perante a relação entre os médicos e os DIM.

QUE QUALIDADE NA INFORMAÇÃO PRESTADA PELOS DIM?

Se os médicos são mesmo influenciados pelas acções promocionais dos LF, quer em palestras para uma vasta audiência, quer em visitas individuais de DIM, há que questionar: qual o valor científico da informação prestada nessas acções?

Em primeiro lugar, a formação académica da generalidade dos DIM faz-nos, à partida, pensar que não podem estar aptos, mesmo que se concentrem num único medicamento, a compreender toda a complexidade fisiopatológica, clínica, estatística e epidemiológica que preside a uma opção terapêutica.

Um outro facto é que não há, habitualmente, qualquer monitorização, por parte de entidades independentes, do valor científico da informação veiculada oralmente pelos DIM, ao contrário do que se passa na informação escrita da responsabilidade dos LF. Acontece, por exemplo, sermos inundados de informação

pouco relevante para a prática clínica da maioria dos médicos, embora cientificamente correcta. É o exemplo das extensas explicações sobre actividade em receptores e dos resultados de estudos *in vitro*, quantas vezes sem qualquer repercussão nas situações clínicas reais.

Foram feitos vários estudos com o objectivo de analisar os conteúdos das informações prestadas pelos DIM dos LF, quatro dos quais muito valiosos porque baseados na observação directa de interacções entre DIM e médicos^{2-9,21}. Realizados entre 1975 e 1994 (um nos EUA, dois na Finlândia e um na Austrália), neles se verificou que ao apresentarem os seus produtos, os DIM frequentemente omitiam os efeitos laterais, as contra-indicações, os preços ou a existência de fármacos alternativos. Ainda, quando a questão da segurança era abordada, era-o sempre numa perspectiva favorável.

Num dos estudos finlandeses a droga em apresentação era sempre indicada como sendo a de primeira linha para uma determinada patologia²¹. No estudo americano (considerando a opinião de um farmacêutico e de um clínico independentes, bem como a própria literatura do medicamento e informações de livros de texto e da Medline), 13% das afirmações foram classificadas como erradas, sendo todas elas favoráveis ao produto. No entanto, após as apresentações, apenas 26% dos internos norte-americanos recordava ter ouvido algum erro². No estudo australiano, considerando como correctas as informações que constavam da literatura oficial do produto, 8 de 33 medicamentos foram apresentados com erros quanto às doses, formas de administração ou indicações⁸.

OS MÉDICOS EM FORMAÇÃO (INTERNOS)

Os médicos internos, ainda com poucos hábitos instalados e numa fase muito acelerada de aquisição e compreensão de conhecimentos, correm mais riscos de serem influenciados no seu contacto com os DIM. Se essa influência for negativa, o que pode ser provável, tendo em conta o já exposto (muitos dos estudos acima citados foram realizados com médicos internos), serão adquiridos conceitos errados que, não detectados, deformarão na sua base a prática clínica futura do jovem médico.

É tendo em conta estes perigos que, nos EUA, 58

% dos programas de internato de Medicina Geral e Familiar têm regras escritas condicionando o contacto dos internos com os DIM, sendo que 41 % destas regras contêm proibições de algum tipo^{22,23}. Nesse país, só 46 % dos programas de internato da generalidade das especialidades permite visitas de DIM embora 85 % permita que os LF forneçam refeições a propósito de conferências². No Canadá há programas de internato que não permitem, por exemplo, que os DIM ofereçam aos internos material que não o estritamente educacional³.

Dois internatos de Medicina Familiar dos EUA e dois do Canadá integraram no seu plano de formação sessões teórico-práticas (incluindo interacções reais com DIM e sua posterior discussão) para ensinar a avaliação das apresentações dos delegados de propaganda médica^{3,24}. Nestas sessões os internos aprendem a detectar as técnicas de vendas usadas e a analisar o conteúdo das apresentações. Comparativamente ao início, no fim da sessão mais internos reconhecem que as suas prescrições podem ser afectadas pelas apresentações dos DIM. Um efeito colateral destes programas é a melhoria da qualidade das próprias apresentações por parte dos DIM. Na Austrália, uma sessão semelhante mas utilizando entrevistas gravadas em vídeo, faz parte de um plano de formação médica contínua para clínicos gerais³.

A eficácia destas medidas pode não ser grande. Num estudo norte-americano concluiu-se que o padrão actual de interacção de especialistas de Medicina Interna com os DIM era independente da política de interacções a que tinham estado sujeitos durante os seus internatos¹⁵.

