



**RSC - REQUERIMENTO SUBCOMISSÃO 4/2015 DE
19/10/2015**

Promovente:

Ver. ANIBAL DE FREITAS FILHO (PV)

Ementa:

CRIA SUBCOMISSÃO TEMPORÁRIA COM O OBJETIVO DE ANALISAR DE FORMA CRÍTICA O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA NO CAMPO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE.

Observações:

VOLUME I

ARQUIVADO



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

VEREADOR ANIBAL DE FREITAS

Forma nº 01 do proc
Nº 37 - 48 de 15
Adeina Clu - A. Parlamentar
RF 100 406

REQUERIMENTO Nº 04/2015

48/2015

RSC

4/2015

Com fundamento no artigo 55, II, do Regimento Interno desta Casa, serve o presente para requerer ao digníssimo Presidente desta douta Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho, Idoso e Mulher a constituição de Subcomissão Temporária, formada por 03 (três) membros, com o objetivo específico de analisar de forma crítica o processo crescente de medicalização da vida cotidiana no campo da educação e da sociedade.

Atualmente a medicalização da vida cotidiana vem provocando uma verdadeira "epidemia" de diagnósticos, um processo por meio do qual são deslocados para o campo médico problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos, e assim, transforma sensações físicas ou psicológicas normais em sintomas de doenças.

O prazo de vigência sugerido para a mencionada Subcomissão Temporária é 90 (noventa) dias, prorrogáveis pelo mesmo período.

Sala das Sessões, 31 de setembro de 2015.

[Handwritten signature]
07 10 15

[Handwritten signature]
ANIBAL DE FREITAS
Vereador

[Handwritten signature]
RECEBIDO
Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho e Mulher

Em 01.10.2015 às 18:10

[Handwritten signature]
Ana Lúcia de O. Sousa
RF. 100.823 - SGP-12

Segue(m) juntado(s), nesta data,

documento(s) sob nº

— 2 —

sob nº 2 20.10.15...

Ass: 



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Do processo n.º 37-4*/15 20-10-15

Papel para informação, rubricado como folha nº 02

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

À SGP-22 – Senhor Supervisor,

Em atendimento ao Requerimento de autoria do Nobre Vereador Anibal de Freitas, aprovado na Reunião Ordinária da Comissão em epígrafe em 07 de outubro de 2015, solicito a realização de autuação do mesmo, para que seja criada a Subcomissão para Analisar de Forma Crítica o Processo Crescente de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade e posterior encaminhamento à Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher.

São Paulo, 19/10/2015

João Carlos Dias Chaves

Supervisor de Equipe da Secretaria das Comissões Permanentes do Processo Legislativo – SGP12

07/02/2015 - 15:39 - 001532 - 2/2

Comissão de:
SAÚDE
21/10/2015
[Signature]
Jader Augusto Pimenta
Supervisor - SGP. 22
RF 10.860

RECEBIDO SGP.
EM *21/10/15*
Roberto Cassio Gonçalves
Operador de Computador
RF. 01.132

que _____ juntado _____, nesta data, documento(s)
papel de informação rubricado _____ sob folha(s)
03 a 10 Em 02/10/17

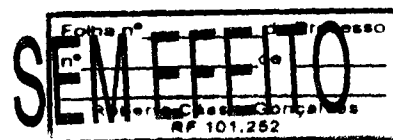
[Signature]
Inácio Veiga
RF. 11.132-SGP.12

Segundo(s) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob nº(s)
_____ folha de informação
sob nº(s) _____
SEM EFETO
SEM EFETO
Roberto Cassio Gonçalves
Assistente Administrativo
RF 10.132 - SGP.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



Folha nº 03 do Proc.
Nº 33 - 04 de 20 15

Inácio Veiga
RF. 11.132-SGP-12

São Paulo, 27 de outubro de 2015.

Memo CSPSTM 092/2015

Senhor(a) Vereador(a),

Tendo em vista o requerimento nº 46/2015 de autoria do Vereador **Anibal** de Freitas aprovado na reunião ordinária do dia 07 de outubro pp., pelo qual **requer** a criação de Subcomissão para **“ANALISAR DE FORMA CRÍTICA O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA NO CAMPO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE”**, **convoco** Vossa Excelência para a Reunião de Instalação da subcomissão, que ocorrerá no Salão Nobre, 8º andar desta Edilidade, às **12h30 do dia 28 de outubro de 2015** (quarta-feira), tendo como pauta a eleição do **Presidente**, vice-presidente e deliberações quanto aos trabalhos da Subcomissão.

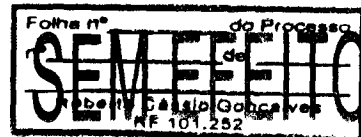
Atenciosamente,

Ver. Natalini

Presidindo nos termos do artigo 43, caput, do Regimento Interno



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO



Folha nº 04 do Proc.
Nº 37-04 de 20 15

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER *Inácio Veiga*
RF. 11.132-SGP-12

Recibo (27/10/2015)

convoco para a Reunião de Instalação da subcomissão, que ocorrerá no Salão Nobre, 8º andar desta Edilidade, às **12h30** do dia **28 de outubro de 2015** (quarta-feira), tendo como pauta a eleição do Presidente, vice-presidente e deliberações quanto aos trabalhos da Subcomissão.

DESTINATÁRIO	RECEBIDO POR	RF	DATA/HORA
AMBAL DE FREITAS - PSDB (04º andar)	<i>Ribica</i>	0260831	27/10 16:16
CALVO - PMDB (07º andar)	<i>Tulio</i>	7975445	16:12 h 27/10/15
NATALINI - PV (04º andar)	<i>Terezinha</i>	25814	27/05 16:14
NETINHO DE PAULA - PDT (05º andar)	<i>Clauemir de Paula</i>	132294	27/10/15 16:33
NOEMI NONATO - PROS (11º andar)	<i>Jeff</i>	29574	27/10/15 16:09
PATRICIA BEZERRA - PSDB (03º andar)	<i>Maísa</i>	5975861	27/10/15
WADIH MUTRAN - PP (04º andar)	<i>W</i>	230021	27/10/15
Consultoria (sala 211 - 2º andar)	<i>Ilce</i>	5287 -	27/10/15
Procuradoria (sala 1219 - 12º andar)	<i>Faice</i>	10869	27/10/15 16:10 h

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher
Lista de Presença

Folha nº 05 do Proc.
Nº 37-04 de 20 15

Inácio Veiga
RF. 11.132-SGP-12

1ª Reunião de Instalação de Subcomissão

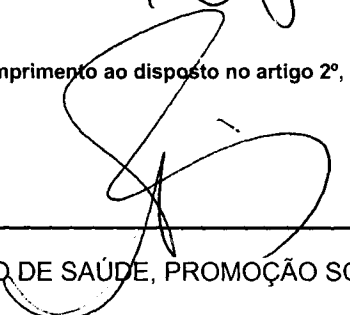
Data da Reunião: **28/10/2015** - Horário: **12:30** - Local: **Salão Nobre Presidente João Brasil Vita - 8º andar**

Ver. ANIBAL DE FREITAS FILHO (PSDB)

Ver. NATALINI (PV)

Ver. PATRÍCIA BEZERRA (PSDB)

À Presidência da Mesa, em cumprimento ao disposto no artigo 2º, parágrafos 1º e 2º, do Ato 654/99.



PRESIDENTE DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Extrapauta

1) REQ. SAUDE 1/2015	Ver. ANIBAL DE FREITAS FILHO (PSDB)
Data do Requerimento: 28/10/2015	

REQUEIRO, a essa douta Subcomissão de Medicalização, que seja aprovado o convite ao Exmo. Sr. Alexandre Padilha, Secretário Municipal de Saúde a participar da reunião sobre Medicalização, que será realizada dia 19 de Novembro de 2015, na Sala Tiradentes às 13h. REQUEIRO ainda, que sejam convidadas todas as Secretárias que diretamente interferem nesta questão.

Sala da Comissão de Saúde, em 28 de Outubro de 2015.

Vereador

Aníbal de Freitas

Folha nº 06 do Proc.
Nº 37-04 de 20 15

Inácio Veiga
RF. 11.132-SGP-12

Votação			
	Favor	Contra	Abst.
Ver. ANIBAL DE FREITAS FILHO (PSDB)	.	.	.
Ver. NATALINI (PV)	.	.	.
Ver. PATRÍCIA BEZERRA (PSDB)	.	.	.

2) REQ. SAUDE 2/2015	Ver. ANIBAL DE FREITAS FILHO (PSDB)
Data do Requerimento: 06/11/2015	

REQUEIRO, a essa douta Subcomissão de Medicalização, que seja aprovado o convite ao Exmo. Sr. Alexandre Padilha, Secretário Municipal de Saúde a participar da reunião sobre Medicalização, que será realizada dia 19 de Novembro de 2015, na Sala Tiradentes às 13h. REQUEIRO ainda, que sejam convidadas todas as Secretárias que diretamente interferem nesta questão.

Sala da Comissão de Saúde, em 28 de Outubro de 2015.

Vereador

Aníbal de Freitas

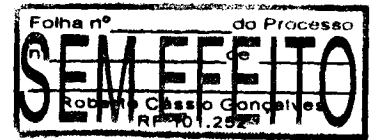
Votação			
	Favor	Contra	Abst.
Ver. ANIBAL DE FREITAS FILHO (PSDB)	.	.	.
Ver. NATALINI (PV)	.	.	.
Ver. PATRÍCIA BEZERRA (PSDB)	.	.	.

INSTALAÇÃO DE SUBCOMISSÃO TEMPORÁRIA PARA ANALISAR SOBRE PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO

REQUERIMENTO Nº 46/2015 DE AUTORIA DO VEREADOR ANIBAL DE FREITAS APROVADO NA REUNIÃO ORDINÁRIA REALIZADA EM 07 DE OUTUBRO DE 2015, QUE CRIA A SUBCOMISSÃO TEMPORÁRIA COM O OBJETIVO DE ANALISAR DE FORMA CRÍTICA O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA NO CAMPO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**



Folha nº 07 do Proc.
Nº 37-04 de 2015

Inácio Veiga
RF. 11.132-SGP-12

01
REQUERIMENTO Nº 06/2015

Senhor Presidente da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher.

REQUEIRO, a essa douta **Subcomissão de Medicalização**, que seja aprovado o convite ao **Exmo. Sr. Alexandre Padilha, Secretário Municipal de Saúde** a participar da reunião sobre **Medicalização**, que será realizada dia **19 de Novembro de 2015, na Sala Tiradentes às 13h.**

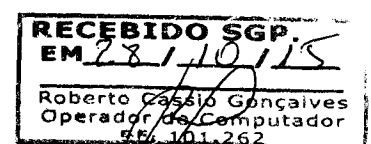
REQUEIRO ainda, que sejam convidadas todas as Secretárias que diretamente interferem nesta questão.

Sala da Comissão de Saúde, em 28 de Outubro de 2015.

Vereador

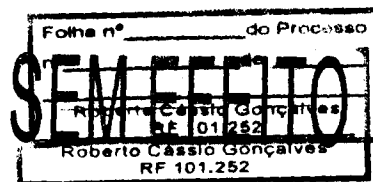
Aníbal de Freitas

28 10 15





**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**



02
REQUERIMENTO Nº 07/2015

Folha nº 08 do Proc.
Nº 37-04 de 2015
Inácio Veiga
RF. 11.132-SGP-12

Senhor Presidente da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher.

REQUEIRO, a essa douta **Subcomissão de Medicalização**, que seja aprovado o convite ao **Exmo. Sr. Rui Harayama**, representante do Fórum de Medicalização a participar da reunião sobre **Medicalização**, que será realizada dia **19 de Novembro de 2015**, na **Sala Tiradentes às 13h**.

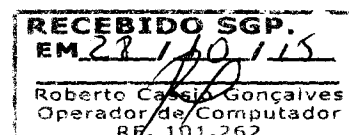
REQUEIRO ainda, que sejam convidadas todas as Secretárias que diretamente interferem nesta questão.

Sala da Comissão de Saúde, em 28 de Outubro de 2015.

Vereador

Aníbal de Freitas

28 10 15





ATA DA REUNIÃO DE INSTALAÇÃO DA SUBCOMISSÃO CUJO OBJETIVO É DE “ANALISAR DE FORMA CRÍTICA O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA NO CAMPO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE” NO ANO DE DOIS MIL E QUINZE. TERCEIRA SESSÃO LEGISLATIVA DA DÉCIMA SEXTA LEGISLATURA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO.

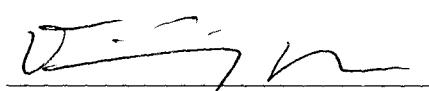
Ao vigésimo oitavo dia do mês de outubro de 2015, às doze horas e trinta minutos, no Salão Nobre Presidente João Brasil Vita, reuniu-se a Subcomissão, sob a presidência do vereador Natalini (PV), com a presença dos vereadores Aníbal de Freitas Filho (PSDB), e da vereadora Patrícia Bezerra (PSDB). De acordo com o Artigo 43 do Regimento Interno, o Presidente Vereador Natalini (PV), informou que a reunião estava sendo transmitida pelo site da Câmara no endereço www.camara.sp.gov.br link auditório online onde cumpriu o ritual de instalação colocando a votos a eleição do Presidente do Vice-Presidente e da Relatoria. A Subcomissão ficou assim composta: Presidente Vereador Aníbal de Freitas Filho, Vice-Presidente, Vereador Natalini (PV) e como Relatora, a Vereadora Patrícia Bezerra. Após a abertura e a votação o Vereador Natalini passou a Presidência ao Vereador eleito, Aníbal de Freitas Filho (PSDB), onde, durante os trabalhos leu e aprovou a inclusão de dois Requerimentos; um convidando o Exmo. Sr. Secretário da Saúde e outro convidando o Sr. Rui Harayama para a Reunião desta Subcomissão a ser realizada no dia 19 de novembro as 13 horas na Sala Tiradentes. Ambos Requerimentos foram aprovados. Não havendo mais nada a ser tratado o presidente encerrou a reunião. E, para constar, eu, Roberto Cassio Gonçalves, lavrei a presente ata que, lida e achada conforme, segue assinada pelos membros presentes e por mim subscrita.

