

Indústria farmacêutica: uma abordagem crítica*

Pharmaceutical industry: a critical approach

Wilson Luiz Sanvito¹

*Recebido da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: É feita uma abordagem crítica da indústria farmacêutica, no sentido de apontar o seu lado perverso. O objetivo foi analisar os ensaios clínicos e também a relação da indústria farmacêutica com os médicos e os pesquisadores.

CONTEÚDO: Na área de Pesquisa & Desenvolvimento (P&D) é ressaltado que os ensaios clínicos são balizados pelos executivos dos laboratórios farmacêuticos e não pelos médicos-pesquisadores. É salientado que os custos de um novo fármaco são superestimados para justificar os preços abusivos para os usuários. A questão do *marketing* é analisada, com ênfase no poder de manipulação da indústria farmacêutica sobre a corporação médica e a sociedade. Na área das patentes de novos fármacos é abordada a sua longa duração e ainda que os laboratórios usam de muitos artifícios para prorrogá-las. O uso do placebo, nos ensaios clínicos, é focado dentro da ótica da legislação brasileira. Outras questões são levantadas, como o ingresso dos genéricos no mercado farmacêutico e a frustração da terapia gênica.

CONCLUSÃO: Alguns aspectos são equacionados e algumas recomendações são feitas com o objetivo de corrigir ou minimizar as distorções apontadas.

Descritores: Biotecnologia, Ensaios clínicos, Fármacos biológicos, Indústria farmacêutica, Marketing, Patentes, Pesquisa e desenvolvimento, Placebo.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: A critical approach of pharmaceutical Industry is made, to show its dark side. This study intended to evaluate the clinical essays and also the relationship of pharmaceutical companies with the medical class and researchers.

CONTENTS: In the area of research and development is pointed out that the clinical trials are controlled by the staff of pharmaceutical companies, not by the medical-researchers. The cost of in-

novation (a new drug) is overestimate to justify the overcharge to consumers. The marketing affair is analyzed and the power of manipulation of the pharmaceutical industry concerning the medical corporation and society is emphasize. The patents of new drugs have a very long duration and the companies use several artifices to extend them. The approach of placebo use in the trials is made according to Brazilian law. Other questions are analyzed as the entrance of generics in the market and the frustration of gene therapy.

CONCLUSION: Some features are considered and some recommendations are made to correct or to reduce the distortions to point out.

Keywords: Biological drugs, Biotechnology, Clinical trials, Patents, Pharmaceutical industry, Placebo, Marketing, Research & development.

INTRODUÇÃO

A análise do comportamento da Indústria Farmacêutica (IF) no mundo contemporâneo exige um preâmbulo. Em 1961, o general Dwight D. Eisenhower fez um discurso de despedida da presidência dos Estados Unidos, citando a influência nefasta do Complexo Militar-Industrial em seu governo. A expressão ficou consagrada e adquiriu uma conotação pejorativa. Por analogia, fala-se hoje do Complexo Médico-Industrial (CMI) - que caminha sobre duas pernas: a Indústria Farmacêutica e a Indústria de Equipamentos Médicos¹. Esse CMI, tendo como linha auxiliar a mídia, tem um gigantesco poder de manipulação sobre a corporação médica, sobre a sociedade e, até, sobre os órgãos governamentais. Vou explicitar melhor estes aspectos quando tratar do *marketing* da IF.

A IF cresceu muito com o desenvolvimento do capitalismo e, principalmente, com a crescente industrialização do setor químico e petroquímico. Por outro lado, o casamento da ciência com a tecnologia (tecnociência), particularmente no século XX, fez avançar a IF e as perspectivas são ainda mais animadoras com o desenvolvimento da biotecnologia, das drogas biológicas e da bioinformática. Mas, nem tudo são rosas. No texto a seguir, procura-se dissecar a IF nas suas múltiplas vertentes.

