



REFLEXÕES SOBRE OS CONFLITOS DE INTERESSES ENTRE MÉDICOS E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: A PROPÓSITO DA SIBUTRAMINA

LUIZ AUGUSTO CASULARI¹ E LUCÍLIA DOMINGUES CASULARI DA MOTA²

RESUMO

Desde o ano passado, tem-se presenciado a polêmica sobre a proibição de medicamentos usados no tratamento da obesidade. Neste artigo, os autores pretendem mostrar os evidentes conflitos de interesses envolvidos na discussão e a manipulação de opinião pelos defensores da manutenção dos medicamentos. Aham que esse poderio da indústria farmacêutica em cooptar lideranças médicas não tem limites éticos. Muitos desses médicos se prestam ao papel de utilizar seu prestígio e sua capacidade de liderança para defender o ponto de vista da indústria, em evidente e condenável promiscuidade. Declaram os autores não serem contra a associação da indústria da área de saúde com médicos, mas a decência ética nessa cooperação deve prevalecer.

Palavras-chave. Anfetamina; anorexígeno; Anvisa; conflitos de interesses; ética; sibutramina.

ABSTRACT

REFLECTIONS ABOUT THE CONFLICT OF INTERESTS BETWEEN PHYSICIANS AND THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY: ON THE SIBUTRAMINE CONTROVERSY

Since last year, one has witnessed the controversy regarding the ban of medications used for obesity treatment. In this article we intend to expose the obvious conflicts of interests enrolled on its discussion and the manipulation of opinion exerted by the defenders of the drugs continuity. We believe the power from the pharmaceutical industries to craft and persuade the medical representatives beholds no ethical limits. And for many of such doctors, playing that role by lending their prestige and leadership to defend the industries' interests and points of view, it is a clear and reprehensible act of promiscuity. We are not against an association of the health industry with doctors. But whenever such cooperation happens to be, ethics and decency should prevail.

Key words. Amphetamine; anorectic; Anvisa; conflict of interest; ethics; sibutramine.

INTRODUÇÃO

É necessário que novas drogas para o tratamento da obesidade sejam desenvolvidas em que sua eficácia e segurança no longo prazo possam contribuir de maneira efetiva para o controle do doente obeso. Isso porque os medicamentos que são ou foram disponíveis não cumpriram esses dois preceitos de uma boa droga.¹

As drogas anoréticas do tipo anfetaminas, tais como anfepramona, femporex e mazindol, atuam no sistema nervoso central, basicamente, aumentando a liberação de noradrenalina. Por isso, quando usadas para prevenir ou eliminar a fadiga, podem provocar complicações graves e acidentes de trânsito nos motoristas usuários. A perda de peso ocorre

por provocar anorexia. Contudo, esse efeito não é sustentado devido ao desenvolvimento de tolerância que invariavelmente se desenvolve com perda da ação anorética.² Além disso, existe real possibilidade de os usuários desenvolverem dependência psicológica com o uso crônico.²

Em virtude desses dois problemas, a aprovação permitiu o uso de no máximo três meses. No Brasil, contudo, o consumo abusivo desses medicamentos foram motivos de várias publicações. Para referências e discussão detalhada se requer consultar Nappo e colaboradores.³

Em relação à sibutramina, as discussões atuais deve-se aos resultados do estudo SCOUT (do inglês, *sibutramine cardiovascular and diabetes outcome*

¹Médico, doutor pela Universidade de Milão, Itália. Serviço de Endocrinologia, Hospital Universitário de Brasília. Orientador dos programas de pós-graduação em Ciências da Saúde e Ciências Médicas, Universidade de Brasília. Editor geral da Brasília Médica, Brasília, Distrito Federal, Brasil

² Médica, doutora pela Universidade de Milão, Itália. Editora associada da Brasília Médica, Brasília, DF, Brasil

Correspondência: Luiz Augusto Casulari. CLINEN, SCN bloco F, sala 1.105, CEP 70.711-905, Brasília, DF. Telefone 61 33280228. Internet: roxomotta@ambr.org.br

Recebido em 25-9-2011. Aceito em 30-9-2011.



study).⁴ Esse estudo demonstrou que em relação ao placebo, a sibutramina, em longo prazo, tem efeito em 2,5% dos casos no controle da obesidade e 16% de efeitos colaterais graves. Por esses motivos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) deve proibi-la no Brasil, como fizeram outras importantes agências similares em seus locais de atuação, como a *European Medicines Agency (EMA)* em toda a comunidade europeia, a *U. S. Food and Drug Administration (FDA)*, nos Estados Unidos, e a *Health Canada*.