Aníbal de Freitas Filho – (PSDB) _____

Natalini – (PV) _____

Patrícia Bezerra – (PSDB) _____


Roberto Cassio Gonçalves
Secretário


Vinícius Moreira do Nascimento
Secretário

Folha nº 09 do Proc.
Nº 32-04 de 20 15
Inácio Veiga
RF. 11.132-SGP-12

Fls. do Livro de Atas

Inácio Veiga
RF. 11.132-SGP-12

**ATA DA REUNIÃO DE INSTALAÇÃO DA SUBCOMISSÃO CUJO OBJETIVO É DE
“ANALISAR DE FORMA CRÍTICA O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA
NO CAMPO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE” NO ANO DE DOIS MIL E DEZESSEIS.
QUARTA SESSÃO LEGISLATIVA DA DÉCIMA SEXTA LEGISLATURA DA CÂMARA
MUNICIPAL DE SÃO PAULO.**

Aos vinte e três dias do mês de março do ano de dois mil e dezesseis, às treze horas e trinta minutos, no Salão Nobre Presidente João Brasil Vita, reuniu-se a Subcomissão, sob a presidência do Vereador Aníbal de Freitas Filho (PSDB) e com a presença dos vereadores membros Calvo (PMDB), Noemi Nonato (PROS), Patrícia Bezerra (PSDB) e Vavá (PT). O presidente informou que a reunião estava sendo transmitida pelo site da Câmara no endereço www.camara.sp.gov.br, link “Auditórios Online”. Informou, também, que, na 3ª Reunião Ordinária da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, ficaram aprovadas as seguintes indicações: Vereador Aníbal de Freitas para Presidente, Vereadora Patrícia Bezerra para Vice-Presidente e Vereador Vavá para relator. Não havendo mais nada a ser tratado o Presidente encerrou a reunião. E, para constar, nós, Vera Nice Rodrigues e Vinícius Moreira do Nascimento, lavramos a presente ata que, lida e achada conforme, segue assinada pelos membros presentes e por mim subscrita.

Calvo (PMDB) _____

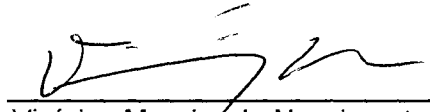
Aníbal de Freitas (PSDB) _____

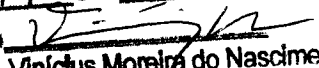
Noemi Nonato (PROS) _____

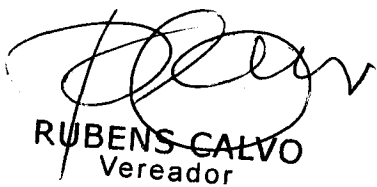
Patrícia Bezerra (PSDB) _____

Vavá (PT) _____

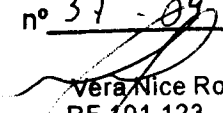

Vera Nice Rodrigues
Secretária


Vinícius Moreira do Nascimento
Secretário

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 07 / 04 / 16
Pág. 111 Col. 2
Conferido 
Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.261


RUBENS CALVO
Vereador

Segue 11 juntado 2, nesta data documento(s)
e papel de inviar 1 em 1 folha(s)
nº 11a/50/57/04 10 29
Vera Nice Rubens
RF. 101.123 - Assistente Parlamentar


Vera Nice Rodrigues
RF 101.123 - SGP-12

RELATÓRIO 2016

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER
Subcomissão Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Expediente

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Composição

Presidente: Vereador Calvo

Vice-presidente: Vereadora Patrícia Bezerra

Vereador Aníbal de Freitas

Vereador Jamil Murad

Vereadora Noemi Nonato

Vereador Vavá

Vereador Wadih Mutran

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Composição:

Presidente: Vereador Aníbal de Freitas

Relator: Vereador Vavá

Vereador Calvo

Vereadora Noemi Nonato

Vereadora Patrícia Bezerra

Acompanhamento técnico:

Consultoria as Comissões das Áreas Sociais (SGP 52)

Consultores técnicos legislativos: Allan Rodrigues Dias

Maria Alice Santos Bueno

Monica Lilia Vigna Silva Grippo

Secretaria:

Equipe de Secretaria das Comissões do Processo Legislativo (SGP 12):

Secretaria (o): Vera Nice Rodrigues

Vinícius Moreira do Nascimento

Capa: Centro de Comunicação institucional / Equipe de Comunicação (CCI 3)

Pesquisa Legislativa: Secretaria de Documentação (SGP 3)



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

SUMÁRIO

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES	3
Apresentação	3
Relato das sessões técnicas	8
19 de novembro de 2015 – Apresentação e considerações sobre o processo de medicalização da vida cotidiana, no campo da educação e da sociedade.....	8
02 de março de 2016 - Infância, adolescência e medicalização: Educação/Pedagogia e medicalização.	20
13 de abril de 2016 - Judicialização do direito a saúde – solicitação judicial de medicamentos	39
27 de abril de 2016 - Conselhos profissionais da área da saúde e ações em relação à medicalização.	61
18 de maio de 2016 - Avaliação de novas tecnologias em saúde e a inclusão de novos medicamentos.	68
01 de junho de 2016 - Práticas complementares como promotoras de saúde mental.....	83
29 de junho de 2016 - Práticas Complementares como Promotoras de Saúde e Opções Terapêuticas.....	109
Considerações finais.....	118
Considerações Finais.....	118
Sugestões de Encaminhamentos desta Subcomissão	122
Anexos.....	125

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher
Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES

Apresentação

O Requerimento e a subsequente Instalação da “Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e Sociedade” foram desencadeados em decorrência de manifestações de organizações profissionais do campo da saúde junto a esta Casa Legislativa. Essas ações se reportavam ao Projeto de Lei em tramitação relacionado a “distúrbios de aprendizagem” e a “indicação de equipe de saúde para diagnóstico e prescrição de medicamentos” e que tomava como eixos orientadores critérios técnicos carentes de consenso junto à comunidade acadêmica.

Diversas entidades que compõe o Fórum sobre Medicalização da Educação e Sociedade foram signatárias de abaixo assinado protocolado nesta Comissão em março de 2015¹, no qual se posicionavam contrárias ao Projeto de Lei em tramitação que dispunha sobre a criação de “Programa de Identificação e Tratamento da Dislexia na Rede Municipal de Ensino”. Estas solicitavam a possibilidade “de que o contraditório pudesse ser ouvido no Plenário da Câmara Municipal de São Paulo”, em nome dos preceitos democráticos e de participação da sociedade civil, e a dar voz às entidades para manifestação contrária ao Projeto de Lei que buscava estabelecer uma política pública equivocada, na avaliação das entidades signatárias, estas das áreas de Educação, Psicologia e Fonoaudiologia, as quais entendem ser de sua responsabilidade manifestar e se posicionar contrariamente a projetos que insiram no campo da educação mecanismos de avaliação contemplados na área da saúde.

Esta demanda constitui-se em retomada de uma mobilização que já no ano de 2009 havia sido elencada na Câmara Municipal de São Paulo. Em 21 de setembro do referido ano, foi realizado, nesta Edilidade, o **Seminário Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas**, que tinha como objetivo levar ao conhecimento do legislativo municipal e estadual paulista a polêmica que envolve o diagnóstico e o tratamento dos denominados transtornos ou distúrbios de aprendizagem, sendo este debate estendido

¹ Anexo 1



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

também aos profissionais das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social e à população em geral.

Este encontro foi uma iniciativa da Câmara Municipal de São Paulo, do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, do Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo e do Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, com apoio das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação.

O Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo publicou em 2010 o Caderno Temático – Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas (CRPSP, 2010)² que em sua apresentação esclarece:

A Dislexia tem sido introduzida no meio educacional como justificativa da dificuldade que certas crianças apresentam no processo de aprendizagem de leitura e escrita. Em decorrência disso, tem fomentado uma série de práticas, nos campos da Saúde e da Educação, de acompanhamento e de atendimento à infância e à adolescência. Assim, tornou-se comum a escola orientar pais e responsáveis por alunos que apresentam dificuldades em seu processo de escolarização a procurar meios para diagnóstico e tratamento de supostos distúrbios de aprendizagem, entre eles, a dislexia.

Os legisladores, sensíveis às demandas sociais, passaram, então, a propor leis pra garantir a identificação precoce da Dislexia na rede pública e o encaminhamento das crianças ao sistema de Saúde. Pouco se conhece, entretanto, sobre os questionamentos a essas formas de conceber e intervir sobre as dificuldades de escolarização, que nos últimos vinte anos foram formulados em diversas áreas de conhecimento, tais como Medicina, Psiquiatria, Psicologia, Educação e Linguística.

Os que buscam a construção de políticas públicas que de fato respondam às finalidades de uma escola democrática e de qualidade não podem ignorar esses questionamentos. (CRP, 2010)

A Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher (CSPSTM), vigente nesta legislatura, em observância à grande mobilização civil em torno deste tema, que se constitui em importante constatação e denúncia do aumento vertiginoso de consumo de determinados medicamentos, o que vem se convencenando denominar medicalização, promoveu Audiência Pública em 16 de setembro de 2015, com a participação de representantes do Fórum de Medicalização, do Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRPSP), do Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFa), Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Secretaria Municipal de Saúde

² Conselho Reg. de Psicologia de SP (org). Dislexia: subsídios para políticas públicas / Conselho Reg. de Psicologia da 6ª Região – SP: CRPSP, 2010.
http://www.crpssp.org.br/medicalizacao/arquivos/caderno_8.pdf

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

e da Secretaria Municipal de Educação, evento no qual a seguinte definição sobre o termo “medicalização” foi apresentada:

“processo em que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo.”

O mesmo grupo apresentou, com o intuito de melhor diferenciar os conceitos, a seguir:

Medicar: tratar com medicamentos; aplicar remédios; prescrever medicamento; tomar remédios.

Medicamentarizar: usar medicamento de forma abusiva.

Medicalizar: processo que transforma questões políticas e sociais em individuais, sobretudo de ordem biológica.

Em face desta demanda, e tomando tal fenômeno enquanto tentativa de aplacar questões sociopolíticas ao interpretá-los como problemas de ordem individual e, sobretudo, de natureza biológica, se propôs a formação desta subcomissão que tem como objetivo geral abordar a questão denunciada como medicalização no âmbito do município, e como objetivo específico a contribuição que esta casa legislativa pode oferecer com o intuito de disseminar informações e ainda, no que tange à sua especificidade, em relação à produção legislativa afeta ao tema.

Em 19 de outubro de 2015, o Vereador Aníbal de Freitas Filho, membro da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, solicitou a constituição da Subcomissão Temporária, através da RSC 4/2015, tendo por objetivo “analisar de forma crítica o processo de medicalização da vida cotidiana no campo da Educação e da Sociedade”.

Aprovada, a subcomissão foi instalada em 28/10/15, tendo como proposta de atuação:

- a. Realização de uma série de debates, trazendo profissionais externos à Casa que trarão para cá suas perspectivas acerca dos temas correlatos;
- b. Produção legislativa desta Casa de Leis voltada à atenção a saúde e medicalização;
- c. Sistematização das informações trazidas sob a forma de relatório dos trabalhos.



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Os Vereadores de sua composição primeira foram o Vereador Aníbal de Freitas, como Presidente; na Vice Presidência o Vereador Natalini e na Relatoria a Vereadora Patrícia Bezerra. No ano de 2016 e em função de alterações na composição da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, que promove esta subcomissão, passou a ter a seguinte composição: Presidente - Vereador Aníbal de Freitas, Vice Presidente - Vereadora Patrícia Bezerra, Relator – Vereador Vavá. Na condição de componente contou também com o Vereador Rubens Calvo e a Vereadora Noemi Nonato.

Após a audiência pública de 16 de setembro de 2015, que inspirou e demonstrou a necessidade de se conhecer mais sobre o fenômeno da medicalização, foram identificados temas que se demonstraram necessários e viáveis para contribuir no entendimento da questão e posterior encaminhamento de sugestões que venham a dar conta de oferecer maior visibilidade ao tema, bem como a ampliação do seu debate.

Para tanto, a estratégia geral foi delimitar os temas e transformar cada um deles como um eixo central para a organização de uma mesa, convidando pelo menos duas pessoas identificadas como conhecedoras deste eixo central, devidamente contextualizado em relação ao fenômeno da medicalização, para realizar uma breve apresentação e disposição para debate.

Foram realizadas oito (08) reuniões técnicas ao todo que trataram dos seguintes eixos centrais:

- a. Iatrogenia e a perspectiva do uso abusivo de medicamentos;
- b. Infância e adolescência medicalizada;
- c. Farmacovigilância – vigilância em relação à dispensação de medicamentos por equipamentos públicos;
- d. Acesso a determinados medicamentos através de ações judiciais;
- e. Ação dos conselhos profissionais da área da saúde em relação ao tema;
- f. Incorporação de novos medicamentos a serem disponibilizados à população através de equipamentos públicos de saúde;
- g. Terapêuticas alternativas e saúde mental; e,
- h. Terapêuticas alternativas em saúde pública e medicalização.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

De maneira geral, as reuniões atingiram seus objetivos, na medida em que se trouxe para esta Casa Legislativa uma perspectiva relacionada ao debate sobre o uso de medicamentos, algo muito pouco disseminado, como por exemplo:

- ✓ que estes podem causar doenças ou agravos à saúde dos pacientes quando usados indevidamente;
- ✓ que estes podem mascarar doenças e serem indicados a partir de interesses da indústria farmacêutica;
- ✓ de que forma o poder público está organizado para a dispensação de medicamentos, como uma política pública de saúde para a população;
- ✓ informações sobre as questões relacionadas a atuação do poder judiciário no que diz respeito ao direito à saúde;
- ✓ informações sobre o processo administrativo adotado para a incorporação de novas tecnologias nas políticas públicas de saúde;
- e,
- ✓ a importância que há na manutenção da saúde, bem como estratégias alternativas para o enfrentamento de doenças e agravos à saúde.

Assim, este relatório foi estruturado no relato de cada uma das sessões técnicas realizadas. Tais relatos, como seguem, são resultado de edição dos registros transcritos (notas taquigráficas da sessão – em anexo) de cada participação, fundamentalmente das falas dos palestrantes convidados. Desta forma, o texto resumo do palestrante convidado deve ser lido como sendo a sua própria fala/participação.