Pesquisa & Desenvolvimento

Já há mais de 40 anos que a IF faz pesquisa através de “ensaios clínicos”. Estes ensaios são precedidos de uma etapa pré-clínica, que começa com o estudo de uma nova molécula em animais – depois de identificada em experimentação *in vitro* e demonstre potencial terapêutico. Mais de 90% das moléculas estudadas não passam desta etapa, em virtude de atividade farmacológica insuficiente ou toxicidade importante para os animais ou humanos. A etapa

1. Professor Titular de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Apresentado em 11 de novembro de 2011
Aceito para publicação em 23 de maio de 2012

Endereço para correspondência:
Dr. Wilson Luiz Sanvito
Rua São Vicente de Paulo, 501/710 – Santa Cecília
01229-010 São Paulo, SP.
E-mail: wsanvito@uol.com.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

clínica é desdobrada em várias fases. Na Fase I é realizado um estudo inicial com humanos (20 a 100 sujeitos) para se testar a tolerância em voluntários saudáveis. Na Fase II é feito um estudo terapêutico piloto em pacientes (100 a 200 sujeitos). Na Fase III são realizados estudos multicêntricos em vários países (1.000 a 10.000 sujeitos) para se testar o valor terapêutico do fármaco, sua posologia, seus efeitos adversos². Esta fase deve incluir estudos comparativos com outros fármacos ou placebos. A Fase IV é um “estudo de compromisso” tendo como objetivo a farmacovigilância, após a aprovação e comercialização do produto. Esta é a fase de “capilarização” do uso do produto no mundo todo. Muitos medicamentos, depois de aprovados pelas agências reguladoras, demonstram efeitos adversos graves. Geralmente os Laboratórios Farmacêuticos (LF) negligenciam esta fase.

Os LF são importantes nos testes clínicos – não nas descobertas fundamentais. Eles empobrecem a pesquisa biológica³. Os grandes LF mantêm quimiotecas – com moléculas que podem ser selecionadas por métodos informatizados para verificar se elas frutificarão na pesquisa clínica. É uma espécie de “química combinatória” que pode ser feita por computador – é a bioinformática. É a tentativa de encaixar a molécula no receptor como a chave que entra na fechadura (*drug-design*). Os ensaios clínicos não desenvolvem a criatividade e a autonomia dos pesquisadores. É uma espécie de ditadura das estatísticas. O modelo dos ensaios clínicos está esgotado? É difícil dizer. Os pesquisadores ficam encerrados na repetição das mesmas experiências, passando o tempo a se copiar uns aos outros. E o pior de tudo isso é que os executivos da IF controlam a pesquisa, não os médicos. A IF controla todas as fases de um ensaio clínico e, às vezes, os LF torcem os resultados de suas pesquisas. A agência americana *Food and Drug Administration* (FDA) exige, para aprovação de um novo fármaco, dois ensaios clínicos com placebo. A IF costuma apresentar os ensaios com dados positivos e tende a ocultar aqueles com dados negativos. Por outro lado, os ensaios costumam ter curta duração. No caso, por exemplo, dos antidepressivos a avaliação dura seis semanas, que não é um período adequado.

CUSTOS

Os custos de um novo fármaco, segundo a IF, variam de US\$800 milhões a mais de 1 bilhão de dólares. É muito possível que estes custos estejam superestimados, para justificar o seu alto preço na vigência da patente. Angell⁴ afirma que os gastos não ultrapassam os 100 milhões de dólares. É possível que ela esteja subestimando, porque a maturação de uma pesquisa clínica é longa e pode durar mais de 10 anos, além do que os LF investem em instalações materiais, recursos humanos e o investimento é de risco. Não é possível fazer auditoria em empresas privadas, de sorte que é impossível ter uma cifra real desses custos. Outra questão, que será abordada, é o gasto com o *marketing*, que se suspeita ultrapassa o gasto das fases dos ensaios clínicos.

Por outro lado, muitos fármacos pesquisados em centros universitários ou pelo poder público (*NIH* na América) caem no colo dos grandes LF que registram a patente e ganham bilhões de dólares. É emblemático o caso do AZT (zidovudina)⁴. A molécula da zidovudina foi sintetizada pela *Michigan Cancer Foundation* em 1964, entretanto ela foi descartada porque não se mostrou

eficaz como fármaco antineoplásico. Alguns anos depois dois pesquisadores alemães descobriram a sua ação antiviral em camundongos. Em 1981, os primeiros casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) foram descritos nos Estados Unidos e em 1987 a *Burroughs Wellcome* patenteou os fármacos como antiviral no seu tratamento. Esse presente rendeu polpudos lucros ao laboratório, que fixou o custo do tratamento [na época] em 10 mil dólares/ano.