A sibutramina é um inibidor da recaptação da serotonina e da noradrenalina, com atividade antidepressiva fraca, mas pelo efeito colateral de causar saciedade, é usada como adjuvante no tratamento da obesidade, sempre em combinação com a dieta e o exercício físico. Foram descritos efeitos benéficos, como melhora da resistência à insulina, do metabolismo da glicose e da dislipidemia, que podem estar relacionados mais à perda de peso do que à ação intrínseca da droga. Para referências, consultar o artigo do estudo SCOUT.⁴

A sibutramina tem efeito simpaticomimético e, por isso, pode ocasionar hipertensão arterial, taquicardia, arritmias e infarto do miocárdio. O estudo SCOUT⁴ foi idealizado para esclarecer esses efeitos colaterais. Trata-se de estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. Esse tipo de estudo é um dos mais confiáveis para avaliar a ação de medicamento.⁵ Multicêntrico, foi realizado na Europa, Austrália e América Latina. No Brasil, foi coordenado pelo Prof. Dr. Walimir Coutinho, do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) do Rio de Janeiro e presidente da Associação Internacional de Estudo de Obesidade. Após a média de acompanhamento de três anos e cinco meses, observou-se pequena perda de peso (2,5%) no grupo de doentes que usou a sibutramina em relação ao grupo que usou placebo. No entanto, a sibutramina ocasionou aumento de 16% de risco de eventos cardiovasculares em relação ao grupo que usou placebo.⁴

Tendo como base esse estudo, a *European Medicines Agency* recomendou a suspensão do uso da sibutramina em toda comunidade europeia, porque o pequeno benefício no controle de peso não justificou o grande risco de eventos graves cardiovasculares. Em outubro de 2010, o laboratório Abbott, por aceitar os argumentos da FDA, retirou a sibutramina do mercado americano, sem causar a polêmica que se instalou no Brasil. É muito importante enfatizar

que esse laboratório retirou do mercado brasileiro, espontaneamente, o medicamento Reductil, seu nome de marca, em novembro de 2010.

Então, devemos introduzir as perguntas: Por que um laboratório, que visa também ao lucro, sairia de mercado riquíssimo, como é o norte-americano, sem provocar polêmica e deixando de faturar milhões de dólares? Qual a explicação plausível aos seus acionistas para tal atitude “voluntária”?

O presidente da Anvisa, Dirceu Barbano, afirmou que o Brasil é o maior consumidor de sibutramina no mundo: “Em 2010, foram consumidas 5,6 toneladas do medicamento no mundo. Desse total, 55% foi vendida no País”. Outra sua afirmação é que os Estados Unidos da América consumiram cinco quilos e o Brasil, 170 quilos.⁶

Assim, a importância econômica da venda da sibutramina no Brasil é muito maior do que nos Estados Unidos da América, o que pode justificar, pelo menos em parte, a defesa açodada da sua manutenção em nosso mercado. Mas, por que o laboratório Abbott renunciou, espontaneamente, ao grande mercado brasileiro? É possível que não queira correr o risco de ser levado aos tribunais se doentes morrerem com o uso do Reductil, já que o retirou em outros países. No entanto, os outros laboratórios que distribuem a sibutramina no Brasil, incluindo-se as farmácias de manipulação, não querem perder esse filão brasileiro.

