

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS DO SUS E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: ÉTICA, TRANSPARÊNCIA E RESPONSABILIDADE INSTITUCIONAL NO CONTEXTO DAS DOENÇAS RARAS

Relationship Between Public Healthcare Physicians and the Pharmaceutical Industry: Ethics, Transparency, and Institutional Responsibility in the Context of Rare Diseases

Luiz Roberto da Silva

E-mail correspondente: luizsilva.dr@gmail.com

Data de publicação: 30 de janeiro de 2026

DOI: doi.org/10.55703/27644006060104

RESUMO

A relação entre médicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a indústria farmacêutica levanta importantes questões éticas, especialmente no contexto das doenças raras, caracterizadas por terapias de alto custo e escassez de alternativas terapêuticas. O presente estudo tem como objetivo analisar os conflitos de interesse, os desafios éticos e os mecanismos de transparência institucional envolvidos nessa relação, à luz das normativas brasileiras e internacionais. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza documental e normativa, baseado na análise de legislações, resoluções éticas, políticas públicas de saúde e literatura científica. Os resultados indicam que, embora existam instrumentos regulatórios voltados à prevenção de conflitos de interesse, ainda persistem lacunas na fiscalização e na transparência das interações entre profissionais de saúde e a indústria farmacêutica. Conclui-se que o fortalecimento dos mecanismos de controle, aliado à educação ética continuada, é essencial para garantir a integridade das decisões clínicas, a segurança do paciente e a equidade no acesso a tratamentos para doenças raras no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Ética médica; Conflito de interesse; Doenças raras; Sistema Único de Saúde; Indústria farmacêutica.

ABSTRACT

The relationship between physicians of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the pharmaceutical industry raises important ethical concerns, especially in the context of rare diseases, which are characterized by high-cost therapies and a scarcity of therapeutic alternatives. This study aims to analyze conflicts of interest, ethical challenges, and institutional transparency mechanisms involved in this relationship, in light of Brazilian and international regulations. This is a qualitative, documentary, and normative study based on the analysis of legislation, ethical resolutions, public health policies, and scientific literature. The results indicate that, although regulatory instruments aimed at preventing conflicts of interest exist, gaps in oversight and transparency in interactions between healthcare professionals and the pharmaceutical industry still persist. It is concluded that strengthening control mechanisms, combined with continuous ethical education, is essential to ensure the integrity of clinical decision-making, patient safety, and equity in access to treatments for rare diseases within the SUS.

Keywords: Medical ethics; Conflict of interest; Rare diseases; Unified Health System; Pharmaceutical industry.

INTRODUÇÃO

A interação entre médicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a

indústria farmacêutica constitui um tema sensível e de grande relevância para a ética médica, especialmente no cenário das doenças raras. Essas enfermidades, caracterizadas por baixa prevalência e alto custo terapêutico, frequentemente demandam medicamentos inovadores, muitos ainda em fases iniciais de incorporação ao sistema público de saúde.

A influência da indústria farmacêutica sobre prescrições médicas, diretrizes clínicas e políticas públicas pode gerar conflitos de interesse que afetam a autonomia profissional, a segurança do paciente e a sustentabilidade do SUS. Nesse contexto, torna-se fundamental analisar os limites éticos dessas relações, bem como os mecanismos de transparência e responsabilidade institucional adotados no Brasil.

Este estudo busca discutir os impactos da relação médico-indústria no tratamento de doenças raras, considerando o arcabouço normativo brasileiro e experiências internacionais, especialmente no que diz respeito ao controle de conflitos de interesse e à proteção dos direitos dos pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza documental e normativa, baseado na análise de legislações, resoluções éticas, documentos institucionais e literatura científica relacionada à ética médica, conflitos de interesse, indústria farmacêutica e doenças raras.

Foram analisados documentos como o Código de Ética Médica, resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), diretrizes do SUS, além de legislações internacionais, como o Sunshine Act. A análise foi realizada por meio de abordagem interpretativa, buscando identificar princípios éticos, responsabilidades institucionais e impactos na prática clínica.

