



gamos uma maior promoção da segurança do utente. E, apesar de não repararmos em todas estas etapas e estratégias, elas já são utilizadas por todos nós. De facto, grande parte dos diagnósticos ou hipóteses diagnósticas ocorrem inconscientemente na nossa cabeça quando o utente nos entra no consultório. Talvez esta capacidade advenha da experiência de cada um, de um caso que tivemos no passado que nos marcou e que nunca mais nos esquecemos, e não só.

É importante que os profissionais de saúde façam uma avaliação das suas consultas, de forma a perceberem qual o caminho que intuitivamente optam para chegar a um diagnóstico e se de facto foi o mais correcto.

Ana Lopes Rodrigues
US Eiriz
CS de Baião

PROMOÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: SOMOS MAIS INFLUENCIÁVEIS DO QUE NOS APERCEBEMOS

Grande D, Frosch DL, Perkins AW, Kahn BE. Effect of exposure to small pharmaceutical promotional items on treatment preferences. *Arch Intern Med* 2009 May 11;169 (9): 887-93. Disponível em: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/169/9/887> [acedido a 20/08/2009].

Na definição de políticas e normas sobre as relações entre médicos e indústria farmacêutica é muitas vezes assumido que os pequenos presentes não têm importância e não influenciam a prescrição. Porém, nas áreas do *marketing* da psicologia existe demonstração de como mesmo pequenos brindes, independentemente do seu valor económico, po-

dem influenciar as decisões dos consumidores. O objectivo deste estudo foi determinar o efeito da exposição a pequenos itens promocionais nas preferências de tratamento de estudantes de medicina.

Métodos

Realizou-se um estudo experimental aleatorizado, com estudantes de medicina do terceiro e do quarto anos* da Universidade da Pensilvânia e da Universidade de Miami. A Universidade da Pensilvânia tem em vigor políticas que restringem o contacto com a indústria farmacêutica, proibindo a maioria dos presentes, refeições e amostras, enquanto essas práticas são permitidas na Universidade de Miami.

Os participantes foram atribuídos a um grupo controlo ou experimental, de acordo com o dia de inscrição no estudo. Os participantes do grupo experimental foram expostos a itens promocionais (bases de suporte das folhas de inscrição e papel) com o nome e o logótipo da marca Lipitor (atorvastatina) imediatamente antes de responderem ao questionário. Os sujeitos do grupo controlo realizaram os mesmos procedimentos, mas com suportes e papel sem logótipos. Os participantes foram informados que iam participar numa investigação sobre decisão clínica e foi-lhes pedido para não comentarem o estudo com outras pessoas. Apenas depois dos dados de todos os participantes terem sido recolhidos é que foram informados acerca do verdadeiro objectivo.

Foram medidas as diferenças de atitudes implícitas e explícitas acerca de duas estatinas: Lipitor (ator-

vastatina) e Zocor (sinvastatina). O Lipitor é uma das estatinas mais promovidas pelo *marketing* farmacêutico nos Estados Unidos, enquanto a sinvastatina está disponível como genérico e tem praticamente a mesma eficácia. As atitudes implícitas foram avaliadas usando o teste de associação implícita[§] e as atitudes explícitas foram auto-reportadas numa escala tipo Likert.

Posteriormente, os estudantes foram contactados por email para responder a um questionário pela Internet, que avaliava as suas atitudes em relação ao *marketing* farmacêutico.

Resultados

Participaram no estudo 352 estudantes, com uma idade média de 25,7 anos e uma distribuição igual entre sexos. Não existiam diferenças nas características demográficas entre os grupos, mas ficaram mais alunos do quarto ano no grupo controlo e do terceiro ano no grupo experimental.

Nas atitudes implícitas, globalmente, os estudantes mostraram preferência pelo Lipitor, mesmo nos grupos de controlo. Não existiram diferenças entre os grupos controlo e experimental nos estudantes do terceiro ano. Nos estudantes do quarto ano, houve diferenças entre as universidades: os estudantes de Miami expostos aos itens promocionais mostraram maior preferência pelo Lipitor que os do grupo controlo, enquanto nos estudantes da Pensilvânia observou-se o efeito oposto, mostrando preferências mais fracas pelo Lipitor que os controlos.

Nas atitudes explícitas, existiu uma preferência ligeira pelo Lipitor



em todos os grupos, independentemente da intervenção experimental, sugerindo não ter havido efeito da exposição aos itens promocionais.