CONCLUSÕES

Todos os estudos existentes, realizados noutros países, indicam que os LF e os DIM, seus representantes, influenciam de forma importante e muitas vezes negativa o comportamento dos médicos. Dada a elevadíssima frequência de interacções dos médicos portugueses (e, em particular, dos médicos de família) com os DIM, são necessários estudos exploratórios que definam o problema no nosso país. Por outro lado, ainda não foi iniciada a necessária reflexão e debate no seio da classe médica, não se tendo publicado até à data e em revistas médicas portuguesas qualquer artigo versando este assunto.

Nos três anos que mediaram o envio do artigo à revista e a sua publicação, foi publicado em Portugal o primeiro artigo sobre o tema (de excelente qualidade e leitura recomendada): Melo M, Braga R. As visitas dos delegados de informação médica: qual a utilidade da sua informação? *Rev Port Clin Geral* 2003;19:503-9.

Os estudos neste campo poderão encontrar alguns obstáculos. O assunto, só por si, lança à sua volta um clima de suspeita. A observação directa das interacções (mais fidedigna do que serem os médicos a relatá-las) terá de ter a autorização dos intervenientes, o que poderá ser difícil de obter. Obtendo esta autorização, poderão ser introduzidos viés, por os intervenientes se saberem observados.

Na ausência de estudos, podemos aceitar o que é mais provável: somos, em maior ou menor grau, como qualquer ser humano, susceptíveis às técnicas de venda, às actividades promocionais e à publicidade em geral. Estando, como estamos, tão expostos aos DIM dos LF, como conseguir manter os nossos melhores hábitos de prescrição?

Em primeiro lugar, é urgente uma tomada de consciência generalizada por parte dos médicos. À semelhança do que acontece noutros países, a Ordem dos Médicos ou as associações e sociedades de especialistas, poderiam dar o exemplo iniciando a necessária reflexão e debate.

Surgiram recentemente dois documentos que inauguram no nosso país a regulamentação das ligações entre os médicos e os LF: o protocolo assinado em Abril de 2002 entre APIFARMA e a Ordem dos Médicos; e a publicação, pelo Ministério da Saúde, em Diário da República, do despacho n.º 2837/2004 (2.ª Série).

Por exemplo, na Austrália e nos EUA, associações médicas prestigiadas como o Royal Australian College of General Practitioners e a American Medical Association, elaboraram guidelines específicas sobre as interacções com os DIM e os LF, listando minuciosamente uma vasta gama de situações hipotéticas e classificando cada uma como aceitável ou não aceitável^{25,26}.

A título de exemplo, é classificado como não aceitável o pagamento pelos LF, directamente aos médicos, de despesas de inscrição, viagem e alojamento em congressos. Para ser considerado ético, este tipo

de pagamento deve ser feito à organização do evento, de modo a que ela reduza o preço a cobrar aos participantes^{25,26}. Ainda outro exemplo: não é considerado aceitável os médicos usarem para si ou para os seus familiares amostras de medicamentos fornecidas pelos LF²⁶.

Poderão também ser úteis acções de formação sobre o assunto, quer durante os internatos das especialidades mais susceptíveis, quer em programas de educação médica contínua. Para os internos poderão mesmo ser definidas normas de interacção com os DIM (citando Lexchin²⁷, *se a informação veiculada pelos DIM é tão incompleta e enviesada, qual a vantagem de os internos contactarem com eles?*).

Outra possibilidade de lidar com o problema seria simplesmente não receber DIM nem participar em nenhuma outra acção promocional dos LF, tal como é defendido por alguns autores. No entanto, uma proibição vinda *de cima* não seria um método adequado e poucos estariam dispostos a fazê-lo voluntariamente pois a insistência por parte dos DIM é uma constante e algumas ofertas são muito convenientes.

Seguem-se seis regras simples que, usadas nos contactos com os DIM poderão impedir os médicos de cometer alguns erros:

- assegurar-se que se tem uma panorâmica completa de cada fármaco, incluindo perfil de segurança e efeitos adversos;
- só aceitar como evidência resultados de meta-análises ou de estudos controlados e randomizados bem conduzidos e revistos por especialistas;
- pedir aos DIM que forneçam eles próprios os artigos com essa evidência;
- obrigar-se a julgar criticamente a qualidade da informação que é passada e a dela tirar as suas próprias conclusões;
- antes de aceitar ofertas ou convites perguntar-se: *e se os meus doentes soubessem disto?*²⁸;
- ter sempre presente a dupla interrogação *quem lucra com isto? quem é que vai pagar isto?*^{24,29}.