MARCO NORMATIVO E REGULAÇÃO DOS CONFLITOS DE INTERESSE NA SAÚDE

Marco normativo brasileiro sobre conflitos de interesse

A relação entre médicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a indústria farmacêutica é regulada por um conjunto de normas éticas e legais que visam garantir a transparência, a integridade profissional e a proteção do interesse público. Entre os principais instrumentos normativos destacam-se o Código de Ética Médica, as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), a legislação federal sobre conflitos de interesse e as diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Apesar da existência desse arcabouço regulatório, observa-se, em eventos científicos e atividades educacionais, que a obrigatoriedade de declaração de conflitos de interesse frequentemente é cumprida de forma meramente formal. Em muitos casos, os palestrantes apresentam slides com referências às normas vigentes, como a RDC nº 96/2008 da ANVISA, a Resolução CFM nº 1.595/2000 e o Código de Ética Médica, porém com leitura inviável, tempo insuficiente e ausência de contextualização para o público.

Essa prática esvazia o propósito ético e pedagógico das declarações de

conflito de interesse, cujo objetivo é assegurar a transparência, preservar a autonomia crítica da audiência e mitigar possíveis influências comerciais sobre o conteúdo científico. Ao reduzir esse procedimento a um ato protocolar, perde-se uma oportunidade relevante de fortalecimento da educação ética e da consolidação de uma cultura profissional baseada na responsabilidade, na integridade e na proteção do interesse do paciente.

Esse cenário assume especial relevância para médicos jovens, residentes e profissionais em formação que atuam no SUS, para os quais a transparência não deve ser compreendida como um detalhe acessório, mas como componente essencial dos princípios da beneficência, da não maleficência, da justiça e da autonomia, pilares fundamentais da prática médica e da confiança social na ciência.

O marco normativo brasileiro tem evoluído progressivamente nesse campo. O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) estabelece que o interesse do paciente deve prevalecer sobre interesses econômicos, corporativos ou institucionais. Em 2024, a Resolução CFM nº 2.386 ampliou as exigências de transparência nas relações entre médicos

e empresas do setor saúde, aproximando o Brasil de modelos internacionais de regulação ética.

Sunshine Act e transparência internacional

No contexto internacional, destaca-se o Physician Payments Sunshine Act, aprovado nos Estados Unidos em 2010 e operacionalizado a partir de 2014. Essa legislação obriga empresas farmacêuticas e fabricantes de dispositivos médicos a declararem publicamente todos os pagamentos, benefícios e transferências de valor concedidos a médicos e hospitais de ensino.

As informações são consolidadas no Open Payments Database, gerenciado pelo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), permitindo acesso público e controle social. O objetivo não é criminalizar a relação entre médicos e indústria, mas reconhecer seu potencial risco ético e estabelecer mecanismos de transparência ativa, tornando essas interações visíveis, auditáveis e socialmente confiáveis.

Evidências indicam que o Sunshine Act ampliou a visibilidade das relações financeiras no setor saúde, fortaleceu práticas mais responsáveis e contribuiu

para o aumento da confiança pública nas decisões clínicas e científicas.

Brasil e Estados Unidos: aproximações e diferenças regulatórias

No Brasil, não existe uma lei federal específica equivalente ao Sunshine Act. A regulação dos conflitos de interesse é fragmentada e distribuída entre diferentes instrumentos, como o Código de Ética Médica, a Resolução CFM nº 2.386/2024, a Lei Federal nº 12.813/2013, normativas da ANVISA e políticas internas de ética e integridade da Rede EBSERH.

A abordagem brasileira é predominantemente ético-normativa, com foco na responsabilidade individual e institucional, sendo a transparência fortemente dependente de autorregulação e de exigências profissionais.

Nos Estados Unidos, por outro lado, há uma legislação federal específica e sistemática. A obrigação de registro recai sobre as empresas, e não sobre os médicos. A lei abrange pagamentos diretos e indiretos, incluindo honorários, viagens, custeio educacional, pesquisas, royalties e participação financeira. As informações são públicas, auditáveis e inseridas em uma política de caráter preventivo, educativo e não punitivo.

ANVISA e a perspectiva regulatória sanitária

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária dispõe de normativas específicas voltadas à prevenção e à gestão de conflitos de interesse entre seus agentes públicos, fundamentadas na legislação federal vigente. O Código de Ética dos Servidores da ANVISA reforça princípios como integridade, transparência e defesa do interesse público.

Embora essas diretrizes sejam direcionadas prioritariamente à atuação institucional, elas dialogam diretamente com o campo assistencial ao evidenciar que decisões em saúde devem ser protegidas de interferências comerciais, especialmente em contextos de alta complexidade tecnológica e terapêutica, como ocorre nas doenças raras.