A importância econômica da sibutramina no mercado brasileiro faz que se utilize todo meio, ético ou não, para defender sua permanência, e o poderio econômico da indústria é tão grande que envolveu representantes das nossas entidades médicas que não deveriam, para o bem do ofício, estar defendendo o indefensável – e com argumentos discutíveis sob os pontos de vista científicos.

Vamos começar com um fato policial para mostrar a falta de limites na defesa dos interesses econômicos. Em entrevista ao periódico *Caros Amigos*, de abril de 2011,⁷ o diretor-presidente da Anvisa, Dirceu Barbano, declarou que sofreu ameaça de morte por sua atitude de querer banir os anorexígenos do mercado brasileiro, ocorrida poucos dias antes da realização de uma audiência pública na Câmara dos Deputados. Apesar de Barbano, na mesma entrevista, não querer associar relação direta entre a ameaça recebida e a ação da Anvisa, fica registrada a coincidência.

Em recente editorial publicado na *Revista Brasileira de Psiquiatria*,⁸ o professor Elisaldo Luiz

de Araújo Carlini fez um pequeno mas esclarecedor relato histórico das tentativas oficiais de controle das drogas anoréticas no Brasil. Em 1993, a comissão nomeada pelo Ministério da Saúde – da qual participavam a Associação Médica Brasileira (AMB), a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a Associação Brasileira de Estudos da Obesidade entre outras –, condenou a associação de substâncias do tipo das anfetaminas com benzodiazepínicos para o tratamento da obesidade. Em 1994, o Conselho Federal de Medicina – CFM (Resolução 1.404/1994) condenou o uso de anfetaminas, associadas ou não, para o tratamento da obesidade por causar graves riscos à saúde humana.

Ainda no mesmo editorial,⁸ foi mencionada a distribuição de um cartaz em que o uso de medicamentos anoréticos é um erro técnico, sem justificativa, que pode causar sérios riscos à saúde. Foi distribuído no início dos anos 2000 e tinham a chancela, entre outras, da AMB, da SBEM e do CFM.

Parece que esse cuidado na defesa do doente não é mais prioridade para as nossas entidades. Como mostramos abaixo, todas as entidades listadas acima mudaram a posição, em clara defesa dos anoréticos, sem apresentar justificativa plausível.

Observamos o envolvimento do CFM para destacar que não há limites para a indústria quando seus lucros estão em perigo. O Conselho designou o primeiro secretário, um anestesiologista, e o secretário geral, um cardiologista, para defenderem os medicamentos. O primeiro secretário, conforme se publicou no Estadão,⁶ disse: “O CFM quer ser parceiro da Anvisa para educar o médico e a população. Mas, se os remédios saírem do mercado e não restarem opções terapêuticas, vamos à Justiça. O paciente obeso não pode ficar totalmente desassistido.”

Não apresentou nenhuma referência que pudesse respaldar seu preconceito de que o médico é irresponsável no tratamento da obesidade a ponto de necessitar ser educado. O inusitado também da situação é que esse conselheiro quis “judicializar” um problema médico: Qual juiz vai ter a possibilidade de mudar o resultado de um trabalho científico sério e publicado em revista de importância? Isto é, o juiz não poderá mudar o efeito da sibutramina em míseros 2,5% sobre a obesidade. Ter 16% de efeitos colaterais relevantes é ser assistido? Quem vai pagar o custo da judicialização proposta?

No número de junho de 2011 do órgão de divulgação do CFM, Medicina,⁹ publicou-se a entrevista com o primeiro secretário que, infelizmente,

confirmou oficialmente o que o Estadão havia adiantado. A manchete foi enganosa: “Médicos são contra proibir venda” (de inibidores de apetite). Quais médicos? Todos ou somente aqueles que têm conflitos de interesses, confessados ou não? Em um quadro na mesma página da revista Medicina, aparece a manchete: “Restrição pode causar efeitos adversos” (nos obesos). Mas, não se falou nos 16% dos efeitos colaterais graves descritos no estudo SCOUT.⁴

O cardiologista secretário geral do CFM, na reunião na Câmara dos Deputados, afirmou que “o Código de Ética Médica deveria ser discutido na prescrição, e não mais eficácia e segurança.” Mantemos as aspas porque o trecho foi retirado do texto da Folha da SBEM, de maio de 2011.¹⁰ Então é isto: não se discutem mais eficácia e segurança de um medicamento. E onde o Código de Ética Médica defende tamanho desatino?

