

A SAÚDE PÚBLICA E OS MEDICAMENTOS

Impasses e Perspectivas



A SAÚDE PÚBLICA E OS MEDICAMENTOS

Impasses e Perspectivas

A garantia pública de medicamentos é realidade recente no Brasil

Luiz Roberto Barradas Barata¹
José Dínio Vaz Mendes²

Até o final da década de 80 e o início do Sistema Único de Saúde - SUS, a assistência farmacêutica para a população não era uma das atribuições do setor público de saúde no Brasil.

Os medicamentos eram garantidos apenas para algumas das doenças endêmicas e epidêmicas, cuja importância para a saúde coletiva exigia mecanismos de controle epidemiológico do Ministério da Saúde, como é o caso da tuberculose, da hanseníase e da malária, entre outras.

Os medicamentos dispensados pelo Ministério da Saúde para o controle dessas doenças, se por um lado não se configuram como casos de assistência farmacêutica pública ampla, trouxeram conhecimentos fundamentais aos gestores públicos, que com certeza podem auxiliar o desenvolvimento de um amplo programa de assistência farmacêutica nos dias de hoje.

O fornecimento de medicamentos pela tradicional saúde pública brasileira obedecia a esquemas terapêuticos padronizados, definidos por consenso técnico entre especialistas de cada área, utilizados por todos os serviços públicos e privados da rede de saúde do país.

Estes esquemas permitiram ao país o uso racional de medicamentos para o controle dessas doenças, evitando-se os riscos da resistência microbiana, diferentemente do que ocorreu em outros países que não utilizaram padronizações semelhantes.

Mas, para o tratamento de todas as demais doenças, não existia, até a criação do SUS, o fornecimento regular de medicamentos, cuja aquisição ficava, na maior parte das vezes, por conta dos próprios pacientes. Este fato criava uma clara iniquidade, pois apenas aqueles que podiam adquirir os medicamentos com recursos próprios conseguiam tratar adequadamen-

¹Médico Sanitarista. Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

²Médico Sanitarista. Assessor Técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

te suas moléstias e, além disso, produzia péssimos resultados para a saúde, seja do ponto de vista individual (com evolução clínica ruim, mesmo para aquelas doenças nas quais já se dispunha de medicamentos eficientes, como por exemplo a hipertensão arterial e a diabetes), seja nos perfis de saúde da população.

Foi esta a situação que se pretendeu modificar com a implantação do SUS, que resultou de um longo processo histórico e social, que buscou interferir nas condições de saúde e na assistência médica prestada à população brasileira.

Entre os princípios do sistema, incluem-se a universalidade, a integralidade e a equidade na assistência à saúde, que expressam os valores que nossa sociedade escolheu e estabeleceu na Constituição, por considerá-los como ideais para a área da saúde.

Assim, a assistência farmacêutica é hoje um dos grandes desafios à consolidação do SUS, uma vez que o acesso da população a medicamentos de qualidade, no momento apropriado, é uma das pedras fundamentais para se garantir bons resultados nos atendimentos realizados pelo sistema e sua integralidade.

Por certo, os princípios do SUS acima apontados são objetivos que serão atingidos de forma gradual, principalmente na área de assistência farmacêutica: são direitos que serão garantidos pelo poder público, com a adequada estruturação de programas e práticas que permitam o acesso universal da população aos medicamentos que necessita, com segurança e equidade.

Os avanços do SUS na assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica, conforme as normas do SUS, é um esforço a ser compartilhado pelas três esferas gestoras do sistema (federal, estadual e municipal), com divisão de responsabilidades no que se refere ao financiamento, aquisição e distribuição, com competências complementares para garantir medicamentos para todos.

Como resultado das políticas traçadas e desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o setor, temos atualmente, no Estado de São Paulo e em todo o país, acesso à assistência farmacêutica muito mais amplo e regular do que existiu no passado recente do setor público de saúde.

Os dados da Pesquisa Mundial de Saúde – 2003, realizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 71 países e que no Brasil foi coordenada por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, comprovam que 87% dos brasileiros tiveram acesso aos medicamentos prescritos (FIOCRUZ, 2004). Este índice é muito elevado e contribui sobremaneira para a melhoria das condições de saúde de todos os brasileiros.