Rede EBSERH, HC-UFG e responsabilidade institucional

A Rede EBSERH possui Código de Ética e Conduta que estabelece compromissos com integridade, probidade administrativa, transparência e defesa do interesse público. No contexto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFG/EBSERH), em consolidação como

Serviço de Referência em Doenças Raras (SRDR), essa dimensão assume relevância ampliada.

A vulnerabilidade dos pacientes, o uso de terapias de altíssimo custo e as pressões assistenciais, judiciais e mercadológicas tornam a gestão ética dos conflitos de interesse não apenas uma exigência normativa, mas um dever institucional e moral.

DISCUSSÃO

Conflito de interesse como risco ético

O conflito de interesse não deve ser confundido com desonestidade. Trata-se de uma situação de risco ético que exige reconhecimento, declaração e gestão adequada. A relação entre indústria, ciência e assistência pode ser legítima quando orientada por critérios éticos claros, supervisão institucional e compromisso inequívoco com o interesse público.

No contexto das doenças raras, onde há escassez de alternativas terapêuticas e elevado custo dos tratamentos, o risco de influência indevida torna-se ainda mais sensível. A proteção da autonomia médica e da segurança do paciente

depende de mecanismos eficazes de transparência e regulação.

Transparência e confiança social

No cenário contemporâneo do SUS, não basta que as decisões sejam tecnicamente corretas; elas precisam ser compreensíveis, auditáveis e socialmente confiáveis. A transparência protege o médico, fortalece as instituições, qualifica as políticas públicas e preserva a confiança da sociedade na ciência e na prática médica.

A adoção de mecanismos mais robustos de divulgação de conflitos de interesse, aliados à educação ética continuada, representa um caminho essencial para fortalecer a integridade do sistema de saúde e garantir que o cuidado ao paciente permaneça no centro das decisões clínicas e institucionais.

CONCLUSÃO

A gestão adequada de conflitos de interesse não ameaça a medicina; ao contrário, fortalece-a eticamente e institucionalmente. Transparência ativa, responsabilidade profissional e compromisso público reafirmam a missão do SUS: proteger a vida, a dignidade humana e o interesse coletivo. Em

serviços estratégicos como o SRDR, isso não é apenas uma exigência normativa, constitui exigência ético-moral.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: CFM; 2018.
2. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.386, de 2024**. Dispõe sobre a transparência nas relações entre médicos e empresas do setor da saúde. Brasília: CFM; 2024.
3. Brasil. **Lei nº 12.813, de 16 de maio de 2013**. Dispõe sobre o conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego do Poder Executivo Federal. Diário Oficial da União; 2013.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Norma sobre prevenção e gestão de conflitos de interesse**. Brasília: ANVISA; 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: 25 dez 2025.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 141, de 2003**. Dispõe sobre propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. Brasília: ANVISA; 2003.
6. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Código de Ética e Conduta da EBSERH**. Brasília: EBSERH; 2020.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Brasília; 2014.
8. Massud M. **Conflitos de interesse na medicina: desafios éticos contemporâneos**. Rev Bioética. 2010;18(1):15–25.
9. Souza RP. **Ética médica e relações com a indústria farmacêutica**. Rev Bioética. 2013;21(1):45–53.
10. Ross JS, Hill KP, Egilman DS, Krumholz HM. **The pharmaceutical industry's influence on physicians: ethical implications**. JAMA. 2013;309(10):1001–1002.
11. Centers for Medicare & Medicaid Services. **Open Payments Program Data Summary**. 2024. Disponível em: <https://openpaymentsdata.cms.gov>. Acesso em: 25 dez 2025.
12. Shrunk WH, Choudhry NK, Agnew-Blais J, Federman AD, Liberman JN, Liu J, et al. **Physician perceptions of pharmaceutical industry influence on prescribing**. Arch Intern Med. 2011;171(16):1583–1588.
13. Yeh JS, Franklin JM, Avorn J, Landon J, Kesselheim AS. **Association of industry payments to physicians with the prescribing of brand-name drugs**. JAMA Intern Med. 2016;176(6):763–768.
14. Pham-Kanter G, Mello MM, Lehmann LS, Campbell EG. **Disclosure of payments to physicians from industry**. J Gen Intern Med. 2017;32(7):767–774.