Não ficou claro, até agora, porque o CFM, com seu primeiro secretário e secretário geral, foi envolvido nessa disputa da indústria farmacêutica com a Anvisa. Mas, fica outra pergunta: Por que outros medicamentos foram retirados do mercado brasileiro e o CFM não se mobilizou? Às vezes, medicamentos importantes foram retirados porque não interessavam à indústria economicamente, e o CFM não se manifestou e continua em silêncio. É o respeito ético ao direito ao lucro da indústria!

A AMB também se manifestou.¹¹ Em artigo assinado em conjunto com o endocrinologista presidente da SBEM, o eminente anesthesiologista e intensivista presidente da AMB, defenderam a manutenção dos medicamentos para o controle da obesidade, mas cuidadosamente não fizeram nenhuma menção ao estudo SCOUT.¹

O envolvimento do CFM e da AMB pode até ser explicado porque os profissionais que foram envolvidos são especialistas em áreas médicas não habituadas a conduzir o tratamento do obeso. Podem ter entrado sem saber onde pisavam. De qualquer forma é lamentável que nossos dirigentes não tenham o cuidado ético que necessitam ao ocupar cargos em entidades médicas. Essas atitudes são contrárias àquelas defendidas, em passado recente, pelas mesmas entidades. Deveriam, pelo menos, terem o cuidado de enunciar as bases científicas da mudança nas opiniões do CFM e na AMB.

No entanto, o envolvimento de endocrinologistas não tem justificativa plausível. Infelizmente, a SBEM, que representa os endocrinologistas no Brasil, e a Associação Brasileira para o Estudo da



Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) assumiram a defesa da manutenção dos medicamentos para o tratamento da obesidade. Mas, nenhuma apresentou contestação cientificamente aceitável aos resultados do SCOUT.⁴ Incorporaram, também, uma política de intimidação, com outras técnicas, felizmente não tão violentas, como a ameaça atrás registrada.

Na Folha da SBEM, de março de 2011,¹⁰ foi estampada na capa a manchete: Anvisa x Obesidade. Como se fosse uma partida de futebol a ser vencida ou um pleito eleitoral. Usou-se uma publicação oficial da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia para fazer defesa de interesses da indústria. Sem o menor constrangimento. Ficou clara a atitude de *marketing* na tentativa de esconder a verdadeira discussão. A Anvisa não está contra a obesidade como faz supor a tendenciosa chamada. Vale a pena repetir: a Anvisa estava colocando em discussão o tema sobre a manutenção de medicamentos já retirados do mercado em vários outros países, incluindo-se os da comunidade europeia, os Estados Unidos da América e o Canadá.

Alguns dos representantes dessas sociedades, sem declararem conflitos de interesses, como palestrantes e produtores de textos a serem distribuídos pelos laboratórios farmacêuticos, tiveram participação ativa nesse processo de convencimento dos associados. Parece-nos que desconhecem o valor do estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, como foi o SCOUT.⁴

O presidente da SBEM na época, em artigo na Folha de São Paulo,¹² apresentou o sofisma de que a morfina não é retirada do mercado, mas tem efeitos colaterais. Como estratégia sofista, esqueceu-se de dizer que os opiáceos têm efeito de tirar a dor em mais de 80% dos doentes, o que contrasta com o efeito de 2,5% da sibutramina para a qual foi indicada. Se a estatina somente abaixasse o colesterol em 2,5% em relação ao placebo, nós, médicos, continuaríamos a utilizá-la apesar dos seus efeitos colaterais? A mesma pergunta pode ser feita em relação ao efeito de qualquer anti-hipertensivo.