Os poucos fármacos inovadores, que chegam ao mercado, quase sempre provêm de pesquisas financiadas com recursos públicos. Nos Estados Unidos quase todas são patrocinadas pelo *National Institutes of Health* (NIH) e executadas em universidades, pequenas empresas de biotecnologia ou pelo próprio NIH. Aqui pode ser citado o caso do tamoxifen (antineoplásico) e da eritropoetina (hormônio produzido pelos rins)⁴. O caso do glivec (mesilato de imatinib) é um pouco diferente – aqui o laboratório Novartis tinha patenteado a molécula [que ficou no limbo] até que um pesquisador, com recursos do NIH, descobriu sua eficácia na leucemia mieloide crônica. E assim acontece com muitos fármacos. Os LF nos EUA gozam de favorecimentos fiscais, da não regulação de preços e da longa duração das patentes. Não deixa de ser paradoxal: o preço dos remédios não é mais justificado pela sua eficácia, mas sim pelo engajamento econômico na pesquisa³.

PATENTES

Patente é a propriedade intelectual de uma invenção. Um inventor, ou uma empresa, pode registrá-la e explorá-la com exclusividade durante um período de tempo, até que ela caia no domínio público. Durante a vigência da patente o LF, sem competidores no mercado, impõe preços escorchantes aos usuários do mundo inteiro. Se outra empresa quiser comercializar o produto deverá pagar *royalties* à empresa detentora da patente. A proteção de uma patente na IF costuma durar 10 anos, mas pode chegar até 20 anos.

Quando está para esgotar a patente de um campeão de vendas, o LF usa de artifícios para prorrogá-la. Às vezes, uma patente é concedida ou prorrogada para novos usos de fármacos já no mercado, através da modificação da dosagem e combinação com medicamentos antigos e, pasmem, até pela cobertura e a cor das pílulas. O caso do prozac (fluoxetina) é emblemático: ele foi lançado pelo Lilly como antidepressivo e virou [através de um *marketing* gigantesco] mania mundial (prozacmania) e foi campeão de vendas [com o preço lá em cima] por muitos anos. Quando a patente estava para se esgotar, o laboratório solicitou uma prorrogação alegando uma ampliação na sua indicação – para tratamento da obesidade⁴. Mais tarde, ainda, o Lilly lançou uma pílula roxa da fluoxetina de efeito prolongado (com o nome fantasia de sepharan) para tratamento do transtorno de disforia pré-menstrual. De sorte que essas maquiagens permitem, muitas vezes, a prorrogação da patente e isto pode representar bilhões de dólares de faturamento para o laboratório. Também um grande laboratório pode pagar a um laboratório de genéricos para retardar o ingresso de algum concorrente do campeão de vendas. Ou então os advogados do laboratório, detentor da patente, podem questionar a entrada do genérico e esse *imbróglia* jurídico pode adiar, durante meses, a entrada do genérico o que pode proporcionar lucros altíssimos ao LF.

Mudando um pouco o foco, no terreno das patentes, quero relatar um dos episódios mais vergonhosos na história recente da IF. Trata-se do escandaloso caso do tratamento da SIDA na África do Sul. Em 1998 os grandes LF mundiais apresentaram queixa contra a África do Sul, alegando que o seu parlamento tinha aprovado uma lei autorizando a importação de genéricos anti-aidéticos ainda protegidos por patentes. O processo foi aberto, mas diante do escândalo e da revolta internacional, os LF recuaram e passaram a vender os anti-aidéticos por 300 dólares/ano na África do Sul enquanto nos EUA o custo era de 10 mil dólares/ano⁵. O governo brasileiro também, em 2001, quebrou a patente de vários medicamentos anti-aidéticos.

MARKETING

É nesta área que o Complexo Médico-Industrial-Midiático deita e rola. Ele utiliza um sem número de artifícios, desde ostensivos até subliminares, para atingir seus objetivos. Reconheço que é muito difícil lutar contra o poder de manipulação do sistema, representado por esse Complexo.