Na avaliação das atitudes em relação ao *marketing* farmacêutico, os estudantes da universidade da Pensilvânia mostraram atitudes menos favoráveis que os de Miami. Por exemplo, apenas 30,0% dos alunos da Pensilvânia consideraram que era correcto aceitar presentes e refeições da indústria por isso ter influência mínima sobre os estudantes, comparando com 60,8% em Miami; 66,7% dos alunos da Pensilvânia consideraram que a faculdade devia impedir os delegados de informação médica de contactar com alunos e internos, comparando com 17,5% em Miami.

Discussão

O estudo mostrou que a exposição subtil a pequenos itens promocionais influencia a atitude de estudantes de medicina em relação a marcas farmacêuticas. Este efeito foi modificado pelo ano do curso e pela universidade. É possível que os estudantes do quarto ano, por terem maior experiência clínica, maior contacto com outros médicos e com as práticas institucionais estejam mais avançados na formação de atitudes em relação aos tratamentos, que podem ser alteradas pela exposição a itens promocionais.

Já os efeitos divergentes observados nas duas faculdades podem significar que a política mais restritiva da universidade da Pensilvânia forneceu um aviso externo acerca das tácticas persuasivas do *marketing* farmacêutico. Esta informação

pode ter levado os estudantes a desenvolverem algum tipo de resistência após a exposição aos itens promocionais, que pode ter tido a forma de rejeição da mensagem, contra-argumentação activa ou escrutínio cuidadoso da mensagem. Porém, não é possível demonstrar uma relação de causalidade entre a política da universidade e a atitude dos estudantes.

O facto de não terem havido diferenças nas atitudes explícitas poderá dever-se a um viés nas respostas, com o objectivo de agradar ou responder aquilo que é socialmente aceite. É por essa razão que o teste de associação implícita é uma melhor medida de atitudes.

As principais limitações do estudo são o foco nas atitudes em vez dos comportamentos, as diferenças entre os grupos de acordo com o ano do curso poderem traduzir um efeito de coorte, o facto do método de aleatorização ter produzido grupos com características diferentes, a possibilidade dos participantes terem percebido qual a hipótese em estudo e o facto das conclusões do estudo não poderem ser generalizadas a médicos que já exercem a profissão.

Comentário

Este estudo mostrou, em estudantes de medicina, aquilo que há muito é do conhecimento da psicologia, do *marketing* e também da indústria farmacêutica: as pequenas ofertas e brindes ou mesmo a exposição aos símbolos de uma marca influenciam o consumidor. Servem sobretudo para estabelecer o *branding*, isto é, a capacidade de reconhecimento e recordação da marca. No

caso dos medicamentos, a situação é ainda mais favorável à indústria, pois o médico não é directamente o consumidor. Esse papel é assumido pelo estado (pagamento) e pelo utente (pagamento e utilização do produto). O médico decide em nome do consumidor, mas liberto dos mecanismos de controlo habituais na sociedade de consumo, nomeadamente o custo. Contudo, os médicos acreditam, apesar de existir forte evidência em sentido contrário, que a interacção com a indústria farmacêutica não influencia as suas decisões.¹ O protocolo de colaboração entre a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica e a Ordem dos Médicos² prevê a «oferta gratuita de artigos de promoção de valor intrínseco insignificante». Porém, tal como este estudo sugere, o facto do valor económico da oferta ser insignificante não significa que não surta o efeito desejado pela indústria: aumentar as vendas do medicamento.

Também interessante é o facto de, nos estudantes de medicina de uma faculdade que os protege da indústria farmacêutica, o feitico parecer voltar-se contra o feiticeiro. Isto sugere que, se fizerem a sua formação num contexto em que são ensinados a ser cépticos em relação à informação proveniente da indústria, os médicos poderão construir defesas próprias que os tornam menos susceptíveis à influência omnipresente destas empresas.

Olhe à volta no seu consultório: a base sobre o tampo da mesa, o rato do computador, o tapete do rato, o calendário, os clips, os blocos de papel, os *post-its*, o recipiente das espatulas, o recipiente das canetas, o



pisa-papéis, o relógio de secretária, os modelos anatómicos, os *posters* afixados nas paredes, o porta-canetas da sua bata, as canetas com que escreve, a pasta que hoje trouxe para o emprego... Ainda acha que não está a ser influenciado?