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Relato das sessões técnicas

19 de novembro de 2015 – Apresentação e considerações sobre o processo de medicalização da vida cotidiana, no campo da educação e da sociedade.

Composição da mesa: Padre João Inácio, da Arquidiocese de São Paulo; Cibele Siqueira, do Conselho Regional de Fonoaudiologia; Rui Harayama, do Forum da Medicalização da Educação e da Sociedade, José Rubens de Alcântara Bonfim, Arnaldo Ribeiro dos Santos, do Sindicato dos Professores e Funcionários Municipais (APROFEN); Maria Rosinete, do Conselho Regional de Psicologia, Dra. Isabel do Amaral Sampaio Castro, Promotora de Justiça da Infância e Juventude do Ministério Público de São Paulo.

Palestrantes: Rui Massato Harayama - Mestre em Antropologia Social pelo Programa de Pós-graduação de Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGAN-UFMG - 2011). Bacharel e Licenciado em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP - 2008). Desenvolve pesquisa sobre o Sistema CEP-CONEP – Conselho Nacional de Saúde, regulação da pesquisa científica e da ética profissional, ciência, direitos humanos, políticas públicas e medicalização. Fórum sobre Medicalização da Educação e Sociedade.

José Rubens de Alcântara Bonfim - Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1973), Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da SES-SP (2006) e doutor pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2015). Analista de Saúde (médico) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Médico III da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas Farmacêuticas, atuando principalmente em: assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia, direitos humanos e acesso a fármacos, ética da pesquisa e avaliação de tecnologias de saúde. Coordenador-executivo da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME).

Dra. Isabel do Amaral Sampaio Castro, Promotora de Justiça da Infância e Juventude do Ministério Público de São Paulo.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

“Falar de medicalização é falar sobre uma série de outros medicamentos e outras influências, outras tensões, que estão no cotidiano da sociedade.”

“Há algo além do efeito de um fármaco.”

O Sr. Rui inicia sua palestra agradecendo e pontuando a importância da Subcomissão, dessa aproximação que começa a ser construída para criar canais de diálogo. O Fórum está mais ligado à academia, havia um diálogo na Câmara, junto a outros Vereadores que apoiam a causa; mas é necessário ocupar sistematicamente essas duas pastas que são caras a qualquer Município, educação e saúde, onde as nossas lutas se concentram.

Falar de medicalização é falar sobre uma série de outros medicamentos e outras influências, outras tensões, que estão no cotidiano da sociedade. É importante explicar que medicalização não está só relacionada ao uso de medicamentos sendo, sobretudo, um fenômeno que faz interface com o que se chama de “medicamentização”, “farmacologização”, e as consequências da chamada polifarmácia que a terceira idade sofre. Existe um projeto de medicalização, fenômeno que começa a transformar tudo em problema de saúde, como por exemplo, em uma Cidade aonde as pessoas vão à farmácia para encontrar amigos, onde as relações sociais são estabelecidas pela convivência dos idosos em farmácias, desconsiderando as condições de vida, passando a ser um problema da pessoa e do cérebro. Além de ser necessário repensar essas relações sociais, é preciso repensar nessa relação com outros produtos de saúde que vão para além da indústria farmacêutica, como os fitoterápicos, as terapias alternativas.

Por que falar em medicalização da sociedade? Porque isso tem um lastro histórico e social. Ao longo do tempo, desde o nascimento, o corpo sofre patologizações e medicalizações, normalmente por questões políticas e sociais, e como exemplo, a batalha atual pela humanização do parto entre as parturientes exigindo o direito ao parto



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

normal e os médicos, estando em disputa se o parto é um ato médico ou um ato da mulher.

Não podemos esquecer que algumas categorias da sociedade, como negros, homossexuais e mulheres, sempre foram tratadas de forma patológica, psiquiatricamente. Temos o clássico exemplo da petomania: Logo após a libertação dos escravos, quando deixam de serem mercadorias e passam a serem considerados seres humanos, eles começam a ser tratados como doentes patológicos. Também temos a drapetomania, que é uma doença que foi descrita que diziam que causava a fuga dos negros, ou seja, por que negros, ou seres humanos da raça negra, têm essa patologia, esse comportamento não aceitável de fugir do seu confinamento. Mas esse é uns dos transtornos psiquiátricos que, reformados, retornam para a população carcerária. Existe todo o estresse do confinamento, que também é tratado de forma patologizante, medicalizante, que chamamos de contensão química.

Esses movimentos, essas lutas históricas da população negra, da população LGBT e das mulheres, para deixarem de ser tratadas como doentes biológicos, no caso dos negros; ou para curar a histeria, como doença psiquiátrica das mulheres; e para deixar de tratar a opção sexual como sendo patológica, como era considerada até a década de 90.

No ambiente escolar esses estereótipos e patologizações adentram de forma muito fácil. Por exemplo, são distribuídas escalas (escala mta-snap-iv, juntamente com bloquinhos, canetas, panfletos e vários brindes) para os professores fazerem uma busca ativa de transtorno de déficit de atenção e de aprendizagem entre seus alunos de crianças. Entre as questões desse questionário encontramos se o aluno “evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental e prolongado”. Cabe ao professor observar se há alguma criança com esse tipo de perfil, e qual a probabilidade e frequência de encontramos isso em uma sala de 40 alunos, com esse tipo de resistência, ainda mais numa segunda-feira, num dia de chuva, ou muito sol, sendo que o humor das crianças varia. É um questionário distribuído largamente em todas as escolas e suas questões são subjetivas e avaliadas pela subjetividade do próprio

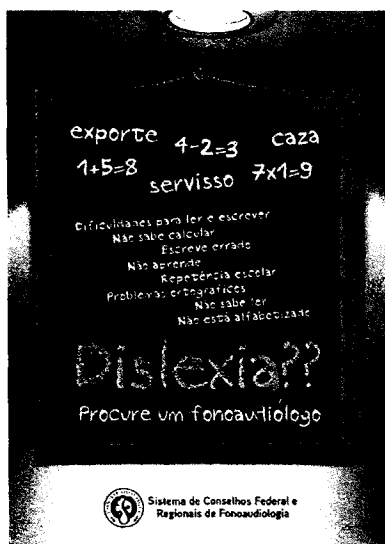
Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

professor.

Existe uma associação entre a importância de se fazer uma identificação precoce da patologia, como o transtorno de déficit de atenção como uma ação de promoção de saúde, mas de fato o que está ocorrendo é uma promoção da dislexia.

O papel do Fórum é pautar isso, criar discussões, consensos ou alternativas de intervenções.



Para fazer o tratamento da dislexia, o fonoaudiólogo precisa estar convencido de que a dislexia é um problema existente que precisa ser tratado. E o Conselho Federal de Fonoaudiologia tem trabalhado nesta ideia. As verdades nunca precisam ser absolutas, mas esse é um clássico exemplo de que os fonoaudiólogos começaram a perceber que a dislexia também poderia ser uma questão que eles conseguiriam acolher.

Não há dúvidas de que os profissionais de saúde consigam acolher esse tipo de problemas de aprendizagem, mas a questão é que há uma diferença entre fazer um acolhimento e fazer um tratamento com uma busca ativa desse tipo de questionamento. É necessário que os profissionais fonoaudiólogos passem a considerar os múltiplos fatores no acolhimento desse tipo de demanda. Quando não há esse tipo de questionamento, produz-se um quadro como este: em 2013, o Brasil importou 1.820 quilos do cloridrato de metilfenidato, substância da qual se produz a Ritalina e o Concerta, duas substâncias manipuladas e vendidas no Brasil. Cada caixinha normalmente vem 10 mg e 20 mg. Em escala mundial, o recorde de fabricação em 2013 foi de 72 toneladas de metilfenidato.

Dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados da



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

ANVISA (2007-2014), disponibilizados na “Nota Técnica: O Consumo de Psicofármacos no Brasil”³, demonstram que em janeiro de 2010, 34 mil caixas de metilfenidato foram vendidas no Brasil, em 2014, foram 78 mil. Ou seja, a cada ano, o consumo é maior, e o consumo contínuo é maior também. Constata também que esse medicamento é utilizado, sobretudo, a partir do segundo semestre, quando há essas tensões que permeiam um ambiente escolar entre alunos, cuidadores, pais, professores e trabalhadores da educação, vai tornando os contornos mais críticos; com aumento nas épocas onde há eminência de reprovação escolar.

Na bula do metilfenidato (Ritalina) consta que não deve ser administrado nas férias, nem aos finais de semana. Como um medicamento de uso contínuo tem de ser suspenso no final de semana e nas férias? Indicado para os períodos escolares e não para períodos biológicos.

O Município de São Paulo e do Estado de São Paulo estão em primeiro no *ranking* no consumo e na compra de Ritalina, seguido dos outros Estados do Sul e do Sudeste. Então há um cinturão muito feliz de pessoas que usam tarja preta para conseguir aprender matemática. Na cidade de São Paulo, a Ritalina, no primeiro semestre de 2009, vendeu 1.569 caixas; já no primeiro semestre de 2014, vendeu 30.671 caixas. Houve um aumento de 3000% nesse período. A questão é qual é o caldo cultural, o que os paulistanos entendem sobre viver bem, pensando numa sociedade que deixa a criança e os adolescentes tomarem esse tipo de medicação?

Observando o consumo de clonazepam (princípio ativo do Rivotril) na cidade de São Paulo, no primeiro semestre de 2009 para o primeiro semestre de 2014, houve um aumento de 1.500%, o que representa 163.210 caixas, sendo que o clonazepam é um dos benzodiazepínicos disponíveis no mercado. Concluimos que os adultos permitem o uso de psicofármacos a torto e a direita pelas crianças, porque eles também estão cada vez mais dopados.

³ FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Nota Técnica: O Consumo de Psicofármacos no Brasil, dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). 2007-2014. 25 páginas, Junho de 2015. ANEXO 2

(disponível em: http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnica_forumnet_v2.pdf)

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Em oficina com os professores nota-se o quão vulgarizado é o uso do Rivotril. Além de ser barato, vem em gotas, e existem professores que fazem uso desse remédio com café. Questiona-se que lugar é esse da escola e que sociedade, que cidade é essa que se coloca nesse tipo de situação para conseguir viver. São Paulo é uma cidade estressante, mas esse estresse é produto ou consequência do que se faz e de que forma temos de lidar com esse tipo de discussão.

É uma questão de mercado também. Em 2012, o Brasil consumiu, em valores brutos, muito mais Rivotril patenteado (130 milhões), sem contar os genéricos, do que o Buscopan composto (112 milhões), constatando mais problemas de cabeça do que de cólicas. Novamente, o país é primeiro lugar no quadro mundial de fabricação de clonazepam.

A discussão democrática do que são esses distúrbios de aprendizagem leva a pontuar sobre o mercado não só de produtos de medicação, dos psicofármacos, das terapias, mas também de uma indústria de produção de dados científicos. Nos Estados Unidos existem grupos e centros que estão fazendo pesquisas sobre dislexia, sobre transtorno de comportamento na infância e na adolescência, financiamento pesquisas que acontecem no Brasil e que acabam promovendo grupos de “promoção de direitos”, que poderiam ser denominados de “promoção de patologias”, principalmente dos transtornos de déficit de atenção e da dislexia, geralmente associados a protocolos de testes americanos de nova farmacoterapia, e que começam a exigir do Governo Brasileiro esse tipo de tratamento e de indicação. E esse tipo de projeto de lei começa a invadir as Câmaras Municipais, as Câmaras Estaduais e até o Congresso Federal. Em análise desses estudos, normalmente financiados pela indústria farmacêutica, percebe-se a baixa qualidade metodológica e o curto período de segmento, tornando-os estudos com pequena validação científica.

Os processos de judicialização, as ações judiciais, tem sido uma estratégia da indústria farmacêutica para a introdução de novos medicamentos, em casos que as políticas públicas tentam evitar a compra compulsória desse tipo de medicamentos oriundos de estudos nem sempre confiáveis.

Existe também uma pressão de mercado para o consumo de novos



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

medicamentos, que pode ser exemplificado pelo caso do Concerta e Ritalina, um comprimido de Ritalina custa em média R\$ 1,10 e um comprimido do Concerta custa R\$ 14,59. Então, em dois dias de tratamento com o Concerta, você consegue fazer um mês de tratamento de Ritalina.

Um contrassenso quando se fala em psicofármacos, sobretudo as anfetaminas que são substâncias estimulantes do sistema nervoso central, diz respeito a políticas públicas que debatem sobre o consumo consciente de álcool, o consumo consciente de tabaco, e por outro lado permite que a sociedade obrigue as crianças e/ou os adolescentes a usarem psicofármacos como a Ritalina, o metilfenidato, entre outros, porque a classe dos estimulantes vai desde o café, o cloridrato de metilfenidato, a bola, a cocaína, o rebite, a Ritalina LA e o crack.

A diferença na estrutura molecular do metilfenidato e da cocaína é quase imperceptível, sendo substâncias muito similares, havendo toda uma discussão no âmbito da literatura científica que indica que não é possível diferenciar uma de outra. Pesquisas no âmbito das ciências humanas indicam que os benzodiazepínicos, e outras substâncias como a Ritalina, vêm sendo cada vez mais utilizados de forma recreativa. Uma coisa é você obrigar uma pessoa a usar uma anfetamina, outra coisa é a pessoa usar anfetamina por lazer. O consumo de Ritalina, que vem sendo compulsório nas escolas, tem sido usado de recreação nos finais de semana. Os jovens, quando estão no ensino médio, quando precisam de algum dinheiro para fazer alguma coisa, eles normalmente vendem Ritalina, quando são usuários, para os universitários. E você fica imaginando que a inserção desses alunos, além de ser por uma estigmatização, porque eles têm um problema psicológico, psiquiátrico, neurológico ou neurobiológico, também começa a inseri-los dentro de um circuito no qual eles são gente somente como negociantes ou consumidores de psicofármacos.