O *marketing* da IF pode ser feito por diferentes canais: 1) propaganda direta ao consumidor através dos meios de comunicação (mídia impressa, rádio, televisão, internet etc.); 2) propaganda boca a boca aos médicos, em seus consultórios ou nos hospitais; 3) anúncios em publicações médicas e não médicas; 4) matérias na imprensa leiga, veiculando assuntos de interesse da IF; 5) *merchandising* – propaganda de modo ostensivo ou subliminar de um produto – expediente muito utilizado em filmes ou telenovelas; 6) financiamento de encontros, simpósios ou congressos médicos pelo Complexo Médico Industrial (CMI) e aqui é a arena ideal para a manipulação de jovens médicos pelos formadores de opinião, que são os palestrantes patrocinados pela IF. Nesses eventos são apresentados os trabalhos financiados e balizados pela IF. Mesmo periódicos médicos de alto impacto recebem trabalhos financiados e controlados pela IF. Até revistas da importância do *Lancet* e *JAMA* já publicaram números especiais com trabalhos da IF, depois traduzidos em muitas línguas e fartamente distribuídos nos consultórios e hospitais de muitos países. O *marketing* pode estar disfarçado de Educação Médica (é aqui que mora o perigo). Os gigantes da IF não remuneram apenas os palestrantes, mas também os ouvintes. Os conflitos de interesse permeiam a relação médico/IF e muitas vezes essa relação é promíscua – o que vale dizer, certos médicos caem na vida e fazem qualquer negócio. Muitos LF mantêm uma rede de apoio aos pacientes, que é um *marketing* disfarçado. Suspeita-se que os LF gastam mais com *marketing* do que com a pesquisa e o desenvolvimento de um novo fármaco⁶.

Criar novas doenças, ou rebatizar doenças antigas, é um comportamento cada vez mais frequente da corporação médica, incentivado pela IF e orquestrado por uma mídia deslumbrada. Sabe-se que é muito difícil traçar as fronteiras entre o normal e o patológico – principalmente para distúrbios funcionais e transtornos psiquiátricos. O diagnóstico se fundamenta nos consensos de *experts*, geralmente elaborados pela Associação Americana de Psiquiatria, com grande peso no mundo inteiro. Entretanto, a Psiquiatria não é o único ramo da medicina onde

esses consensos são utilizados. Essas “camisas de força” estão presentes em todas as áreas: cefaleia, oncologia, doenças cardiovasculares, doenças imunológicas etc. Mas, a fabricação de síndromes prospera principalmente na Psiquiatria: fobia social (que é a prosaica timidez – é doença?), depressão recorrente breve, transtorno generalizado da ansiedade, síndrome do pânico (diagnóstico superestimado), déficit de atenção (diagnóstico superestimado), viciado em sexo, compulsão para jogar, para comprar, doença bipolar (diagnóstico superestimado), transtorno da disforia pré-menstrual (?). E cada uma dessas doenças (ou pseudodoenças) tem um míssil farmacológico para fulminá-la. A bíblia da psiquiatria: o DSM, que já está na versão IV, sempre vem mais encorpado. Inventaram também a tal menopausa masculina (andropausa): fadiga, libido rebaixada e depressão. Receitar testosterona é preciso. Parece que a diminuição das taxas da testosterona, após os 50 anos de idade, protege contra o câncer de próstata³.

Por outro lado, é importante dizer que o médico não deve ficar intoxicado pelos medicamentos de última geração – pois, as vezes, os medicamentos antigos são mais eficazes e de custo bem mais baixo. É exemplar o caso dos anticonvulsivantes: os antigos como o fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, valproato de sódio etc. são ainda de 1ª linha, enquanto os de última geração – lamotrigina, gabapentina, topiramato etc. são menos eficazes e de alto custo.

Há mais de 30 anos atrás, um diretor do laboratório Merck Sharp Dohme revelou à revista *Fortune* que o seu sonho era não só tratar os doentes, mas também os saudáveis^{7,8}. Mais de três décadas depois o seu sonho se materializou. Hoje se assiste à medicalização da sociedade. Tudo deve ser tratado: o luto, a separação conjugal, a reprovação num concurso, a morte do cachorro de estimação e por aí vai. Os níveis de risco do colesterol estão baixando, os níveis pressóricos sanguíneos fisiológicos também, a taxa de glicemia para diagnóstico do diabetes *mellitus* também etc. É preciso ficar em alerta máximo, fazer exames periódicos e naturalmente tomar remédios.

Outro aspecto preocupante é o aumento espantoso do diagnóstico e tratamento de doenças mentais em crianças, a partir dos dois anos de idade⁹. Muitas crianças são tratadas numa faixa etária não aprovada pelo FDA e os medicamentos utilizados podem determinar efeitos adversos graves.

Praticamente o mundo inteiro adota o *American Way Life*. O epicentro das vendas farmacêuticas situa-se nos EUA. Com menos de 5% da população mundial, esse país já representa cerca de 50% do mercado de medicamentos³. O modelo utilizado no Brasil é dos EUA.