A assistência farmacêutica no SUS está sendo desenvolvida em três grandes eixos pro-

gramáticos: na atenção básica em saúde (medicamentos essenciais), nos programas estratégicos de saúde (para controle de doenças) e nos medicamentos excepcionais (de alto custo, para patologias específicas).

A assistência básica ou primária em saúde (medicamentos essenciais)

No que se refere à assistência básica em saúde, a garantia de acesso dos cidadãos aos medicamentos essenciais e necessários, em conjunto com a reordenação das práticas assistenciais, seria fator de maior resolubilidade do nível primário de saúde, com conseqüências benéficas aos outros níveis do sistema - atenção hospitalar e especializada - e, principalmente, à qualidade de saúde da população.

Por estes motivos, foi desenvolvido em 1995, no Estado de São Paulo, o **Programa Estadual de Assistência Farmacêutica Básica - "Dose Certa"**, que garante medicamentos prescritos para mais de 80% das doenças mais freqüentes, atendidas pela rede de unidades básicas de saúde municipais em todo o Estado, tanto crônicas como agudas, como hipertensão arterial, diabetes, outras doenças cardiovasculares, infecções e doenças respiratórias da infância, pneumonia, asma, alergias, desidratação infantil, parasitoses intestinais, entre outras.

Financiado pelas três esferas de governo, a Assistência Farmacêutica Básica deve receber, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, R\$ 1,65 por habitante/ano do Governo Federal, R\$ 1,65 do Governo Estadual e R\$ 1,00 dos municípios, totalizando mais de R\$ 170 milhões para o Programa no Estado de São Paulo.

No Estado de São Paulo, o Programa Dose Certa foi, certamente, um dos fatores de sucesso na ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais. Os investimentos e a recuperação da Fundação para o Remédio Popular - FURP, laboratório estadual público produtor de medicamentos, permitiu a **ampliação do número de medicamentos distribuídos**, beneficiando principalmente os municípios pequenos, com menor capacidade de adquirir os medicamentos no mercado.

Este ano foi possível ampliar ainda mais os tipos de medicamentos distribuídos no programa, passando de 40 para 67 medicamentos.

Em 2005, foi pactuado entre o Estado e os municípios o **Programa de Insumos para Diabetes**, por meio do qual a Secretaria de Estado da Saúde garante o financiamento de 75% do valor dos insumos utilizados no controle da diabetes (tiras, lancetas, seringas e monitores) e as Secretarias Municipais de Saúde se responsabilizam pelos 25% restantes, bem como pelo atendimento, acompanhamento e cadastro dos pacientes em sistema informatizado criado pelo Estado.

Já são 196 mil pacientes cadastrados até 2007, que recebem das unidades municipais de saúde, mensal e regularmente, os insumos e medicamentos que necessitam para o controle de sua doença.

Informações sobre estes programas podem ser acessadas na Internet no portal da Secretaria de Estado da Saúde, no seguinte endereço eletrônico: http://portal.saude.sp.gov.br/content/assistencia_farmaceutica.mmp.

Os programas estratégicos de saúde

Os programas estratégicos do Ministério da Saúde incluem os medicamentos para tuberculose, hanseníase, leishmaniose, endemias focais, cólera e DST - Aids, entre outras.

Estes programas, destinados ao controle das epidemias e endemias, são aqueles com maior tradição na saúde pública como vimos no primeiro item. Os medicamentos são financiados pelo Ministério e distribuídos pelas unidades de referência em cada região, sob gestão municipal. Cabe à Secretaria de Estado da Saúde o levantamento de necessidades, o encaminhamento das solicitações para o Ministério da Saúde e a avaliação dos programas desenvolvidos no Estado de São Paulo.

O Programa de Medicamentos de Alto Custo

Este programa atende as doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingirem número limitado de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com uso de medicamentos, em geral, de custos elevados, que por este motivo não poderiam ser adquiridos pelos próprios pacientes.

O Programa de Medicamentos de Alto Custo garante o fornecimento de 256 tipos de medicamentos para doenças como a Esclerose Múltipla, Doença de Gaucher, Doença de Parkinson, Fibrose Cística e Artrite Reumatóide, entre outras.