O Palestrante agradece o empenho desta subcomissão, que será importante para pautar para além da discussão da Ritalina e dos outros psicofármacos, importantes discussões sobre o campo da judicialização na saúde pública, e também sobre os efeitos da medicalização – alterações cardiovasculares, pessoas que vão se tornar prováveis usuários crônicos do sistema público de saúde.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

O Dr. José Rubens disponibiliza sua apresentação à plateia, para envio por e mail, por tratar-se de uma vasta apresentação. Pontua que irá discorrer sobre doenças crônicas, medicalização e a iatrogenia, que quer dizer geração de doenças. Não discute os muitos conceitos que existem em medicalização, mas, afirma que um agente mais importante e condutor da medicalização é o médico. Estuda há mais de 20 anos a respeito de fármacos, e tem convicção que o fator gerador da chamada medicalização é a indústria farmacêutica; porém, ela não consegue realmente atingir as suas intenções se ela não conta com a ativa participação do médico, que, regra geral, não tem compreensão do assédio que sofre, tornando-se também uma vítima, parodiando a fala do filósofo Jean Paul Sartre sobre dos colaboracionistas franceses: “Metade vítimas, metade culpados”, não eximindo assim o médico de qualquer responsabilidade.

Um fármaco antigo como o ácido acetilsalicílico (AAS) ou outro qualquer, que tem mais de 120 anos, ou o mais moderno fármaco que tenha sido aprovado ontem pela FDA ou pela *European Medicines Agency*, precisa preencher a contento os critérios de *Steps* (passos), *Safeting* (segurança), *tolerability* (tolerabilidade), *effectiveness* (efetividade); *price* (preço) e *simplicity of use* (simplicidade de uso), senão não deve ser usado. É contra a ética médica prescrever um fármaco que não tenha a melhor pontuação desses aspectos.

Sobre os exames de diagnósticos médicos, a incorporação de tecnologias no decorrer dos anos tem mudado a identificação da doença, ou seja, dependendo da técnica que se usa para a identificação de uma afecção, de uma enfermidade, muda-se completamente o entendimento que se tem da doença, o efeito de “*overdiagnosis*”, ou diagnósticos em demasia em função do excesso de tecnologia. Como exemplo, a Embolia Pulmonar, cuja tecnologia de diagnóstico evolui, desde 1930 onde se usava a Angiografia Pulmonar até a Angiografia Pulmonar por Tomografia Computadorizada em 1998, não produziu efeito positivo no desenrolar da patologia, sendo constatado um incremento de 80% nos diagnósticos de embolia pulmonar, de 1988 até 2006, com baixa redução da mortalidade por esta patologia.

Um exemplo de iatrogenia de diagnóstico é o do Câncer de mama: o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer, pela quinta ou sexta vez, faz uma



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

enorme publicidade no chamado Outubro Rosa. Segundo o artigo “Screening for breast cancer with mammography”, de Gøtzsche PC e Jørgensen K. do Cochrane Database of Systematic Reviews de 2013⁴, traduzido em 17 línguas, *seria um erro se fazer rastreamento de câncer de mama por meio de campanhas*. Baseado neste estudo (que inclui dados de seguimento a médio-longo prazo), não existe evidência para recomendar o rastreio do câncer da mama com mamografia como uma medida preventiva eficaz na diminuição da mortalidade de mulheres assintomáticas, de baixo risco, na Atenção Básica. O rastreamento faz o diagnóstico de alterações celulares iniciais (carcinoma *in situ*) são encontradas frequentemente em vários locais da mama e que apenas uma minoria dessas alterações iria desenvolver um câncer. De 2000 mulheres rastreadas regularmente durante 10 anos, 10 dessas mulheres saudáveis seriam transformadas em doentes com câncer e tratadas desnecessariamente, com uma parte ou toda a sua mama removida, e frequentemente receberiam radioterapia ou quimioterapia.

Outro risco dessa prática está relacionado com o resultado falso positivo. Se 2000 mulheres forem rastreadas regularmente durante 10 anos, cerca de 200 mulheres saudáveis teriam um resultado falso positivo, gerando problemas como tensão psicológica até um diagnóstico definitivo com geração de ansiedade, preocupação, desalento, problemas de sono, mudanças nas suas relações com a família, amigos ou conhecidos e alteração no desejo sexual, além de provocar insegurança e sentimento de maior vulnerabilidade à doença em algumas mulheres.

Essas Campanhas então são algo muito sério. É uma coisa muito séria. Isso é uma medicalização promovida pelo Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde. Esse assunto já discutido na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que não apoia uma campanha desse tipo, porque, não estaria protegendo a saúde da população, *porque os danos causados por uma campanha de identificação em massa do câncer de mama são muito superiores aos poucos benefícios*. E esta é uma

⁴ Alcançou-se um resumo deste trabalho, publicado na Revista Científica da Ordem dos Médicos, por colaboradores portugueses da Rede Cochrane Iberoamericana. Lisboa. Portugal. CARNEIRO, AV et al. Resumo da Revisão Cochrane, Acta Med Port 2013 Jul-Aug;26(3):301-302 – Ver Anexo 3

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

informação que o Ministério Público precisa saber, para contestar, porque ele existe para defender o bem público.

A indústria de equipamentos hospitalares tem muitos ganhos com doenças como a doença renal crônica, a osteoporose e o câncer de próstata. A hipertensão arterial é outro problema, pois possui um numero excessivo de diagnóstico, desencadeando há uma prescrição excessiva de anti-hipertensivos, porque uma parte expressiva dos médicos não cumpre os requerimentos indispensáveis para o diagnóstico de hipertensão arterial.

Existe um circulo vicioso no diagnóstico e no tratamento excessivo com uma autoperpetuação da tecnologia diagnóstica.

Sobre os “Fatores que influem na prescrição médica”, a prescrição é algo difícil, os médicos pensam que é fácil, mas é um grave equívoco, pois requer um conhecimento completo e a compreensão da fisiopatologia das doenças, das propriedades farmacológicas de fármacos relevantes e dos meios pelos quais os dois enfoques se encaixam. A Educação, os métodos pedagógicos são fundamentais para a intervenção com a finalidade de melhorar a prescrição médica.

A obrigação dos profissionais de Saúde é aumentar a capacidade de decisão do paciente. A ação de qualquer profissional de Saúde será mais efetiva se o profissional aumentar a capacidade de decidir do paciente.

Em relação aos fármacos os princípios são: primeiro entender a experiência do paciente, segundo, escolher os fármacos com base em provas. É preciso que tenha certeza de que o fármaco prescrito tenha benefícios superando em muito os riscos, porque não há fármacos destituídos de risco. Terceiro, assegurar o uso de fármacos com a maior segurança possível. Finalmente, tornar o uso ótimo dos fármacos como parte prática da rotina.

A Prefeitura distribuiu, em 2013, 183.117.781 milhões de comprimidos de Omeprazol, medicamento que é utilizado em praticamente todo tratamento medicamentoso, como coadjuvante. A levotiroxina só é indicada, na prática, para o



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

hipotireoidismo, então não haveria explicação para os 62.945.164 milhões de comprimidos distribuídos na cidade de São Paulo em 2013.

A fluoxetina e sertralina somadas, porque são fármacos semelhantes, tiveram um consumo de 66 milhões. A Furosemida, um diurético potente, que só se usa praticamente em doença renal, é prescrita pelos médicos para hipertensão comum, o que não tem sentido. O clonazepam, que é o Rivotril, teve um consumo de 18.668318 unidades em 2013.

A metildopa, medicamento hipertensivo indicado para gestantes com hipertensão, grávidas e, no entanto foram distribuídos 13 milhões de comprimidos de grávidas hipertensas. As estatísticas em 2014 não mudam nada, e no primeiro semestre de 2015 também. Tudo igual, só piorou, piorou!

Para a Secretaria Municipal de Saúde a concepção de assistência farmacêutica é que seja de qualidade e requer diagnóstico adequado, prescrição com base em provas científicas, escolha de fármacos e posologias adequados, considerando que o fundamento para o uso racional de medicamentos inclui a qualidade da prescrição e consiste na avaliação da efetividade de fármacos e da segurança para o paciente. Algumas das ações são de responsabilidade do nível central e outras do nível local. A qualidade da dispensa farmacêutica para atingir os propósitos terapêuticos inclui não só o uso racional, mas a promoção de modo de vida sadio e o desenvolvimento do autocuidado. Os saberes envolvidos nesse processo dizem respeito ao produto farmacêutico em si e contexto sociocultural, determinantes sociais, processo saúde-doença e conhecimento dos recursos envolvidos para que o cuidado seja garantido em diferentes etapas percorridas pelo usuário.

A Dra. Maria Izabel de Castro inicia sua fala agradecendo o convite e ressaltando, de fato, a importância do tema. Atualmente, atua no órgão de Assessoria do Ministério Público, área da Infância e Juventude, sendo seu cargo na Promotoria da Infância e Juventude do Ipiranga.

Relata o assombro diante da quantidade de crianças e adolescentes, dentro dos processos nos quais trabalhava, que estavam tomando os medicamentos Rivotril, Concerta, e outros. Tentava até anotar, quantificar, ter a perspectiva de quantas crianças

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

e adolescentes estavam usando de fato esse tipo de medicamento controlado. A impressão dos resultados é que era mais de 90% dos processos, tinha sempre uma criança ou adolescente ingerindo uma dessas drogas.

De uma maneira muito superficial, avalia que:

...a prescrição desenfreada traz a ideia de que realmente estamos num mundo onde, como não temos tempo nem paciência para trabalhar as diferenças individuais, buscamos a homogeneização do ser humano.

Toda criança tem de ser igual, todo adolescente tem de ser igual e para aqueles que fogem um pouco do padrão damos uma droga porque aí ele fica dentro do nível que, sob essa ótica, é o mais recomendado.

Gostaria de ter mais oportunidade de participar dessas discussões por grande interesse pessoal no tema. Teve grande satisfação com a portaria da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que estabeleceu um protocolo de dispensação, e ficou inconformada com a Carta-Aberta da Associação Brasileira de Psiquiatria, com a contrariedade quanto à postura adotada pela Prefeitura do Município de São Paulo.

Manifesta o desejo de ouvir todos os entendidos e a população a respeito do tema, com o agendamento de nova data com mais tempo pra discutir tema de tamanha importância.



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

02 de março de 2016 - Infância, adolescência e medicalização: Educação/Pedagogia e medicalização.

Composição da mesa: Srs. Jason Gomes, do Instituto Palavra Criativa; Beatriz de Paula Souza, do Instituto de Psicologia da USP; Arnaldo Ribeiro dos Santos, da APROFEN (Sindicato dos Professores e Funcionários Municipais de São Paulo); Dirce Cruz Marques, da Secretaria Municipal da Saúde; Padre João Inácio Mildner e Monica Petit Madrid, do Conselho de Regional de Fonoaudiologia.

Palestrantes: Jason Gomes, do Instituto Palavra Criativa, Fonoaudiólogo, Mestrando no Programa de Pós Graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência da UNIFESP.

Beatriz de Paula Souza, Instituto de Psicologia da USP, Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

"Aprender a ler e a escrever é um processo histórico e social e depende das experiências individuais ou coletivas"

O início das atividades da Subcomissão da Medicalização em 2016 ocorreu com a continuação do debate sobre a prática da medicalização para crianças e adolescentes na escola, especialmente no contexto das dificuldades escolares. Nesta data os profissionais convidados apresentaram informações importantes e semelhantes sobre o incremento do uso de medicamentos na infância e na adolescência, sendo essa uma forma de atender aqueles que apresentam dificuldades no processo de aprendizagem e de convívio social na escola.

Este tema tem sugerido muitas interpretações de profissionais, legisladores e pessoas que convivem com as dificuldades próprias da rotina escolar e que percebem uma necessidade de atender estas demandas. No entanto, na expectativa de buscar estratégias para estas demandas, algumas vezes são encontrados caminhos equivocados, pelo não adequado entendimento desta questão e por vezes podem ser colhidos resultados insatisfatórios e, inclusive, prejudiciais quando se apresentam informações

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

sobre as consequências do uso indevido de medicamentos e os interesses envolvidos do mercado, especialmente das indústrias farmacêuticas, no estímulo ao aumento de dispensação de medicação à população.

Um dos pontos importantes a ser esclarecido é a confusão sobre o uso de medicação e a medicalização. A prescrição de medicação é importante como tratamento recomendado, conforme a necessidade e o acompanhamento dos profissionais de saúde.

Por outro lado, a medicalização é uma maneira artificial de transformar questões de outra natureza, do campo da saúde coletiva em questões individuais. Evita-se o reconhecimento do problema institucional e social para transformá-lo em transtorno pessoal, individual, genético, neurológico e psicológico e assim não sendo necessário o questionamento sobre as relações da sociedade.

Nesta lógica, aqueles que não se adaptam a realidade ou não correspondem ao que é esperado, devem ser tratados, quimicamente ou não, porque são portadores de um transtorno, são desqualificados, desconsiderando-se a potencialidade, a partir destes casos, da revisão de práticas que não funcionam bem para todas as pessoas no nosso ambiente de relações. Na prática de profissionais que convivem com crianças e adolescentes com dificuldades escolares esse tema é bastante polêmico e necessita de maior aprofundamento e de esclarecimentos sobre o assunto.

A indústria farmacêutica nos últimos tempos tem crescido no mundo, sendo atualmente a segunda mais poderosa, perdendo para a indústria bélica. No Brasil, especialmente para crianças e adolescentes, tem sido cada vez mais prescrito o Metilfenidato, medicamento usado para o tratamento do que se entende por hiperatividade (TDHA), déficit de atenção, dislexia ou agitação que comprometem o desempenho e a rotina da escola. É conhecido comercialmente como Ritalina, Concerta ou Venvase. No ano de 2000 foram vendidas 71 mil caixas⁵ e, em 2013, 2 (dois)

⁵ MOYSES, Maria Aparecida A. Dislexia existe? Questionamentos a partir de estudos científicos. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org). Dislexia: subsídios para políticas públicas / Conselho Regional de Psicologia da 6ª. Região – São Paulo: CRPSP, 2010. Disponível em:



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

milhões e 600 mil caixas no Brasil, sendo o segundo maior consumidor deste medicamento. O primeiro maior consumidor é os Estados Unidos da América. Da mesma forma pode ser mencionado o medicamento Rivotril (Clonazepam) que, em 2010, tinha a sua venda ultrapassado o valor de dez milhões de unidades.