Antes a IF anunciava remédios para tratar doenças, agora anuncia também doenças para encaixar seus remédios. É preciso que o médico desenvolva um juízo crítico a respeito deste tema. É muito importante o papel das universidades na formação de médicos com juízo crítico e também [seria desejável] um debate com a sociedade organizada sobre a política de medicamentos. Não resisto à tentação de uma frase de efeito: os jovens estudantes de medicina ingressam na faculdade como pontos de interrogação e saem com frases feitas na forma de consensos, *guidelines* e outros que-tais – é preciso, também, ensinar esse pessoal a pensar e não só usar o piloto automático do cérebro.

PLACEBO

Brenann¹⁰ que defende o uso do grupo controle com placebo: “A necessidade de maior eficiência nas pesquisas é um princípio de mercado e uma exigência da indústria farmacêutica para fazer face aos elevados custos e à enorme concorrência enfrentada no esforço de desenvolver novos produtos”. É espantoso, nessa declaração, a expressão “é uma exigência da IF o uso de placebo”. E prossegue o autor: “As propostas dos adeptos do uso sistemático do placebo, além disso conduziram à maior internacionalização da pesquisa em seres humanos, por ser menos dispendiosa em países em desenvolvimento e porque seria possível, nesses países, obter consentimento para práticas que não são permitidas nos países de tradição anglo-saxã”. Este parágrafo reflete bem o comportamento da IF, na área dos grupos controle.

Os grupos controle, nos ensaios clínicos, podem ser classificados em vários tipos: 1) placebo-concorrente; 2) tratamento ativo-concorrente; 3) nenhum tratamento concorrente; 4) estudo aberto com a fármacos ativo; 5) estudo consecutivo com placebo-fármaco (*crossing-over*). O grupo placebo-concorrente é considerado padrão-ouro e o tratamento ativo-concorrente é a alternativa mais ética ao placebo. No Brasil uma resolução do CFM N° 1885/2008 estabelece: “É vedado ao médico participar de pesquisas envolvendo seres humanos utilizando placebo, quando houver tratamento disponível já conhecido”. Essa resolução me parece ética e moralmente adequada. Entretanto este assunto ainda é polêmico e vem merecendo debates por parte de entidades médicas em todo o mundo.

GENÉRICOS

A IF está em crise com a entrada dos genéricos no mercado^{3,11}. Isto significa que após expirar a patente o fármaco cai no domínio público e qualquer LF pode comercializá-lo. Muitas indústrias multinacionais farmacêuticas já ingressaram no mercado dos genéricos, mas elas não estão confortáveis, pois a sua meta é maximizar os lucros – o que significa vender fármacos protegidos por patentes. Os grandes LF têm que se adaptar a essa nova exigência do mercado; o ideal seria, até, que a proteção da patente tivesse menor duração. O capitalismo envolve riscos, de sorte que as empresas têm que mostrar eficiência cada vez maior. Uma estratégia, para superar a crise, foi a fusão de LF (Novartis, Sanofi-Aventis, Glaxo-Smith-Kline). Outra distorção da IF, além de seus lucros abusivos, é a remuneração de seus altos executivos, que recebem bônus anuais milionários.

LOBISTAS

A IF mantém um exército de lobistas junto ao Congresso Americano e muitos LF contribuem generosamente nas campanhas eleitorais americanas. Em 2005, quase 300 lobistas profissionais da IF – um para cada dois membros do Congresso – trabalhavam em Washington³.

AGÊNCIAS REGULADORAS

A FDA é referência para o mundo inteiro, porque é lá (EUA) que as coisas acontecem, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) também se espelha lá. Há muita pressão da IF, da mídia e da

própria sociedade para aprovação de um fármaco [em ensaio clínico] no tempo mais curto possível. E mesmo a FDA não tem estrutura para agilizar o processo. Às vezes, fármacos são aprovados sem uma avaliação mais rigorosa e sem estudos comparativos¹².

BIOTECNOLOGIA

As pequenas empresas de biotecnologia são formadas com espírito acadêmico, com foco na pesquisa, mas acabam se impregnando das regras da economia de mercado. Enfim, o objetivo dessas novas empresas é de se tornarem os grandes laboratórios de amanhã. Elas atuam, principalmente, no campo das macromoléculas e dos hormônios.