O Programa, que atendia aproximadamente 55 mil pacientes devidamente cadastrados em todo o Estado em 2003, ampliou sua clientela para 380 mil pacientes em 2006, com gastos estimados em cerca de R\$ 840 milhões (divididos entre os governos federal e estadual), o que representa um custo aproximado de R\$ 2.200,00 por paciente.

A dispensação destes medicamentos obedece a protocolos técnicos definidos e padronizados pelo Ministério da Saúde, que têm validade para todo o território nacional.

O encarecimento da assistência farmacêutica

Com os programas em desenvolvimento, é inegável que o SUS melhorou bastante o acesso da população aos medicamentos. Entretanto persistem problemas, que devem ser discutidos por toda a sociedade, se desejamos o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica no Brasil.

A assistência farmacêutica tem se encarecido substancialmente em todo o mundo, bem como no Brasil, representando cada vez mais um pesado ônus financeiro para o SUS. Embora tal fato decorra, em parte, da inclusão de grande número de pacientes que anteriormente não eram atendidos pelo setor público, outros fatores devem ser objeto de reflexão, como aqueles que pontuamos a seguir.

A “medicalização” e o complexo industrial farmacêutico

Desde a segunda metade do século passado, não foram poucos os professores e médicos da área de saúde pública que alertaram para o aumento excessivo do uso de medicamentos em nossa sociedade, seja por aquisição direta da população (auto-medicação) ou por prescrições médicas exageradas, o que poderia trazer conseqüências deletérias para a saúde individual e coletiva.

Esta “medicalização” perdura até hoje e adquiriu determinantes mais complexos, principalmente no contexto do SUS, que tem como princípio constitucional a universalização do direito à saúde, nele incluída a garantia do fornecimento de medicamentos à população.

Devemos reconhecer que, nos últimos anos, com o desenvolvimento de novos fármacos, o avanço terapêutico tem ocasionado ganhos inegáveis para o tratamento de diversas patologias.

Mas um grande complicador na área de medicamentos é o enorme complexo industrial farmacêutico existente, com empresas de caráter multinacional, com monopólios, domínios de patente, grande poder no estabelecimento de preços e na indução do consumo, pela atuação direta junto aos médicos e pacientes.

As empresas desta área, frente a um mercado cada vez mais controlado nos países desenvolvidos, encontraram, em países como o Brasil, um verdadeiro “filão de ouro”, utilizando-se dos preceitos constitucionais da universalidade e integralidade de atendimento para alcançar seus objetivos de ampliar a venda de medicamentos para a população.

Estas empresas realizam intensas campanhas publicitárias, junto aos médicos e às associações de pacientes com determinadas moléstias, apresentando “novos e milagro-

sos” medicamentos, muitas vezes sem registro no país, induzindo sua prescrição pelos profissionais, que resulta na exigência pelos pacientes de fornecimento pelo setor público, utilizando, por vezes, a via judicial.

Ocorre que muitas das novas formulações, embora possuam efeitos que não são comprovadamente superiores aos de medicamentos já existentes no mercado, têm preços significativamente superiores, configurando uma relação de custo/efetividade extremamente prejudicial ao sistema de saúde.

Além disso, diversos estudos demonstram que a propaganda de medicamentos apresenta qualidade desigual em diferentes países, não respeitando as recomendações da Organização Mundial de Saúde para este tipo de propaganda, em especial em países como o Brasil, tanto nos anúncios para o público geral, como naqueles destinados aos médicos.

Há omissão de informações importantes, referentes às contra-indicações, efeitos colaterais e reações adversas, além de utilização de argumentos exagerados e imprecisos para apregoar as vantagens do produto (Pizol, Silva & Shenkel, 1998; Barros, 2000; Barros & Joany, 2002).

O papel do médico nesta questão é central. Ao receber forte influência das propagandas farmacêuticas, de forma acrítica e massificante, os profissionais, muitas vezes, receitam os medicamentos de “marca”, mesmo com normas legais e orientações para que as prescrições utilizem os medicamentos pelos seus princípios ativos (genéricos).

A influência do complexo industrial também atinge os pesquisadores médicos que, para realizarem pesquisas, recebem recursos das indústrias farmacêuticas e que, infelizmente, por vezes, embora com lacunas no desenho metodológico, concluem apressadamente sobre a “superioridade” de determinados medicamentos, que se tornam imprescindíveis para a terapia de certas doenças, mesmo que em outros países desenvolvidos e com grande tradição na área de pesquisas médicas, estes medicamentos ainda estejam sob avaliação.