Ainda o presidente da SBEM, na ocasião da discussão com a Anvisa, em 14 de junho,¹⁰ afirmou que “a perda de peso é eficaz quando é igual ou maior a 1% ao mês, ou pelo menos 5% em três e seis meses”. Mas, se a sibutramina teve efeito de somente 2,5% no estudo SCOUT,⁴ por que a insistência em defender o medicamento?

O professor fez outra das suas comparações:¹⁰

“No SCOUT, foi dada sibutramina às pessoas com contraindicações ao medicamento. É o mesmo que dar ácido acetilsalicílico para pacientes com dengue.” É verdade. É um crime dar aspirina, sabendo-se que a pessoa tem dengue e pode sê-lo também quando damos sibutramina a pessoas obesas que tem maior probabilidade de apresentar distúrbios cardíacos.

Um defensor entusiasmado da manutenção da sibutramina foi o presidente do Departamento de Obesidade da SBEM e presidente da ABESO. Esse professor escreveu um texto de defesa do medicamento, como segue. Atualização em sibutramina: reflexões sobre os estudos STORM e SCOUT. Material de distribuição exclusiva à classe médica, produzido por Segmento Farma Editores Ltda., sob encomenda do laboratório Torrent, em junho de 2010.¹³ Esse laboratório distribui a sibutramina com o nome fantasia de Slenfig.

Um professor titular de endocrinologia da Universidade de São Paulo, em artigo publicado na Folha de São Paulo,¹⁴ declarou que a restrição ao medicamento é um preconceito contra o obeso. Discordamos do professor. O preconceito, se existe, é sobre a eficácia do medicamento, e o professor não apresentou nenhum argumento para contestar o estudo SCOUT.⁴ Porque, se o medicamento que ele defende tão veemente, com os conflitos de interesses declarados ou não, tivesse efeito tão poderoso assim, não estaríamos aqui a discutir sua eficácia.

O lucro da sibutramina para a indústria no Brasil deve ser tão grande que a fez pagar a vinda do cardiologista Christian Torp-Pedersen, o sétimo na lista de autores do estudo SCOUT, para participar da reunião na Câmara dos Deputados. A despesa foi inútil porque o dinamarquês nada acrescentou ao que James WP e colaboradores haviam publicado no New England Journal of Medicine: perda média de 1,7 kg com uso da sibutramina e os 16% de efeitos colaterais.⁴

É importante registrar que o *lobby* desses medicamentos mostrou também sua força ao provocar a Audiência Pública na Câmara dos Deputados, em Brasília, proposta pelas deputadas Alice Portugal (PC do B-BA), Jô Moraes (PC do B-MG) e Flávia Moraes (PDT- GO). Nenhuma delas tem formação médica.

Queremos mostrar como somos manipulados em nosso direito de escolher o melhor tratamento para o doente. Temos a esperança de despertar um senso crítico sobre as informações que nos são transmitidas,

às vezes até por entidades que deveriam ter cuidado em assumir defesa de interesses econômicos que não são bons para o doente. Mostramos que o *lobby* é poderoso. Envolveram o CFM, a AMB, a SBEM, a ABESO somente para citar órgãos da medicina, além da Câmara dos Deputados. É um processo de intimidação que necessita ser denunciado para que, em outras ocasiões, tenhamos censo crítico para não nos deixarmos influenciar.

A declaração de conflitos de interesses é mandatória.¹⁵ Como ilustração, citamos Gary Glaza, que publicou artigo de revisão sobre a farmacoterapia da obesidade, em 2001. Apresentou-se como professor da Universidade de Rochester, nos Estados Unidos da América e, junto, a declaração, em tradução livre: “Dr. Glazer recebeu \$1.000,00 de honorários da Medeva Pharmaceuticals, fabricante da fentermina, em 1998, para aula sobre farmacoterapia da obesidade dada aos seus estagiários”.¹⁶

Há muito, lamenta-se a falta de cuidado ético de muitos dos profissionais de saúde no Brasil em não declarar algum envolvimento com a indústria.¹⁵ Mas, essa discussão evoluiu para que, mesmo aqueles que o declara, ainda assim, favorecem os laboratórios que os financiam. Recentemente, em reportagem de Cláudia Collucci, publicada na Folha de São Paulo,¹⁷ chama à atenção a declaração de que o envolvimento com a indústria em congressos e artigos científicos seria um licenciamento moral em que o envolvido seria absolvido por ter sido transparente e poderia agir sem ética, isto é, defender o interesse da indústria em detrimento do doente.