Os profissionais que acompanham as demandas de crianças e adolescentes com dificuldade na escola recebem, com frequência, diagnósticos que desconsideram o histórico pessoal, o contexto onde estas dificuldades ocorrem e a partir de que momento de sua vida essas reações tiveram início, portanto descontextualizados. São muitas as questões necessárias para se entender uma pessoa. No serviço de orientação escolar encontramos crianças e adolescentes que necessitam de alfabetização e que foram promovidas de ano a ano sem saber ler e escrever, sem que se considerasse ou se percebesse o seu ritmo nesse processo e que, em determinado momento, não conseguem mais acompanhar o nível de exigência proposto. Estas podem ficar agressivas, deprimidas ou distraídas, sem que isso seja reconhecido para orientar a melhora do seu desempenho. Da mesma forma o comportamento de agitação pode ocorrer por diferentes razões.

Na prática dos profissionais do serviço de orientação escolar esses diagnósticos não são comprovados, o que é consonante com a literatura científica crítica sobre o assunto e que, radicalmente, afirma que estes diagnósticos não existem⁶. Sobre o caso do TDAH, há uma definição vaga e abrangente, uma controvérsia enorme nos meios científicos a respeito da existência dessa patologia, não havendo uma comprovação cabal. Embora muitos digam que exista, são provas que não resistem minimamente a um exame de rigor científico. Vale comentar que uma criança que não tem bom desempenho escolar não é nenhuma grande exceção. Na verdade, o sistema de ensino é que precisa ser revisado, investido e transformado, inclusive, estruturalmente. Isso porque os tempos são outros, as crianças e adolescentes vivem hoje um mundo com muita interatividade e as aulas e lições de casa ainda são executadas da mesma forma.

http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/arquivos/caderno_8.pdf

⁶ Conselho Regional de Psicologia, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). (2010). *Medicalização de Crianças e Adolescentes – conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 290 p.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Há muita coisa na área da saúde para ser revista também, e isto vem sendo realizado. Uma mudança muito importante que representa um avanço enorme na Secretaria Municipal de Saúde, recentemente, foi a criação do protocolo de dispensação de metilfenidato, apesar da resistência que ocorreu durante todo o processo de implantação e que ainda hoje ocorre. Esse protocolo, absolutamente criterioso, está sendo modelo no Brasil todo, inclusive indicado por instâncias governamentais de âmbito federal.

O Fórum da Medicalização da Educação e da Sociedade foi criado para debater as questões apontadas, principalmente, por profissionais da área da educação e da saúde e em seu site disponibiliza artigos para consulta. Nas Casas Abrigo e instituições que atendem crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, tem havido também um aumento do uso de medicação como forma de contenção.

A avaliação sobre o cotidiano do trabalho, do envelhecimento, da estética, entre outros, e suas dificuldades inerentes são compreendidos e impregnados com o conceito biológico, das patologias e da naturalização do uso da medicalização na vida das pessoas. Na verdade, a medicação não deve ser a primeira opção, mas sim a última opção a ser feita.

Falar sobre o processo de medicalização significa um caminho muito perigoso, porque todo e qualquer comportamento humano tem sido traduzido dentro de uma linguagem biomédica e tem sido enquadrado dentro de um olhar, que é o que se chama de medicalizante. O discurso médico e de saúde tem uma representação social muito forte, porque é um saber científico, e, portanto, fica muito difícil alguém questionar, desacreditar um profissional da saúde. Esse discurso muitas vezes se torna quase que dogmático.

O tema da tese de mestrado de Jason Gomes, fonoaudiólogo, foi na área de Educação e Saúde na Infância e na Adolescência, na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Quando se pensa na infância e na criança, logo se associa a lembrança do ambiente escolar. Isso porque esta faixa etária passa a maior parte do seu tempo na



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

escola e é neste ambiente coletivo e educativo, que aparece a diversidade. A proposta deste ambiente é a aprendizagem para o grupo de crianças/adolescentes, que devem aprender dentro de um mesmo ritmo, dentro de um mesmo tempo, dentro de um mesmo espaço físico, de uma mesma forma e são esperados os mesmos comportamentos. Nesta lógica, as diferenças são percebidas como negativas.

Outro ponto importante a ser analisado é sobre a realidade de crianças e adolescentes que se encontram em situação de vulnerabilidade social e que permanecem em instituições, como a Fundação Casa, onde são tratadas com medicamentos que visam à sua disciplina e a sua contenção. Infelizmente essas crianças e adolescentes tem utilizado muitos psicotrópicos, referendados por um discurso biomédico. A pergunta necessária a fazer é qual a justificativa para que uma criança ou adolescente nesta condição, dentro de uma instituição abrigo, deva tomar um psicotrópico? Porque o controle químico é, também, muito perigoso e é preciso avaliar isso. Quando questionadas acerca dessa prática, as instituições responderam que essa dispensação não ocorria mais, e onde podemos concluir de que essas crianças e adolescentes não necessitavam destes medicamentos.

Mas para comentar sobre a medicalização no processo de aprendizagem será interessante explicitar algo sobre a aprendizagem. O que pode significar ser uma pessoa disléxica em um País que possui pessoas que não conseguem ler um texto bem simples? Esse é um dado que vem de uma pesquisa do Instituto Paulo Montenegro, um dado do INAF, que é o Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional e que trabalha com quatro categorias: analfabeto, rudimentar, básico e pleno. Segundo os dados deste instituto, 47% da população são considerados alfabetizados no nível básico; dentro do nível rudimentar há 21% da população e, em nível do analfabetismo existem 6% das pessoas da população. Significa que quase 30% de pessoas não conseguem ler um texto simples. Em pesquisa mais recente, do mesmo instituto, junto com a ONG Ação Educativa, destes 8%, fazendo ainda um desmembramento deste nível pleno em dois níveis, só um deles é proficiente.

Com esses dados pode-se explicar que há pessoas que não conseguem ler nenhum texto, no caso do analfabeto, até aquelas que conseguem lidar com algumas

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

situações específicas, como ler o nome de uma rua onde precisam chegar, ou de um ônibus que precisa tomar, mas não são alfabetizadas. O rudimentar é o que consegue localizar informações num texto, por exemplo, a saúde lida muito bem com essa perspectiva de leitor. Nas campanhas de vacinação as informações são curtas, objetivas e claras porque a maior parte da nossa população está nessa condição de leitor e precisa conseguir extrair a informação dentro de um texto muito simples. Informações para a população como datas, faixa etária e o local. O básico é aquele que já é considerado uma pessoa alfabetizada, que já consegue ler alguns textos de média extensão e compreender, mais ainda tem uma dificuldade fundamental de diferenciar o que é fato e o que é opinião, por exemplo, em um texto jornalístico onde, às vezes, fato e opinião estão misturados. Já o pleno, onde todos deveriam estar, é o sujeito que consegue fazer essa diferenciação ao ler um texto, consegue separar o que é um fato do que é uma opinião, não só texto, mas na fala também. E é esse o ponto crítico, já que no discurso científico também está presente esta situação, porque ele está pautado nesta ideologia.

É interessante entender como é realizado o olhar dos profissionais da educação e da saúde, como cada área destas visualiza a outra e de como o histórico das políticas públicas se correlaciona a estas questões. Somente em 1971 a Lei de Diretrizes e Bases, LDB, estabeleceu o ensino básico universal e obrigatório para toda a população. A partir disso todas as crianças foram incluídas na escola e, algumas que não tinham esta possibilidade antes, apresentaram dificuldades na aprendizagem.

Surgiram explicações para o fracasso escolar (termo muito usado) como a hipótese de desnutrição, os problemas familiares, a falta de cultura e outros. Programas de combate à fome e melhora da merenda escolar foram desenvolvidos, mas os resultados ainda demonstravam que questão não fora solucionada. Nos anos 80 apareceu o problema da evasão escolar, que era muito grande e foram propostos benefícios para que as famílias fossem incentivadas a manter suas crianças e adolescentes na escola, como o leite, incentivos financeiros, e outros. Foi sugerido posteriormente que essa dificuldade poderia ser dos professores. Em 1978 surgiu o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério, FUNDEF, com um investimento para a educação fundamental e depois para educação infantil.



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Próximo ao ano 2000 instituiu-se uma série de orientadores para o trabalho do professor com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) ainda muito utilizados. Contribuem bastante por que há um *check-list* com referência metodológica para os professores, mas ainda assim há uma parcela de crianças que continuaram não aprendendo.

O fato é que as crianças continuam não aprendendo. O fator tempo foi questionado: Será que há necessidade de um maior tempo para elas no processo de aprendizagem? Surgiu a extensão do ciclo básico, de primeira a oitava série, e se aumentou um ano, o nono ano. Mas o ciclo obrigatório foi estendido no início, mas as crianças entram hoje um ano mais cedo.

Mais recentemente surgem os Planos Nacionais de Educação, PNE, que é um programa específico sobre alfabetização na idade certa, então crianças até o terceiro ano precisam estar alfabetizadas, com o intuito de melhorar as metas, assim como o Programa Nacional de Alimentação Escolar, PNAE.

E a razão para todos esses comentários expostos é porque ainda hoje são encontrados nas casas legislativas nas três esferas, tanto municipal, estadual ou federal, muitos projetos de lei que estão sendo propostos para a realização de diagnósticos, acompanhamento e tratamento para a identificação de transtornos de aprendizagem e de comportamento das crianças e adolescentes da rede pública, com uma visão equivocada deste problema.

Na escola o papel do educador é educar, mas os profissionais da educação têm sido convidados e incentivados a detectar cada vez mais precoce destes transtornos. E os profissionais da educação, que já tem muitas atribuições, também tem sofrido o processo de medicalização por diagnóstico de transtornos psiquiátricos, principalmente por Síndrome de Burnout e depressão, ocasionando afastamentos e readaptações, porque as condições de trabalho dos educadores são geradoras de sofrimento. Por outro lado na saúde, os profissionais tem desenvolvido um olhar mais abrangente para análise, tendo em vista as ações da saúde coletiva, onde as pessoas são

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

compreendidas dentro de sua comunidade e no seu território na vida cotidiana, como o Programa da Saúde da Família, PSF, ou a Rede de Atenção Psicossocial, dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPS.

Há dois caminhos a seguir. Um é favorecer a identificação de diagnóstico e o outro é favorecer os diversos modos de aprender, no caso da infância e da adolescência, e favorecer a qualidade de vida do sujeito. Inclusive no caso dos adultos, nas situações de trabalho.

De fato existem pessoas com dificuldades reais, mas não se trata de dizer que alguém é incapaz de aprender a ler ou escrever, o que ocorre quando se faz um diagnóstico que propõe uma dislexia, TDHA ou outro transtorno. O espaço escolar deve ser lugar de descobrir quais são as potencialidades das pessoas e contribuir para o desenvolvimento destas e não transformá-los em sujeitos incapazes. Porque os diagnósticos, como por exemplo, o da dislexia, apontam para uma falha neuronal, no cérebro de uma pessoa, o que significa o caráter de perenidade desta situação, ou que é para sempre na vida desta pessoa, mesma questão quando se diz que é doença inata ou de origem genética, conforme é descrita em alguns documentos. No entanto, neste caso,

..uma forma diferente de aprender é transformada em sintomas de uma doença. Porque existem muitas semelhanças entre as etapas do processo de aprendizagem de todas as pessoas, com etapas vividas por aqueles que encontram maior dificuldade neste processo. Porque ninguém aprende no mesmo ritmo e do mesmo jeito. Existe um espectro de velocidade e de facilidade para aprender muito amplo.

Aprender a ler e a escrever é um processo histórico e social e depende das experiências individuais ou coletivas. A escrita não é totalmente lógica, ela tem uma série de regras de exceções, de características que têm a ver com a história de construção da escrita em cada idioma. Inclusive na fala é muito comum perceber que a criança conjugue um verbo de maneira incorreta. Do ponto de vista do funcionamento



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

linguístico, é possível que a criança faça essas trocas e quem convive com crianças já viu isso ocorrer. Na escrita, isso também acontece e muito. É preciso dizer que pode haver problemas no processo de aprendizagem de uma criança que está em situação de vulnerabilidade social, mas isso se explica no âmbito histórico e social, mas não é uma determinação biológica. Portanto o diagnóstico olha um recorte, um único ponto e não a cena toda.

É preciso reafirmar a importância da convivência com as diferenças, até porque a escola também está despreparada para perceber as crianças que são superdotadas e que possuem altas habilidades e na rotina escolar apresentam dificuldades na aprendizagem. O dia a dia da escola apresenta muitos desafios para estudantes e profissionais que precisa ser mais bem compreendido. Construir ferramentas, diálogo e informação com a sociedade em geral é o caminho mais certo pra mudar isso, porque os profissionais são, sejam eles de que áreas forem e em primeiro lugar, pessoas que refletem as questões culturais da sociedade e repetem essas condutas antes de tudo.

Convidou-se o Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, mas o representante do Núcleo de Farmacovigilância não pode comparecer. Essa questão não é só brasileira e sim uma tendência mundial, mas aqui tem um reflexo bastante perverso porque o componente econômico tem uma soberania imensa sobre ações. As informações, contrainformações ou contrapropagandas daquilo tudo que já está muito enraizado na sociedade deve ser objeto de reflexão, ao contrário de lidar com os sofrimentos apenas de maneira rápida e mágica.

E a sociedade precisa de informações adequadas, porque quem decide no final das contas, por exemplo, se usa ou não um remédio, mesmo prescrito por um profissional de saúde, é a pessoa que está em sua casa. Essa decisão de usar ou não um psicofármaco é da pessoa e se relaciona com o significado na vida dela, com o sofrimento que ela tem e é real. E qual é a capacidade de discernimento que ela tem dessa situação para tomar decisões, seja para seu filho, seu pai ou para ela própria.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

16 de março de 2016 - Farmacovigilância e SUS - Ações em relação à Medicalização

Palestrante Dra. Dirce Cruz Marques, Assistente Técnica da Área Técnica da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal da Saúde.

“Todas as ações que transformam o uso abusivo de tecnologias em saúde, sejam elas quais forem, e fazem com que as questões do nosso cotidiano sejam encaradas como questões que precisam de intervenção médica ou de profissionais de saúde, simplesmente, são questões de medicalização.”