Os pacientes são vítimas deste processo. Tendo sua esperança de cura estimulada por propagandas enganosas, sem a contrapartida da avaliação mais criteriosa dos riscos e reais benefícios por seu médico, não poderiam deixar de desejar os medicamentos, inclusive processando judicialmente o SUS, para garantir seu fornecimento.

O uso de medicamentos não traz apenas bons resultados

É preciso salientar que o uso indiscriminado de medicamentos não causa apenas problemas financeiros para as famílias e para o SUS.

Questões como o desenvolvimento de resistências bacterianas aos antibióticos hoje

preocupam autoridades sanitárias em todos os países, e resultaram do uso indevido e abusivo destes medicamentos.

Arrais (2002), citando Helper & Strand (1990), refere que no ano de 1987 foram notificados nos Estados Unidos, aproximadamente, 12 mil mortes e 15 mil hospitalizações por reações adversas a medicamentos. Nos últimos anos, em nosso país, estão sendo constituídos sistemas de farmacovigilância em diversos serviços hospitalares, para melhorar o conhecimento desta realidade, que certamente também ocorre em nosso meio.

Um exemplo dramático deste problema, ocorrido no Brasil, se deu com a talidomida. Medicamento utilizado como sedativo, ansiolítico e anti-emético, que também funcionava no tratamento de sintomas que acompanhavam a gestação, foi utilizado no Brasil, tal como na Europa, com as conseqüências conhecidas por todos: entre 1958 e 1962, foi observado, principalmente na Alemanha e Inglaterra, mas também em outras partes do mundo, inclusive no Brasil, o nascimento de milhares de crianças que apresentavam graves deformidades congênitas, caracterizadas pelo encurtamento dos ossos longos dos membros superiores e/ou inferiores, com ausência total ou parcial das mãos, pés e/ou dos dedos (focomelia) (Oliveira, Bemudez e Souza, 1999).

Seu uso foi suspenso para grávidas, mantendo-se atualmente apenas para algumas reações no tratamento da hanseníase, com todos os cuidados com relação a verificar o estado gestacional das pacientes.

Nos Estados Unidos, a talidomida não chegou a ser licenciada, em razão de exigências adicionais sobre segurança no uso de novos fármacos impostas por uma funcionária da agência regulatória americana, o Food and Drug Administration (FDA). O FDA saiu desse episódio fortalecido, passando a assumir a coordenação de todas as atividades relativas à política de regulação de medicamentos naquele país, a partir da emenda Kefauver-Harris de outubro de 1962. (Oliveira, Bemudez e Souza, 1999).

O mesmo pode ser lembrado para o “*Vioxx*”, utilizado, até pouco tempo, em inflamações crônicas e artrites, que foi retirado do mercado pelo próprio laboratório, após comprovação de efeitos cardiovasculares indesejáveis e graves em diversos pacientes.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo iniciou, em 1998, um sistema de farmacovigilância no Estado, a fim de obter conhecimento sobre os efeitos adversos dos medicamentos sobre a saúde da população (impressos e informações disponíveis no site <http://www.cvs.saude.sp.gov.br>). No período de janeiro de 2005 a março de 2006, o Núcleo de Farmacovigilância recebeu aproximadamente 9000 notificações de suspeitas de reação adversa a medicamentos (Boletim Informativo de Farmacovigilância, nº. 02 – junho/2006).

Nunca é demais lembrar que medicamentos são drogas. Se usados em dosagens inadequadas ou prescritos equivocadamente ou açodadamente, podem ter um efeito danoso, muitas vezes fatal para os pacientes. Portanto, é fundamental que os gestores de saúde cuidem de sempre bem observar esta realidade, não se deixando levar por pesquisas apressadas, interesses comerciais e de mercado, modismos sem fundamentação científica adequada e, desta forma, garantam o objetivo maior da saúde pública, que é preservar e garantir a qualidade de vida da coletividade.

Medicamentos não substituem bons hábitos de vida

Uma das formas de procurar reduzir a “medicalização” na sociedade é a busca de práticas e ações de promoção e proteção da saúde, que limitem e reduzam o consumo de medicamentos.