GENÉTICA

Os programas de farmacologia racional têm suas limitações – eles não se envolvem com reações biológicas intermediárias e não têm capacidade para encontrar as causas últimas das doenças e as ferramentas para atacar essas causas. A genética é a esperança de avanços na área terapêutica, visando as causas primeiras. Entretanto, após 10 anos de decodificação do genoma, a terapia gênica é ainda uma promessa. Cada gene interage com dezenas ou centenas de outros e muitas doenças são poligênicas, além do que o papel dos fatores ambientais é também importante e genes patológicos podem ligar ou desligar durante a vida de um organismo. De sorte que a genética no campo terapêutico é uma frustração, por enquanto. A IF sonhava com uma nova revolução – e o algoritmo seria: “O DNA fabrica o RNA”, que fabrica as proteínas, que fabricam a grana³.

Não podendo intervir no gene defeituoso, o alvo passa a ser a proteína. Ao invés de uma genômica, parte-se para uma proteômica³, com todas as limitações que isto representa. Que novas terapêuticas a genética permitiu descobrir? Praticamente nada, a não ser a obtenção de certos medicamentos, como a insulina por exemplo, agora também obtida por métodos genéticos (DNA-recombinante).

FÁRMACOS BIOLÓGICOS

O fármaco biológico é feito de substâncias produzidas ou extraídas de um organismo vivo, enquanto os convencionais são obtidos por síntese química. Hoje existe uma guerra biológica na área farmacêutica: os grandes LF procuram manter as suas patentes e impedem “os genéricos” de chegar ao mercado. O correspondente ao “genérico” do fármaco biológico é o chamado biossimilar. A aprovação dos biossimilares poderá reduzir o custo dos tratamentos, particularmente na área da oncologia.

CONCLUSÃO

A IF tem remédio? Qual a saída? Eu não sei e acho que ninguém sabe. Contudo algumas medidas poderiam sanear [em parte] a IF: 1) os LF deveriam se envolver mais na produção de medicamentos inovadores e menos em medicamentos de imitação; 2) os ensaios clínicos deveriam ser transparentes e não ser totalmente balizados pelo pessoal da IF; 3) a duração das patentes deveria ser menor; 4) os LF são verdadeiras caixas pretas e informações importan-

tes sobre P&D, custos e *marketing* são mantidas em sigilo; 5) as agências reguladoras deveriam ser mais rigorosas na aprovação de drogas novas ou travestidas de novas pela maquiagem; 6) as drogas novas deveriam ser comparadas com fármacos antigos, nos ensaios clínicos; 7) os LF deveriam ser responsáveis por estudos de farmacovigilância após a aprovação da droga; 8) é preciso incentivar as pesquisas de resultados (medicina translacional) nos centros universitários de excelência; 9) deve-se procurar desenvolver um saber crítico nos estudantes de medicina e nos jovens médicos durante o treinamento na residência, particularmente no que concerne a uma política de medicamentos; 10) procurar excluir os gigantes da IF da educação médica.

O grande problema da parceria acadêmica com a IF é que, esta, exige o segredo dos ensaios clínicos realizados e dos resultados obtidos. Como conciliar o modelo acadêmico, fundamentalmente desinteressado, do modelo da IF, cujo objetivo é maximizar os lucros não importando os meios utilizados. É inegável que a IF e a formação médica necessitam de uma profunda reforma, entretanto neste mundo globalizado e caótico isto me parece uma utopia. Enquanto aguarda-se a “Utopia Farmacêutica”, é desejável que cada médico atue com responsabilidade, ética e espírito crítico.

REFERÊNCIAS

1. Sanvito WL. A Medicina tem cura? São Paulo: Atheneu; 1994.
2. <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/pesquisa/def.htm> – Considerações e definições para Pesquisa Clínica.
3. Pignarre PH. Le Grand Secret de L'Industrie Pharmaceutique. Paris, : La Découvert ; 2004.
4. Angell M. A Verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Rio de Janeiro : Record ; 2004.
5. Benkimoun P. Morts Sans Ordonnance. Paris: Hachette; 2001.
6. Vida – Laboratórios gastam quase o dobro do valor da pesquisa em propaganda. O Estado de S. Paulo, 04/01/2008.
7. Moynihan R, Cassels A. Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. New York: Nation Books; 2005.
8. Elliot C. White coat black hat: adventures on the dark side of medicine. Beacon Press, 2010.
9. Angell M. A epidemia de doença mental. Revista Piauí 2011;59.
10. Brenann TA. Proposed revisions to the Declaration of Helsinki. NEJM 1999;341(7):531-8.
11. Sakate, M – Eles vão ser copiados. Revista Veja, 16/03/2011.
12. Folha Saúde – Novas drogas são aprovadas sem estudos comparativos. Folha de S.Paulo, 26/05/2011.