Dra. Dirce discorre um pouco sobre algumas ações que a Secretaria vem desenvolvendo na questão de propiciar melhoria na condição de saúde das pessoas e de debater, seja com a sociedade ou com os profissionais de saúde, a questão da medicalização. Reforça a amplitude do conceito de Medicalização que:

...considera que “todas as ações que transformam o uso abusivo de tecnologias em saúde, sejam elas quais forem, e fazem com que as questões do nosso cotidiano sejam encaradas como questões que precisam de intervenção médica ou de profissionais de saúde, simplesmente, são questões de medicalização”,

Citando como exemplo, a necessidade de hábitos saudáveis de atividade física na vida diária para a manutenção e recuperação da saúde, sendo estas atividades do cotidiano que necessitam ser desenvolvidas independentemente da intervenção do Sistema de Saúde. Entende que a questão da medicalização, da rotulagem de algum comportamento das pessoas enquanto doença, condição clínica, vai além da questão do medicamento, mas, prefere enfocar alguns exemplos voltados exclusivamente à questão do medicamento que é seu objeto de trabalho.

Introduz um terceiro conceito que consiste no “Uso Racional de Medicamentos”, que surgiu na década de 1980, quando a Organização Mundial da Saúde, numa conferência histórica, a Conferência Mundial de Saúde de Nairóbi, lançou



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

este conceito para discutir e alertar os países a respeito dos medicamentos que, em geral, são tecnologias importantíssimas para salvar vidas, recuperar a saúde, ou, ao menos, amenizar algum sofrimento em saúde.

O medicamento enquanto tecnologia é insumo de grande centralidade na organização de qualquer sistema de saúde e traz consigo muitos benefícios, porém muitos riscos, sendo, portanto, de responsabilidade dos usuários ou dos profissionais de saúde o uso dessa tecnologia de maneira que os benefícios superem os riscos inerentes. Esses riscos estão presentes em todos os medicamentos, apesar da acurácia dos estudos na produção e lançamento de novos medicamentos.

Os riscos aumentam em função de questões culturais de nossa sociedade que faz um uso desta ferramenta de forma abusiva, sempre em busca de amenizar o sofrimento humano. Este comportamento de uso abusivo tem relação também com a rápida evolução e ampliação da indústria farmacêutica, que se insere em um mercado econômico e requer investimento e retorno monetário, utilizando-se de recursos de propaganda para ampliação do consumo de seus produtos junto à sociedade. Uma das práticas de propaganda bastante efetiva usadas pela Indústria Farmacêutica em todo o mundo é a divulgação de medicamentos junto aos profissionais de saúde, muitas vezes, de forma absolutamente correta e ética; mas, muitas vezes, de forma abusiva, sendo o Brasil um país bastante permissivo para que as informações distorcidas do mercado farmacêutico cheguem à população e aos profissionais de saúde de forma bastante perversa.

Quanto aos profissionais de saúde que prescrevem, somam-se à necessidade de agilidade no atendimento, as questões culturais dos usuários, que exigem uma rápida solução para seu problema de saúde, e a pressão de propaganda da indústria, passando estes a ofertar a opção rápida do uso do medicamento em sua terapêutica.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

No Sistema de Saúde do Brasil, por volta de 80% dos casos das consultas médicas resultam em alguma prescrição de medicamento. O grande questionamento é: será que tanto remédio assim faz com que sejamos mais saudáveis? Todas as políticas farmacêuticas no mundo sabem que devemos propiciar acesso ao que é importante para salvar a vida das pessoas e minimizar seu sofrimento. E nunca podemos deixar de pensar o quão mal estamos fazendo à sociedade se utilizarmos isso de forma inadequada.

A Política Nacional de Medicamentos para o SUS (Sistema Único de Saúde) foi lançada em 1998 pelo Ministério da Saúde e está em vigor até hoje. Esta política ainda tem muitas diretrizes em seu texto e dois grandes princípios: acesso da população ao que é importante, em termos de medicamentos, e o uso racional.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo organiza sua atuação nas quase 600 farmácias do município de acordo com esses princípios, utilizando-se de ferramentas e com algumas limitações, sempre na perspectiva de propiciar o acesso e do uso racional do medicamento. Como exemplo temos o metilfenidato, um fármaco, uma anfetamina, que altera o metabolismo do sistema nervoso central, um medicamento muito controverso no mundo, que foi incluído na lista do Município em 2007 para uma utilização muito específica em crianças e adolescentes que tenham o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Apesar da importância desse fármaco, estão embutidos nele altíssimos riscos para criança ou adolescente que o utiliza, principalmente riscos cardiovasculares graves. O prescritor, o médico ou a equipe multiprofissional, tem de pesar na balança se compensa usar aquilo, mesmo com os riscos em potencial àquela criança ou adolescente.

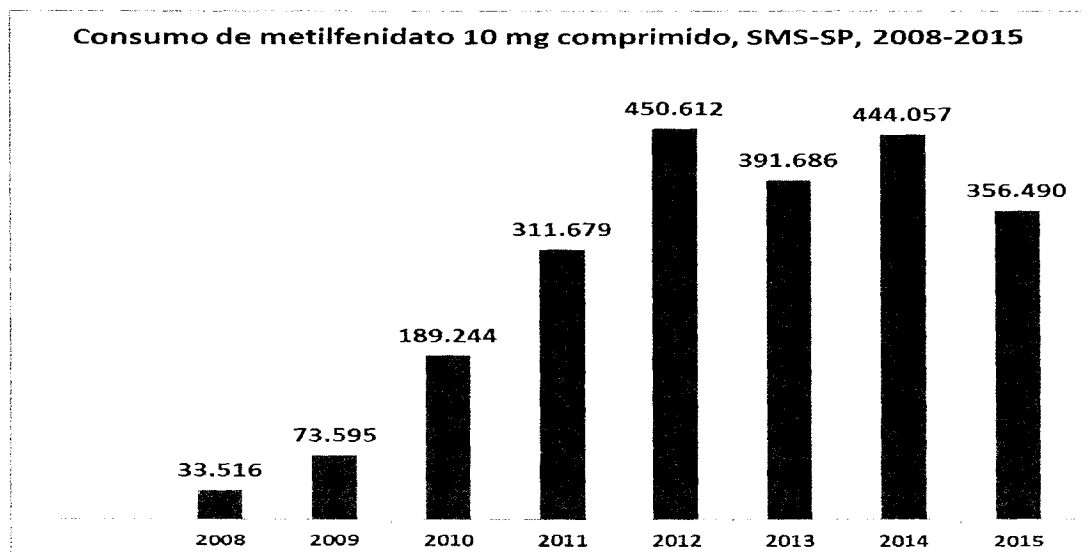
Diante do aumento do consumo de maneira desenfreada, em outubro de 2014, foi criada uma Portaria, a "Portaria SMS. G nº 986/2014 - Regulamenta prescrição e dispensa do fármaco após avaliação de equipe multidisciplinar"⁷, que passou a restringir a prescrição desse fármaco exclusivamente em nossos serviços, ou seja, não é porta aberta a qualquer prescrição que chega às farmácias municipais. O

⁷ Anexo 3

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

intuito não era restringir o acesso ao medicamento por questões de custo, por tratar-se de um custo relativamente pequeno que não representa impacto financeiro diante do montante do total de medicamentos adquiridos pela Secretaria, mas sim aplicar o uso racional, sendo necessário a partir de então, uma análise multiprofissional e um debate da condição clínica da criança, comparando benefícios e riscos do aporte do uso do medicamento ou não na condição específica da criança, para que o medicamento possa ser dispensado. A seguir, a série histórica de consumo do metilfenidato, nos anos de 2008 a 2015.



A partir do início da distribuição, em 2008, temos uma ascendência do consumo, que passou de 33.516 unidades para 450.612 em 2012, com uma queda da distribuição em 2013, em função de desabastecimento por problemas de importação do fármaco. Retomando a subida em 2014. A partir da introdução da portaria, começamos a perceber, a partir de 2015, uma tendência de queda, não brusca, que necessita de avaliação contínua. Um dos fatores de manutenção das taxas de consumo é a necessidade de manutenção do tratamento, que não pode ser interrompido abruptamente, em crianças acompanhadas nos 20 Centros de Apoio Psicossocial Infantis (CAPs infantis) da cidade. Nestas mesmas unidades outras crianças não

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

começaram a usar porque a equipe multiprofissional utilizou-se de outras abordagens não farmacológicas, como as psicanalíticas e a participação da família e da escola.

As que fazem uso do medicamento possuem todo um acompanhamento com cardiologista, com monitoramento de dosagem de enzimas hepáticas porque esse fármaco pode induzir a alterações hepáticas graves e também mapeamento de todo sistema cardiovascular para que a criança não tenha lesões irreversíveis. No caso de limitações cardiovasculares ela não pode iniciar o uso, sendo necessário uma anamnese, além da avaliação da equipe de saúde mental. A tendência é termos uma diminuição do consumo com o tempo.

Outro exemplo de destaque é o do carbonato de cálcio, que é um medicamento associado à vitamina D, muito utilizado principalmente para alterações ósseas. Sua indicação mais comum é na presença de alterações ósseas em pacientes acima de 40 anos para reposição oral e de maneira contínua.

Estudos científicos apontam que a ingestão da quantidade diária adequada de cálcio através da dieta alimentar com associação da exposição à luz solar de forma cotidiana, não abusiva, é uma das melhores formas de se corrigir e prevenir essas alterações. Existem também estudos atuais que demonstram que a ingestão excessiva do cálcio na forma de medicamento embute um risco cardiovascular muito grande, o que diante do perfil epidemiológico populacional as doenças cardiovasculares e as cardíacas representam a maior causa de óbito na população em geral.

Podendo-se evitar a ingestão excessiva do cálcio, utilizando-se de uma dieta relativamente balanceada, com a exposição adequada à luz solar, pode-se dispender do uso destes medicamentos e, desta forma, minimizar os riscos de iatrogenia, conceito definido por estados ou alterações patológicas criadas por efeitos colaterais dos medicamentos.

O consumo anual deste medicamento em 2011, primeiro ano de disponibilização nas farmácias das Unidades Municipais de Saúde foi de 3.606.983 comprimidos, havendo um incremento para 6.922.532 comprimidos no



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

ano de 2015.

A Portaria SMS. G nº 2085/2015 que instituiu as “diretrizes para a dispensa de carbonato de cálcio na rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde” definiu as condições específicas para dispensação do medicamento, mediante preenchimento de formulário específico pelo médico, para os casos de pré-eclâmpsia e hiperfosfatemia na insuficiência renal crônica ou distúrbios do metabolismo ósseo relacionados à doença renal crônica. A Portaria nº 467/2016-SMS. G, que instituiu o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a dispensa de carbonato de cálcio na rede de serviços da Secretaria Municipal da Saúde”, criou um protocolo de prescrição e dispensação e incluiu as grávidas com dieta pobre em cálcio; grávidas de alto risco para pré-eclâmpsia (jovens; grávidas com mais de 35 anos; primigestas; hipertensão pré-existente; com diabetes; obesidade; gravidez múltipla; antecedentes de pré-eclâmpsia) e o hipoparatiroidismo, definido como afecção em que no diagnóstico de laboratório o cálcio total, corrigido para albumina, é menor que 8mg/dL, ou o cálcio iônico é menor que 4mg/dL, associado a PTH sérico menor que 30pg/mL.

Outra portaria foi a do medicamento Finasterida, utilizado na hiperplasia benigna da próstata. A hiperplasia benigna da próstata no homem, após os 50 anos, é uma alteração comum e em homens acima de 80 anos tem uma prevalência próxima a 100%, e pode produzir a retenção urinária – transtorno que causa muito incômodo e precisa ser corrigido. Outro transtorno da próstata, este mais grave é o câncer de próstata, que possui uma alta incidência, hoje, no Brasil e no mundo. A Finasterida é um medicamento importante na inibição do crescimento da próstata ao longo dos anos, mas que só pode ser utilizado se houver certeza de que essa hiperplasia – esse aumento da próstata – não está relacionada a câncer de próstata, pois foi constatado por estudos científicos que o medicamento propicia o aumento de números de casos de cânceres agressivos de próstata. É necessário um diagnóstico diferencial para a utilização desse medicamento de maneira segura, através do exame de Toque Retal e outros exames complementares, como o PSA, e no caso de suspeita de câncer, biópsia e outros.

O consumo anual na rede municipal de saúde saltou de 106.743

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

comprimidos, em 2013, para um montante de – 1.556.688 comprimidos, em 2015. Para garantir a qualidade do diagnóstico e diminuir o risco do uso indevido, foi publicada a Portaria SMS.G nº 2087/2015, que instituiu “diretrizes clínicas para a dispensa dos medicamentos Finasterida e Doxazosina para tratamento da hiperplasia benigna da próstata no âmbito da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo”, e estabelece que a dispensação deste medicamento só poderá ser realizada mediante prescrição por médico urologista e estabeleceu um protocolo orientador de responsabilidade da Área Técnica de Saúde do Homem da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP) que possui oncologistas e uma série de profissionais que discutiram a questão. Define também que medicamento usado para os sintomas de retenção urinária, a Doxazosina, pode continuar a ser prescrito por médicos clínicos, por não possuir o mesmo risco iatrogênico.

Outro exemplo da atuação da Secretaria Municipal de Saúde na Farmacovigilância com o intuito de garantir o uso racional de medicamentos foi a portaria sobre a Enoxaparina sódica, que é uma substância que evita a formação de trombos venoso. Esses trombos, dependendo de seu tamanho, podem levar ao óbito. Por ser utilizada para evitar trombose é fundamental em vários procedimentos em saúde. A apresentação deste medicamento fornecido pela SMSSP é em seringa e tem seu uso em aplicação intramuscular, e a justificativa para sua introdução na lista de medicamentos foi disponibilizar uma ferramenta para diminuir o tempo de hospitalização de pacientes pós-cirúrgicos, que permaneciam internados somente para o uso deste medicamento, ficando assim mais vulneráveis à infecção hospitalar.

Outro uso muito importante desse medicamento se faz em gestantes com a Síndrome Fوسفولیپید, alteração placentária genética e causadora de muitos trombos na placenta, que podem desencadear o aborto espontâneo. É uma alteração que requer um diagnóstico muito preciso, com diversos exames imunológicos. A portadora desta síndrome tem vários abortos recorrentes durante sua vida reprodutiva e sem o uso desse medicamento não consegue levar uma gravidez a termo.