Com essa premissa em mente, lemos com interesse o editorial assinado por dois pesquisadores envolvidos no estudo SCOUT,⁴ Walmir Coutinho e W. Philip T. James, publicado no mesmo fascículo da Revista Brasileira de Psiquiatria¹⁸ em que foi publicado o editorial do professor Carlini. O professor Coutinho declarou, como é obrigatório na publicação de artigos nessa revista, ter algum envolvimento profissional com quatorze indústrias farmacêuticas, incluindo-se algumas que vendem a sibutramina no Brasil. O professor W. Philip T. James afirmou que recebeu financiamento importante do laboratório para coordenar o estudo SCOUT. No texto, confirmam o que está escrito na pergunta inicial deste artigo, que o risco de eventos colaterais é de 16%, maior do que no grupo-placebo ($p = 0,02$). O restante do editorial é a tentativa de desconstruir o trabalho que fizeram, mostrando vários vieses do estudo que publicaram no New

England Journal of Medicine.⁴ Também utilizam o sofisma de comparar os efeitos cardiovasculares deletérios dos antiinflamatórios não hormonais para justificar a manutenção do medicamento que eles mesmos colocaram em discussão, isto é, se esses medicamentos somente tivessem 2,5% de efeitos anti-inflamatórios em relação ao placebo, não teriam nem sido lançados no mercado.¹⁸ Mas, também no New England Journal of Medicine, em 1998, foi publicado um artigo o qual mostra que o pesquisador ou formador de opinião que recebe algum tipo de benefício apresenta, no seu artigo, posição coincidente com aquela da indústria.¹⁹ Em editorial, a Brasília Médica discutiu sobre a possível “conexão entre pesquisadores, consultores e palestrantes que recebem algum tipo de suporte financeiro da indústria farmacêutica e suas opiniões favoráveis e mesmo promocionais à terapia hormonal no climatério”.²⁰

A propósito, o professor Carlini, que fez o editorial defendendo a proscrição dos medicamentos na mesma edição da revista, não tem conflitos de interesses declarados.⁸

Este artigo tem o objetivo de provocar a discussão sobre os limites a serem respeitados quando se ocupa cargo de liderança em órgãos representativos. É necessária vigilância constante para não se misturar os interesses da sociedade e dos seus associados que a representam, com aqueles pessoais. Confessamos, com desconforto, que não temos visto essa preocupação em muitos daqueles que têm parceria com a indústria e que exercem cargo nas nossas sociedades.

No início de outubro, quando este fascículo da Brasília Médica estava fechando, veio a decisão da Anvisa (RDC 52/2011, publicado no Diário Oficial da União no dia 10 de outubro de 2011) de suspender a comercialização dos medicamentos anoréticos do tipo anfetamina. No entanto, não conseguiu vencer totalmente o forte *lobby* a favor da anfetamina e criou-se um termo de esclarecimento em que constarão os riscos do uso da sibutramina, e o médico e o doente assinarão, em três vias, que terão o seguinte destino: prontuário, farmácia e doente. O uso do medicamento terá nova avaliação da Anvisa após um ano de instituída a medida.

O Conselho Federal de Medicina decidiu recorrer à Justiça contra a decisão da Anvisa. Prometeu e parece que vai cumprir. Contudo, gostaríamos de que apresentassem ao juiz outros argumentos que não aqueles elencados pelos representantes e boas



desculpas do porquê de terem mudado de ideia em pouco tempo, como mostramos acima.

CONFLITOS DE INTERESSES

Nada a declarar pelos autores.