Exemplos: sabe-se que meia hora de atividade física diária, acompanhada de orientação nutricional adequada, melhora o peso, previne distúrbios metabólicos de açúcares e gorduras, reduz os riscos de doenças vasculares, baixa a pressão arterial, previne a osteoporose e diminui os casos de depressão, entre outros efeitos, substituindo assim, com benefícios para a saúde, a utilização de muitos medicamentos para doenças atualmente comuns, como a hipertensão arterial, a obesidade, o diabetes, a osteoporose, a depressão, etc.

Trata-se de um processo lento, de mudança de valores, atitudes e hábitos de vida, mas que tem dado resultados em muitos países.

O próprio médico precisa valorizar este conhecimento, evitando a substituição de orientação e mudança de hábitos pela receita de medicamentos, que embora mais “rápida”, é muitas vezes desnecessária e perniciosa para o paciente.

O desenvolvimento de protocolos e normas de utilização para os medicamentos

Em vários países desenvolvidos, com sistemas universais de saúde, há preocupação com a metodologia que avalia e compara as novas tecnologias, inclusive medicamentos, e que envolve vários quesitos, como segurança, eficácia, possibilidade e indicação do uso, uso em saúde pública, custos e medidas de resultados, reflexos econômicos e éticos.

Podemos citar como exemplo, no Reino Unido, o “National Institute for Clinical Excellence (NICE)”, ligado ao “National Health Service (NHS)”, que desenvolve os protocolos dos pro-

cedimentos intervencionistas e avaliações tecnológicas dos fármacos; na Espanha, a COHTA, agência pública ligada ao Serviço de Saúde Catalão; no Canadá, a “Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA)”, financiada por governos nos três níveis e focada na utilização de evidências e efetividade clínica e econômica.

Apesar de estes países possuírem recursos muito mais elevados que o Brasil para a área de saúde, permanece a preocupação com a avaliação tecnológica e a incorporação de novas técnicas e medicamentos no sistema, pois em todos os países existe a clara noção que não existe “bondade gratuita” no setor público, e a garantia de determinado benefício irá impedir o acesso da população a outros.

Portanto, o problema do uso racional e do financiamento dos medicamentos não é uma questão apenas nacional. O aumento exagerado dos custos de novas tecnologias na atenção médica, em especial dos medicamentos, tem gerado discussões em diversos países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Propostas no âmbito da farmacoeconomia, da farmacoepidemiologia e/ou da farmacovigilância têm sido desenvolvidas, no sentido de conhecer a dimensão, as causas e os efeitos do uso dos medicamentos, reduzir os riscos para os pacientes, adequar os gastos e obter a melhor efetividade no uso dos medicamentos, garantindo maior equidade em sua distribuição pelos sistemas públicos (Coelho, 1998; Madrid, Velásquez e Fefer, 1998; Velásquez, 1999; Abajo, 2001).

O estabelecimento de registros limitados para os novos medicamentos, enquanto estão sendo avaliados por centros universitários e científicos, tem sido usado em alguns países. Estudos que comprovem a eficácia dos medicamentos são exigidos para se garantir o registro definitivo. Há que ter-se clareza da superioridade de um novo medicamento em detrimento do utilizado até então, para se autorizar um novo registro. Saber, simplesmente, que a nova droga funciona para tal doença, não é condição suficiente.

Portanto, quanto ao consumo dos medicamentos, é preciso convencer todos os interessados (população, médicos e autoridades judiciais) da importância de desenvolver e respeitar os protocolos de utilização dos fármacos, elaborados pelo Ministério da Saúde, com a participação das associações médicas e centros universitários reconhecidos. Com isso, evita-se desperdício de recursos públicos, ocasionado por prescrições inadequadas e sem embasamento técnico-científico. A história da saúde pública no país tem demonstrado a importância dos protocolos, como no caso da tuberculose, da Aids, da malária e outras doenças já citadas.

Outro exemplo, no mesmo sentido, é o desenvolvimento das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, que exigiu a aplicação de protocolos na utilização de antibióticos intrahospitalares, que devem ser respeitados por todos os médicos da instituição.

Como continuar a desenvolver a assistência farmacêutica no SUS?

A intensificação no uso de genéricos, a avaliação dos novos fármacos, o estabelecimento de protocolos para os medicamentos de alto custo e a farmacovigilância são ferramentas imprescindíveis em nosso meio, se desejamos garantir a universalidade, a integralidade, a equidade, a racionalidade e a segurança na assistência farmacêutica no SUS.