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

O consumo anual em 2013 da Enoxaparina sódica era de 75.354 seringas, passando ao montante de 441.865 seringas, em 2015. A Portaria SMS. G nº 2086/2015, que institui diretrizes para a dispensa da Heparina de baixo peso molecular denominada Enoxaparina sódica nas apresentações de 20 mg, 40 mg e 60 mg seringa, para a prevenção e tratamento do tromboembolismo venoso no âmbito da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, definiu a necessidade de acompanhamento dos pacientes e estabeleceu um Protocolo que definia a dispensação para pacientes atendidos na rede municipal, com indicação de uso na profilaxia de tromboembolismo venoso após alta hospitalar e para grávidas/puérperas com síndrome antifosfolípide.

O medicamento Omeprazol é um inibidor da bomba de prótons, indicado para diminuir a secreção gástrica e tem como efeito proporcionar um alívio dos sintomas e bem estar imediato, tendo o seu uso desta forma, disseminado em todas as faixas etárias. Ele possui indicação específica e não tem indicação de uso contínuo. O consumo anual, em 2015 nas farmácias da Secretaria Municipal de Saúde, foi de 195.230.485 comprimidos.

Na tentativa de reduzir o consumo, foi incluído na lista de medicamentos o fitoterápico *Maytenus ilicifolia* (espinheira santa), fármaco indicado para dispepsia, azia, dor gástrica, altamente reconfortante, que ameniza aquele mal-estar, mas que também não tem indicação de uso contínuo. Ainda é pouco prescrito por preconceito e falta de acesso à literatura científica sobre fitoterápicos por parte dos médicos e por falta de oferta de disciplinas nas Universidades formadoras.

Em relação aos ansiolíticos e antidepressivos e em resposta a uma solicitação informal da Comissão de Saúde sobre o consumo destes medicamentos, foi formado um grupo de estudos, a pedido do Secretário Municipal de Saúde, no intuito de normatizar seu alto consumo. A possibilidade pensada até o presente momento seria a intervenção em campanhas com a população de São Paulo.

Os antidepressivos são a Fluoxetina (Prozac – nome comercial) e Sertralina, que são usados indevidamente para qualquer coisa, para qualquer

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

tristeza, até mesmo para o luto já se prescreve um antidepressivo, sendo que a literatura científica indica o uso de antidepressivos em depressão moderada a grave, não devendo ser usados em depressão leve, existindo para este último caso, outras abordagens terapêuticas.

Os ansiolíticos são os famosos Diazepam, Clonazepam, que é o Rivotril que todo mundo conhece, usados de forma indiscriminada para dormir, para todas as ansiedades da vida, sendo que, de acordo com pronunciamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) há mais de uma década, teriam indicação de uso no máximo por um período de seis semanas. E temos paciente que tomam a 20, 30, 40 anos esse tipo de medicamento e não conseguem ficar sem, sendo necessária uma intervenção da equipe de saúde para cortar a dependência.

Essa apresentação abordou as drogas lícitas, ou seja, aquelas que são permitidas usar, e que causam tão mal. E a palestrante se questiona em qual é a diferença de um dependente de Diazepam de um dependente de cocaína, por exemplo. Acho que muito pouco. E isto é feito no sistema de saúde. E é necessário pensar em alguma coisa para intervir nessa questão dos ansiolíticos e antidepressivos porque não é possível mais fechar os olhos a essa situação.

Após a apresentação, os convidados e vereadores participantes da mesa manifestaram-se sobre o tema exposto. Foi pontuada a importância da divulgação de todos esses dados, a necessidade de ir para a grande mídia e de depois cobrar também do Ministério Público, da necessidade de se fazer alguma coisa, pois o consumo é indiscriminado e é muito preocupante e inacreditável chegar a uma conclusão de o que é pior, Diazepam ou cocaína?

Foi colocado sobre a percepção, pessoa leiga, de que o próprio médico induz o paciente a se automedicar, no uso de práticas médicas em comum acordo com laboratórios. Destacou-se a atuação do Conselho Federal de Psicologia que lançou uma campanha nacional: "Não à medicalização da vida".

Afirmou-se que a questão atual da medicalização, em primeiro lugar, deve passar por uma nova forma de ensino da medicina, e também considerar a própria



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

cultura popular que considera bom médico aquele que pede bastante exame e de alto custo, e dá bastante remédio; assim como sabemos que fármaco é necessário, todos nós precisamos, mas não devemos nos esquecer do fato de que do remédio para o veneno à distância é pouca, são poucos miligramas.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

**13 de abril de 2016 - Judicialização do direito a saúde – solicitação
judicial de medicamentos**

Palestrantes convidados:

- Dra. Heloisa Helena Ferreira da Silva, Procuradoria do Município, Chefe da Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde.
- Pesquisadora Ms. Ana Luiza Chieffi, Doutoranda Faculdade de Medicina da USP com o tema judicialização da saúde; Diretora na área de Vigilância Sanitária da Indústria Farmacêutica,
- Promotor de Justiça Dr. Reynaldo Mapelli Junior, Ministério Público do Estado de São Paulo.

“A assistência farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumo essencial e visando a viabilização de acesso aos mesmos, assim como o seu uso racional”.

A sessão fora iniciada com a composição da mesa, para a qual foram convidados, além dos palestrantes, também Paula Sue Facundo de Siqueira, neste ato representando o Secretário de Estado da Saúde David Uip; Gisele Benetti, do Conselho Regional de Farmácia; Ione Taiar Fucs, da ADJ Diabetes Brasil; Ivolnildes Ferreira da Silva, do SEESP - Sindicato dos Enfermeiros de São Paulo; Jason Gomes Rodrigues Santos, do Conselho Regional de Fonoaudiologia; Padre João Inácio Mildner, da Cúria Metropolitana.

A primeira apresentação realizada foi feita pela Sra. Heloisa Helena Ferreira da Silva, procuradora do Município, sendo que na ocasião era chefe da Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde. Iniciou sua apresentação indicando que a solicitação judicial de medicamentos é um movimento tem ganhado corpo cada vez mais, o que tem impactado demais o rol de políticas públicas de saúde desenvolvidas, uma vez que essas ações judiciais, em termos orçamentários, concorrem com as demais políticas públicas de saúde.



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Informou que, com ações judiciais relacionadas a fornecimento de medicamentos que não constam do rol em uso:

- ✓ em 2013, foram gastos três milhões, quatrocentos e nove mil, duzentos e sessenta reais e quarenta e quatro centavos (R\$ 3.409.260,44);
- ✓ em 2014 o gasto caiu para dois milhões, seiscentos e cinquenta e três mil, seiscentos e sessenta e nove reais e noventa e oito centavos (R\$ 2.653.669, 98). É bem alto, é muito alto;
- ✓ em 2015, o levantamento que temos na Secretaria é até junho, está em 1,6 milhão.

Ainda, que se tem verificado um aumento das demandas e principalmente do gasto com ações judiciais. Essas ações que demandam o Município trazem um impacto muito grande para as políticas públicas de saúde que temos desenvolvido, adiantando que de junho de 15 até agora, abril de 16, o acréscimo foi considerável, na ordem de 30% nas demandas para fornecimento dos mais variados tipos de tratamentos e de medicamentos e destes, a maioria dela está ligada à busca por medicamentos mais modernos, por medicamentos que venham atender às demandas, muito de acordo com as inovações da indústria farmacêutica.

A palestrante coloca que na Secretaria Municipal de Saúde, o maior foco de demanda são as insulinas. Temos um grupo de insulinas na rede que seria suficiente para fornecer atendimento à população, mas percebemos que as pessoas buscam cada vez mais esse tipo de atendimento, que está mais ligado a demandas individuais. Contudo a preocupação da Secretaria é tentar atingir o maior grupo de pessoas possível e não trabalhar pontualmente no tratamento individual de quem busca esse atendimento de saúde. Ao mesmo tempo, se tem percebido que são muitas as ações de cunho individual, e os tratamentos muito pontuais acabam atrapalhando o desenvolvimento das atividades como um todo.

A questão do fornecimento de medicamentos atualmente é o que mais vem preocupando. Inclusive, na reunião anterior⁸, os senhores devem ter conversado com a

⁸ Farmacovigilância e SUS – ações em relação à medicalização, proferida pela Dra. Dirce Cruz Marques, representando o setor de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde,

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Dra. Dirce, que apontou muito bem que há uma busca cada vez maior por medicamentos mais recentes, muitos deles ainda em fase de testes.

Ressaltou que há uma preocupação muito grande porque são obrigados, muitas vezes, a fornecer medicamentos cuja liberação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, ainda não existe. Esse é mais um ponto que vem afetando as nossas políticas públicas de saúde e que impacta, de fato, na realização dessas atividades.

O impacto verificado com as ações civis públicas é menor do que com as ações individuais. Há mais ações individuais, que não têm a participação do Ministério Público. Então a pessoa procura um advogado, ela mesma demanda fornecimento de medicamento pra ela própria, de maneira individual.

A participação seguinte foi da Sra. Ana Luiza Chieffi, que iniciou sua participação a partir da apresentação do por que há a *judicialização*; o que se quer dizer com isso?

Para tal contextualização retoma a época de 1988, mais especificamente a Constituição Federal vigente, a Constituição Cidadã e como na Saúde, com princípios diferentes do que se tinha até então, é criado o Sistema único de Saúde – SUS. No seu entendimento, o SUS é a maior criação do Brasil dos últimos 30 anos, é o melhor programa de saúde do mundo, talvez comparável com o da Inglaterra, talvez com o do Canadá.

Então, a partir do momento que a Saúde vira um direito do cidadão, o que é a *judicialização*? Ela é o papel exercido pelo Judiciário pra garantir tal direito. São decisões judiciais que obrigam o poder público a fornecer bens e serviços de Saúde pra população. E a assistência farmacêutica é uma política pública de saúde.

A Constituição diz que a saúde é direito do cidadão, mediante política pública de saúde, e é por isso que se tem de brigar por política pública de saúde.

Explica que a assistência farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumo essencial e visando a viabilização de acesso aos mesmos, assim como o seu uso



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

racional. E o que é uso racional? É você proporcionar o medicamento para a população através do que se chama de “protocolos clínicos” e diretrizes terapêuticas, que são as políticas do Ministério da Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado, que escolhe o medicamento com base em evidência científica. Tudo isso para garantir o medicamento de qualidade, seguro, eficaz e gratuito conforme o que está no SUS.

Na assistência farmacêutica se quer ampliar o acesso para a população e fornecer medicamentos eficazes. É isso! E como se faz isso? Com política pública de saúde, como política de assistência farmacêutica.

A esse respeito, esclarece que há três componentes: básico, estratégico e especializado. O básico é o fornecido nos postos de saúde, é a medicação para doenças mais comuns, como hipertensão e o diabetes. O paciente, com sua receita, vai ao posto de saúde e retira o medicamento. Quem faz essa seleção? É o Ministério da Saúde; é a Secretaria Estadual de Saúde junto com o Município, há uma pactuação.

O estratégico fornece os medicamentos para tratamento de doenças endêmicas, como HIV, toxoplasmose, cólera, etc. São distribuídos em postos de saúde específicos porque não há tantas pessoas com essas doenças, não há por que distribuir em todos os postos de saúde. Fica centralizado nas unidades de especialidades. As unidades de especialidades tem os medicamentos que, pela complexidade do tratamento, ou por ser um tratamento longo, são muito caros, como transplante, asma, etc.

Em alguns lugares específicos está o programa estratégico. Alzheimer, hepatite, AIDS, enfim, é uma pactuação que se tem no sistema, tem de haver notificação compulsória. O paciente tem a ver com isso? Não! O paciente tem de ter o acesso.

Dito isso, explicita que, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, houve o aprimoramento do mecanismo de incorporação de novas drogas na assistência farmacêutica, tornando-o muito mais transparente, participativo e acessível, através da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011⁹, a qual criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - Conitec (art. 19 Q).

Segundo a pesquisadora, a criação da CONITEC cria uma lógica de incorporação de drogas, de novas tecnologias, não só de medicamentos, mas todas as

⁹ Anexo 5

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

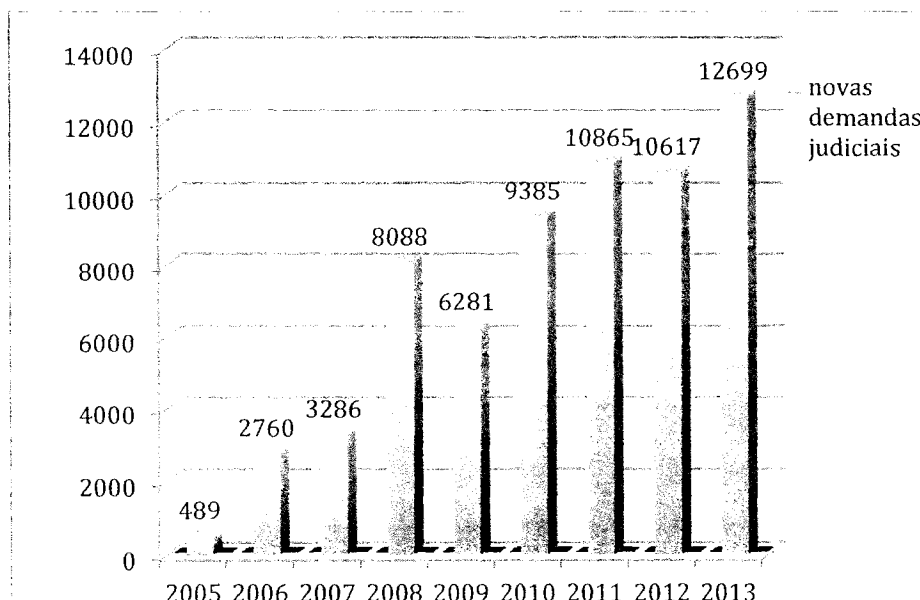
inovações. Este é transparente, democrático, há consulta pública e há prazo e qualquer um não pode entrar com uma solicitação. É óbvio, tem de ter dados de ensaios clínicos, mas a sociedade, a sociedade médica, a indústria farmacêutica, a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério Público podem entrar, desde que tenham os dados que qualquer droga, para começar, tem de ter para entrar no Brasil.