REFERÊNCIAS

1. Li MF, Cheung BM. Rise and fall of anti-obesity drugs. *World J Diabetes*. 2011;2:19-23.
2. Bray GA. Use and abuse of appetite-suppressant drugs in the treatment of obesity. *Ann Intern Med*. 1993;119(7 Pt 2):707-13.
3. Nappo SA, Carlini EA, Araújo MD, Moreira LFS. Prescription of anorectic and benzodiazepine drugs through notification B prescription in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Braz J Pharm Sci*. 2010;46:297-303.
4. James WP, Caterson ID, Coutinho W, Finer N, Van Gaal LF, Maggioni AP, et al; SCOUT Investigators. Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects. *N Engl J Med*. 2010;363:905-17.
5. Pereira MG. O controle de variáveis. *In: Epidemiologia. Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1995. p. 377-97.
6. Bassette F, Formenti L. O Estado de São Paulo, 15 de junho de 2011, p. A16.
7. Rodrigues L. O vale tudo da indústria farmacêutica na busca do lucro. *Caros Amigos*, abril de 2011, ano XV, n.º 169, p.18-21.
8. Carlini EA. The control of anorectic drugs: another tale for the Greek calends? *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33:113-4.
9. Medicina. Conselho Federal de Medicina, ano XXVI, julho de 2011, n.º 197, p. 9.
10. Moraes P. Anorexígenos em pauta na Câmara dos Deputados. *Folha da SBEM*, maio de 2011, ano XIX, n.º 81, p. 2.
11. Amaral JLG, Meirelles RMR. Medicamentos e o controle da obesidade. *Folha da SBEM*, março de 2011, ano XIX, n.º 80.
12. Meirelles R. Assim é se lhe parece. *Folha de São Paulo*, 26 de fevereiro de 2011, p. A3.
13. Mancini MC. Atualização em sibutramina: reflexões sobre os estudos STORM e SCOUT. Segmento Farma Ltda. Distribuído pelo Laboratório Torrent; junho 2011.
14. Halpern A. O preconceito contra o obeso. *Folha de São Paulo*, 18 de março de 2011, p. A2.
15. Santos Neto LL. Conflito de interesses. *Brasília Med*. 2004;41:66-8.
16. Glazer G. Long-term pharmacotherapy of obesity 2000: a review of efficacy and safety. *Arch Intern Med*. 2001;161:1814-24.
17. Collucci C. Médico que declara laço com indústria também é antiético. *Folha de São Paulo*, 14 de junho de 2011, p. C14.
18. Coutinho W, James WPT. Sibutramine: balanced judgment or prejudice? *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33:115-6.
19. Stelfox HT, Chua G, O'Rourke K, Detsky AS. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. *N Engl J Med*. 1998;338:101-6.
20. Wanderley MS. Terapia hormonal no climatério: a polêmica está longe do fim. *Brasília Med*. 2011;48:4-6.

ROSIGLITAZONA E CONFLITOS DE INTERESSES

Para explorar a possível ligação entre os conflitos de interesses financeiros e a posição na associação da rosiglitazona com maior risco de infarto do miocárdio em pacientes com diabetes, foi pesquisado artigos nas bases Web of Science e Scopus: protocolos, meta-análises, revisões, ensaios clínicos, cartas, comentários e editoriais.

Somente 53% dos artigos tinham conflitos de interesses declarados e, por isso, foi feita exaustivas pesquisas no PubMed, Scopus e Google para identificar aqueles que não tinham informado se haviam ou não essa possibilidade.

Após isso, constatou-se forte associação entre autores com visão favorável a segurança da rosiglitazona e conflitos de interesses financeiros com os fabricantes desse medicamento, da pioglitazona e de agentes antidiabéticos. Por outro lado, aqueles que não foram favoráveis à questão de segurança da rosiglitazona foram quase totalmente livres de identificáveis conflitos de interesses.

Wang AT, McCoy CP, Murad MH, Montori VM. Association between industry affiliation and position on cardiovascular risk with rosiglitazone: cross sectional systematic review. *BMJ*. 2010;340:c1344.