A questão das sentenças judiciais para fornecimento de medicamentos também precisa ser objeto de reflexão. Não se pretende aqui, “culpar” o Poder Judiciário pela judicialização da política de assistência farmacêutica. Trata-se antes de procurar esclarecer as autoridades, que procuram a aplicação justa da lei, sobre os motivos pelos quais são necessários mecanismos de planejamento e de avaliação para que os gestores de saúde possam fornecer os fármacos de forma mais adequada, equitativa e segura.

Os medicamentos fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, tal como por outros órgãos do SUS, devem possuir registro na Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA/MS e devem ser distribuídos segundo indicações e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Portanto, geralmente as ações judiciais decorrem de medicamentos que não se encontram no rol dos medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde, tratando-se, habitualmente, de receitas de médicos ou serviços privados de saúde, de medicamentos de “marcas” que, muitas vezes, nem foram aprovadas em outros países e alguns, sequer, estão registrados na ANVISA.

Nestes casos, a Secretaria procura avaliar a necessidade do medicamento (indicações clínicas), a existência de alternativas com efeito semelhante e custo mais baixo. A experiência permite concluir que, na maior parte dos casos, pode-se substituir o fármaco indicado por outro medicamento padronizado.

Mesmo quando existe a necessidade de concessão por via administrativa (por não existir equivalente padronizado), a Secretaria entende que há necessidade de receita ou avaliação de órgão público do SUS.

Fique claro que não se trata de reduzir os gastos do sistema com os medicamentos, mas sim de utilizá-los de forma mais racional, permitindo a ampliação da cobertura e da variedade de medicamentos fornecidos para a população.

Urge, portanto, a discussão sobre o uso racional dos medicamentos. Tanto no caso de prescrições de medicamentos pela “marca”, apesar das normas que indicam o uso pelo princípio ativo, como naquelas que não seguem os protocolos desenvolvidos e aceitos pelo sistema, a Secretaria de Estado da Saúde vê a necessidade de revisões técnicas e éticas, nas quais o profissional, após a adequada orientação, deve ter justificativas técnicas cabíveis

para a atitude de não seguir os protocolos.

Conclusões

Toda política de Estado de carácter social tem implementação gradativa (o SUS é de 1988) e exige aumento de recursos (que sempre serão finitos) com aplicação eqüitativa (seguindo o adágio “mais para quem tem menos”).

Na assistência farmacêutica também é preciso buscar eficiência para atender mais e melhor.

Os gestores do SUS precisam unir esforços e buscar o auxílio de todos os interessados (Poderes Legislativo, Judiciário e representantes da Sociedade Civil), para criar mecanismos mais eficientes, ágeis e justos para a distribuição de medicamentos, buscando soluções factíveis e economicamente sustentáveis para o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica no Brasil.

Bibliografia consultada

- Abajo FJ. El medicamento como solución y como problema para la Salud Pública. Una breve incursión a los objetivos de la Farmacoepidemiología. Rev. Esp. Saud Pública, Vol 75, nº 4, 2001.
- Arrais PSD. O uso irracional de medicamentos e a Farmacovigilância no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5): 1478-1479, set-out, 2002.
- Barros JAC. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (2): 421-427, abr-jun, 2000.
- Barros JAC e Joany S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? Ciência e Saúde Coletiva, 7(4): 891-898, 2001.
- Coêlho HL. Farmacovigilância: um instrumento necessário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):871-875, out-dez, 1998.
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. O Brasil em números – Pesquisa Mundial de Saúde - 2003. RADIS – Comunicação em Saúde, n.º 23, RJ; 2004. p. 14 – 33.
- Madrid Y, Velásquez G & Fefer E. The economics pharmaceuticals and health sector reform in the Americas. Rev Panam Salud Pública, 3(5), 1998.
- Oliveira MA, JAZ Bemudez e ACM Souza, Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade com partilhada? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(1):99-112, jan-mar, 1999.
- Pizzol FD, Silva T, Schenkel EP. Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(1): 85-91, jan-mar, 1998.
- Velásquez G. Farmacoeconomia: ¿evaluación científica o estratégia comercial? Rev Panam Salud Publica 5 (1), 1999.