BIBLIOGRAFIA

1. COSTA A, VASCO RS: A nova geração de supervendedores. *Exame* 1999;10(128):44-48.
2. ZIEGLER MG, LEW P, SINGER BC: The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA* 1995;273:1296-1298.

3. KELCHER S, BROWNOFF R, MEADOES LM: Structured approach to pharmaceutical representatives - family medicine residency program. *Can Fam Physician* 1998;44:1053-1060.
4. HEMMINKI E, PESONEN T: The function of drug company representatives. *Scand J Soc Med* 1977;5(3):105-114.
5. CHREN MM, LANDEFELD CS: Physicians' behavior and their interactions with drug companies - a controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA* 1994;271:684-689.
6. CAUDILL TS, JOHNSON MS, RICH EC, MCKINNEY WP: Physicians, pharmaceutical representatives and the cost of prescribing. *Arch Fam Med* 1996;5(4):201-206.
7. SPINGARN RW, BERLIN JA, STROM BL: When pharmaceutical manufacturers' employees present grand rounds, what do residents remember? *Acad Med* 1996;71(1):86-88.
8. ROUGHHEAD EE, HARVEY KJ, GILBERT AL: Commercial detailing techniques used by pharmaceutical representatives to influence prescribing. *Aust N Z J Med* 1998;28(3):306-310.
9. LEXCHIN J: What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician* 1997;43:941-945.
10. WAZANA A: Physicians and the pharmaceutical industry - Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000;283(3):373-380.
11. CHARONDIÈRE P: Publicidades farmacêuticas e ética nas revistas médicas portuguesas. *Rev Port Clin Geral* 1996;13(4):263-267.
12. BACKER EL, LEBSACK JA, VAN TONDER RJ, CRABTREE BF: The value of pharmaceutical representative visits and medication samples in community-based family practices. *J Fam Pract* 2000;49:811-816.
13. SHAUGHNESSY AF, SLAWSON DC: Pharmaceutical representatives - effective if used with caution. *BMJ* 1996;312:1494.
14. HODGES B: Interactions with the pharmaceutical industry: experiences and attitudes of psychiatry residents, interns and clerks. *CMAJ* 1995;153(5):553-559.
15. FERGUSON RP, RHIM E, BELIZAIRE W, EGEDE L, CARTER K, LANSDALE T: Encounters with pharmaceutical sales representatives among practicing internists. *Am J Med* 1999;107:149-152.
16. Reeder M, Dougherty J, White LJ: Pharmaceutical representatives and emergency medicine residents: a national survey. *Ann Emerg Med* 1993;22(10):1593-1596.
17. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS: Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002;287:612-617.
18. MADHAVAN S, AMONKAR MM, ELLIOTT D, BURKE K, GORE P: The gift relationship between pharmaceutical companies and physicians: an exploratory survey of physicians. *J Clin Pharm Ther* 1997; 22(3):207-15.
19. WESTFALL JM: Physicians, pharmaceutical representatives, and patients: who really benefits? *J Fam Pract* 2000;49(9):817-819.
20. CAPOZZI JD, RHODES R: Ethics in practice - prescriber profiles. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 2001;83A(7):1115-1116.
21. HEMMINKI E: Content analysis of drug-detailing by pharmaceutical representatives. *Medical Education* 1977;11:210-215.
22. BROTZMAN GL, MARK DH: Policies regulating the activities of pharmaceutical representatives in residency programs. *J Fam Pract* 1992;34(1):54-57.
23. BROTZMAN GL, MARK DH: Policy recommendations for pharmaceutical representative-resident interactions. *Fam Med* 1992;24:431-432.
24. SHAUGHNESSY AF, SLAWSON DC, BENNETT JH: Teaching information mastery: evaluating information provided by pharmaceutical representatives. *Fam Med* 1995;27(9):581-585.
25. Royal Australian College of General Practitioners. Acceptance of gifts - guidelines. Disponível em: <http://www.racgp.org.au/folder.asp?id=291>. Visitado em 23/12/2001.
26. American Medical Association. Ethical opinions/guidelines - gifts to physicians from industry. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html>. Visitado em 11/02/2002.
27. Lexchin J: Residents and pharmaceutical representatives. *Can Fam Physician* 1998;44:1448.
28. FAUCI A, ET AL, EDITORS: The practice of Medicine. In: Harrison's principles of internal medicine. 14th ed. New York: McGraw-Hill, 1998:8.
29. MEYER DL: Pharmaceutical company-sponsored educational activities: who benefits? Who pays? *Fam Med* 1992;24(8):565-568.