Daniel Pinto
USF S. Julião
CS Oeiras

*Nos Estados Unidos, o curso de medicina é de quatro anos.

§Este teste encontra-se disponível em português em <https://implicit.harvard.edu/implicit/portugal/>

REFERÊNCIAS

1. Greenland P. Time for the medical profession to act: new policies needed now on interactions between pharmaceutical companies and physicians. *Arch Intern Med* 2009 May 11; 169 (9): 829-31.
2. Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica. Protocolo com a Ordem dos Médicos. Lisboa, Abril 2002. Disponível em: <http://www.apifarma.pt/Default.aspx?parentid=231> [acedido em 08/08/2009].

RASTREIO DO CANCRO DA MAMA: ESTAMOS A PROMOVER O CONSENTIMENTO INFORMADO?

Gøtzsche PC, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen B, Jørgensen KJ. Breast screening: the facts—or maybe not. *BMJ* 2009;338:b86. Disponível em http://www.bmj.com/cgi/content/full/338/jan27_2/b86 [acedido a 01/06/2009]

Os programas de rastreio oncológico apresentam tanto benefícios como malefícios. No artigo apresentado, os autores discutem a necessidade da informação fornecida às mulheres para decidirem sobre a sua participação conter dados isentos e fidedignos.

Uma análise anterior feita pelos mesmos autores evidenciava que em nenhum dos folhetos informativos disponíveis era mencionado o

principal efeito prejudicial do rastreio, de acordo com os autores, o sobre-diagnóstico. Este é definido como a deteção de tumores (e conseqüente tratamento) que nunca causariam a morte ou sintomatologia.

Neste artigo de opinião, os autores fazem uma análise detalhada do conteúdo do folheto informativo disponível no Reino Unido intitulado «*Breast Screening: The Facts*» que consideram inadequado como forma de esclarecimento no contexto da promoção do consentimento informado e propõem um folheto alternativo.*

Limitações do folheto informativo disponível no Reino Unido

De acordo com os autores, a informação centra-se no ênfase dos benefícios do rastreio com informação precisa e incisiva acerca das vantagens.

Em contraste, não é fornecida qualquer informação sobre os malefícios do rastreio, sendo apenas referida a dor do procedimento e a necessidade de maior investigação poder provocar preocupação nalgumas mulheres.

Nunca é mencionado o principal malefício do rastreio, ou seja, o tratamento desnecessário de lesões não agressivas que não seriam detectadas sem rastreio, sendo este um efeito conhecido. A probabilidade de sobre-diagnóstico após mamografia não é muito pequena, é 10 vezes mais provável que a probabilidade de evitar a morte por cancro da mama.

Outro malefício é a possibilidade de o teste ser um falso positivo. O folheto afirma que uma em cada 20

mulheres rastreadas terão que realizar mais testes, mas não detalha que esta taxa de 5% se aplica apenas a uma ronda de rastreio sendo que a taxa de falsos positivos aumenta com a repetição do teste. A carga psicológica de um falso alarme pode ter repercussões significativas na qualidade de vida da mulher.

O terceiro malefício é o provocado pela radioterapia a que estão sujeitas as mulheres sobre-diagnosticadas. Sendo que a taxa de sobre-diagnóstico é de 30% em estudos aleatorizados, é enganador falar da dose de radiação da mamografia como pequena e não mencionar os danos da radioterapia quando aplicada a mulheres saudáveis.

O resumo sugere ainda que o rastreio leva a menos mastectomias, o que é incorrecto. Os programas de rastreio levaram a mais 20% de mastectomias em ECAs, e estudos observacionais confirmaram que o número de mastectomias aumenta assim que o rastreio é introduzido. Sendo que este aumento inicial não é compensado pela diminuição das taxas de mastectomia em mulheres mais velhas.

O carcinoma *in situ* não é mencionado no folheto apesar de constituir cerca de 20% dos diagnósticos feitos por rastreio no Reino Unido. Menos de metade destes casos progride para cancro invasivo e 30% destes são tratados com mastectomia.

Não existe qualquer comentário sobre o rastreio de mulheres mais velhas, apenas é mencionado que o cancro da mama aumenta com a idade apesar de não estar demonstrado que rastrear estas mulheres diminua a mortalidade, sendo o pro-