A lei faz também algo diferente, delimita a assistência farmacêutica, há uma lei sobre isso. Antes não era delimitada, agora é citado: consiste em dispensação de medicamentos e produtos de interesse à Saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas, definido em um protocolo clínico por doença ou agravo à Saúde a ser tratada. Ou, na falta de protocolo, em conformidade com outro artigo.

Após três meses tem de ser avaliado, se não for avaliado há mais de três meses, se não for avaliado será automaticamente incorporado. Tudo está no *site* da Conitec: (<http://conitec.gov.br/>).

Conforme os dados de pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde, o número de ações judiciais no período de 2005 a 2013, como segue abaixo.

Distribuição das novas ações judiciais por ano de entrada. Estado de São Paulo, 2013.



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

A pesquisadora comenta que há uma entrada de 12 mil ações em 2013, sendo que destas, 10 mil são ações novas; 10 mil em 2012; 10 mil em 2011. Em 2009 a Secretaria de Estado criou uma política de solicitação de atendimento administrativo. Houve acesso e não se pode acabar com a judicialização porque foi ampliado o acesso. Não é falta de acesso. Porque então voltou a crescer?

Diabetes é a doença mais citada nos processos. No Código Internacional de Doenças (CID), o diabetes tem a sigla “E”, como se pode observar na próxima tabela.

Os 20 CID mais solicitados nas demandas judiciais, São Paulo, 2010 a 2014.

CID	Número de Processos
E10 - Diabetes mellitus insulino-dependente	4.605 (8,2%)
G30 - Doença de Alzheimer	1.818 (3,2%)
E14 - Diabetes mellitus não especificado	1.728 (3,1%)
E11 - Diabetes mellitus não-insulino-dependente	1.681 (3,0%)
G47 - Distúrbios do sono	1.530 (2,7%)
H35 - Outros transtornos da retina	1.458 (2,6%)
I10 - Hipertensão essencial (primária)	1.430 (2,5%)
B18 - Hepatite viral crônica	1.421 (2,5%)
F90 - Transtornos hipercinéticos	1.236 (2,2%)
N18 - Insuficiência renal crônica	1.163 (2,1%)
I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	1.050 (1,9%)
M81 - Osteoporose sem fratura patológica	961 (1,7%)
G80 - Paralisia cerebral	940 (1,7%)
M17 - Gonartrose	940 (1,7%)
G40 - Epilepsia	847 (1,5%)
F32 - Episódios depressivos	710 (1,3%)
C50 - Neoplasia maligna da mama	669 (1,2%)
F20 - Esquizofrenia	667 (1,2%)
C61 - Neoplasia maligna da próstata	624 (1,2%)
R69 - Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	545 (1,9%)
Total:	26.023 (46,1%)

Das ações, 69% são relacionadas a medicamentos para Diabetes, os quais seguem relacionados na tabela abaixo, por ordem de frequência.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher
Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Medicamento	Número de Processos
Insulina Glargina 100 Ui/MI - 3 MI / refil	2.170
Ranibizumabe 10 Mg/MI - 0,23 MI / ampola	1.602
Clopidogrel 75 Mg / Comprimido	1.198
Insulina Lispro 100 Ui/MI - 3 MI / refil	913
Insulina Asparte 100 Ui/MI - 3 MI / refil	861
Cloridrato de Cinacalcete 30 Mg / comprimido revestido	852
Boceprevir 200 Mg / cápsula gelatinosa	844
Insulina Glargina 100 Ui/MI / caneta descartável	699
Omeprazol 20 Mg / cápsula	692
Insulina Glargina 100 Ui/MI - 10 MI / frasco-ampola	670
Hialuronato de Sódio 10 Mg/MI - 2 MI / frasco-ampola	625
Glicosamina + Condroitina 1,5 G + 1,2 G / sachê	608
Ácido Zoledrônico 5 Mg/100 MI / frasco-ampola	590
Ácido Acetilsalicílico 100 Mg / comprimido	583
Insulina Asparte 100 Ui/MI / caneta descartável	516
Sinvastatina 20 Mg / comprimido	506
Insulina Lispro 100 Ui/MI - 10 MI / frasco-ampola	502
Citalopram 20 Mg / comprimido	486
Losartana 50 Mg / comprimido	473
Insulina Asparte 100 Ui/MI - 10 MI / frasco-ampola	472

A maioria das ações é de clínicas privadas. A insulina é o medicamento mais judicializado também no Estado, na Secretaria Estadual de Saúde. De vinte itens, três não tem similar terapêutico para a população, mas em 17 itens há similar terapêutico.

Foram analisadas 11 mil ações ajuizadas entre 2010 e 2014, nas quais há solicitação de medicamentos pertencentes ao componente especializado da política de assistência farmacêutica e se constatou que 80% dos casos estão fora de protocolo clínico. O protocolo está publicado, passou por consulta pública e é feito em medicina baseado em evidências.

É importante saber o que está sendo prescrito para os pacientes e de que forma os médicos estão prescrevendo.

Outra tabela ilustra o que está sendo discutido em relação a política pública de assistência farmacêutica, no caso da dispensação de ácido acetilsalicílico, o AAS, por determinação judicial.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Fornecimento de ácido acetilsalicílico por determinação judicial, Estado de São Paulo, 2013.

Ácido Acetilsalicílico	N de ações judiciais	Consumo Mensal (comprimidos)	R\$ Unitário	R\$ Total
500 mg comprimido revestido	1	30	0,91	27,3
300 mg comprimido revestido (ASPIRINA PREVENT)	1	30	0,9	27
81 mg comprimido revestido	1	30	0,196	5,88
81 mg comprimido revestido (ECASIL-81)	1	30	0,18	5,4
85 mg comprimido de liberação lenta	2	60	0,475	28,5
100 mg comprimido de liberação lenta (AAS PROTECT)	2	60	0,27	16,2
162 mg comprimido de liberação lenta	2	64	0,44	28,16
81 mg comprimido de liberação lenta (BUFERIN)	6	180	0,294	52,92
300 mg comprimido revestido	5	182	1,039	189,13
100 mg comprimido de liberação lenta (SOMALGIM)	7	246	0,322	79,21
325 mg comprimido revestido	11	340	0,419	142,53
200 mg comprimido de liberação lenta	13	484	0,296	143,36
100 mg comprimido revestido	41	1.386	0,29	402,02
100 mg comprimido (AAS)	47	1.800	0,213	383,1
100 mg comprimido (ASPIRINA PREVENT)	56	1.861	0,32	595,08
81 mg comprimido de liberação lenta (SEM MARCA)	58	1.974	0,214	423,33
100 mg comprimido liberação lenta	230	8.147	0,298	2.430,48
100 mg comprimido	541	20.560	0,16	3.288,67
total	1.025	37.465		8.268,24

Cada linha desta representa uma apresentação diferente, mas tem a mesma indicação terapêutica. Só a primeira linha, a apresentação de 500 miligramas que é utilizada para dor. Todas as outras apresentações são usadas, são os antiagregantes plaquetários, para “afinar o sangue”. Não faz sentido uma política pública de saúde com 23 padronizações diferentes. E não existe diferença para o medicamento de 300 miligramas ou para 100 mg ou 125mg ou 325 mg. É possível que sejam utilizados dois comprimidos, conforme a necessidade. A base do ácido Acetilsalicílico como antiagregantes plaquetários, é 100 miligramas por dia. É o que está na dose certa. É o que está no posto de saúde. Se o médico achar que tem de ser 200, toma dois. É isso que é política pública, você selecionar qual é a dosagem utilizada pela maior parte da população que é a dosagem de 100mg e então esta é padronizada. Quando existe exceção podem ser utilizados dois comprimidos ou mais, conforme a necessidade. Mas nisto interfere o marketing da indústria e outras questões que saem do alcance da seleção de uma padronização.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Em seguida a apresentação mostra uma sistematização de valores gastos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/SP) no período de 2010 a 2013 a partir de ações judiciais determinando o fornecimento requerido.

Categorias	Ano			
	2010	2011	2012	2013
Material médico-hospitalar	R\$ 12.037.442,79	R\$ 21.978.746,25	R\$ 27.050.307,54	R\$ 36.996.631,23
Medicamento	R\$ 164.568.907,17	R\$ 226.052.678,05	R\$ 280.766.712,41	R\$ 315.276.587,56
Nutrição	R\$ 36.151.418,83	R\$ 34.051.758,75	R\$ 31.550.497,09	R\$ 47.006.807,53
Outros itens	R\$ 15.667,22	R\$ 162.750,13	R\$ 346.462,22	R\$ 435.259,25
Total	R\$ 212.773.436,01	R\$ 282.245.933,18	R\$ 339.713.979,26	R\$ 399.715.285,57

Em 2015 foi gasto quase 500 milhões e isso representa grande parte do recurso financeiro. No entanto, o gasto com saúde não pode ser mensurado apenas pela quantidade de recurso gasto. Para quem trabalha no Sistema Único de Saúde, equidade é a palavra que se persegue. E o que é equidade? É dar mais a quem precisa mais. É uma justiça social.

E em relação à justiça social é preciso discutir os dados disponibilizados pela Fundação Seade que informam que a parcela da população que mais aciona o poder público pela via judicial provem de estratos sociais sem nenhuma vulnerabilidade social, que moram em ruas asfaltadas, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)¹⁰. Por outro lado, aqueles que apresentam maior vulnerabilidade social, os que teoricamente mais precisavam das ações são justamente os que não têm acesso a isso, apesar de estarmos no Município de São Paulo, com uma Defensoria muito boa, cujos trabalhos começaram em 2002, e com um Ministério Público muito atuante. A cidade de São Paulo é uma cidade com características que a colocam fora do mapa do Brasil.

Não se fala mais sobre equidade. A preocupação maior é a falta de incorporação e hoje está transparente. No caso das insulinas, que é o maior índice, há o relatório mostrando por que não foi incorporado. Todos esses medicamentos cuja

¹⁰ Anexo 6



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

incorporação foi solicitada já constam em relatório, embora se diga que o relatório não esta bom. Então como não se consegue, tem que ser judicializada a política individualmente.

O Promotor de Justiça Reynaldo Mapelli Junior fez rápida apresentação de sua carreira e em 24 anos, passou por vários setores do Ministério Público e atuou em um grupo especializado de promotores de justiça de saúde pública. Foi assessor do Procurador-Geral de Justiça e Chefe de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde na gestão do Professor Giovani Guido Cerri. Durante 2 anos, foi gestor, e uma das suas funções era receber as liminares e as ordens judiciais. Defendeu em dezembro de 2014 uma tese de doutorado¹¹ na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na qual foram utilizados dados de 2010 a 2014, durante 5 anos, da Secretaria de Estado da Saúde, e somente de ações individuais de medicamentos e produtos, o que esta de acordo coma a problemática que a Dra. Ana Luiza fez referencia.

De acordo com a experiência de trabalho do promotor a forma da judicialização da saúde aqui no Estado de São Paulo é a mesma forma que outros estudos têm tentado demonstrar, e que se pode ser resumido nos seguintes itens abaixo:

- ✓ mais de 60% dessas pessoas que ajuízam ações estão em hospitais privados ou clínicas privadas;
- ✓ estas pessoas não estão sendo atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Nestas situações existe um problema grave de equidade.
- ✓ Estas pessoas têm médico particular e podem – com razão ou não – precisar de um medicamento, e neste caso acionam o Poder Público para comprar ou fornecer esse medicamento.
- ✓ Essas pessoas não entram no Sistema Único de Saúde, elas continuam no hospital privado ou na clínica privada.

Esse é um primeiro problema que precisa ser discutido.

Outro problema que a pesquisa demonstra é que é muito frequente que esses

¹¹ Mapelli Jr, Reinaldo. *Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integridade e regime jurídico-constitucional do SUS*. São Paulo, USP 2015.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

medicamentos solicitados não estejam nas políticas públicas, porque muitos desses são medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que é o órgão que fiscaliza a eficácia e a segurança dos medicamentos. Isso é muito frequente e tem sido considerado quase sempre irrelevante pelo Poder Judiciário que é o registro na ANVISA.

Outro fato muito frequente que ocorre são os medicamentos importados; mesmo não existindo no País, determina-se que se compre algo do Exterior.

Também muito frequente é a confusão de competências, na qual o cidadão não tem que ficar sabendo quem faz o que, quem compra o que e isso é muita confusão. Em medicamentos, claro, é complicado, porque só a assistência farmacêutica pode entender bem. Mas existe uma portaria do Ministério da Saúde feito não pelo Ministro da Saúde, mas pelo País todo, depois de conferências nacionais; e temos uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde, que explica bem como são essas políticas públicas e não deixam dúvidas de que tem que haver um controle de medicamentos, o uso tem que ser racional, tem que ter registro no País, tem que ter evidência científica e assim por diante, e deixam clara a questão do acordo, daquilo que foi pactuado.

Com relação à receita que o médico faz colocando a necessidade de um medicamento de alto custo. O desenho atual dá conta que o Governo Federal compra, de acordo com os protocolos clínicos; distribui para a Secretaria de Estado da Saúde, e é ela que deve fornecer para a população. Essa é a regra geral. Mas aquela receita, se for usada para uma ação judicial contra o Município, é quase certo que o juiz vai condenar o Município.

A consequência desse processo há municípios pequenos – no Estado de São Paulo inclusive – praticamente quebrados por causa dessa conta, pois eles não têm recurso para comprar medicamento de alto custo¹².

¹² A esse respeito faz-se constar que está análise dois processos judiciais no Supremo Tribunal de Justiça – STF, na condição de Recursos Extraordinários (REs), sob os nºs 566471 (<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2565078>) e 657718 (<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=657718&classe=RE&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>). O julgamento dos referidos recursos tiveram início em 15 de setembro de 2016, retomado em 28 do mesmo mês, ocasião na qual houve pedido de vistas pelo Ministro Luis Roberto Barroso. Os recursos, que já tiveram repercussão geral reconhecida, tratam do fornecimento



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Se nessa receita você coloca uma aspirina, como a Ana Luiza comentou, aí seria comprada e distribuída pela Prefeitura; se isso for para o Estado, ele terá que comprar na esquina, aí o Tribunal de Contas vai questionar porque comprou na esquina, embora fosse uma ordem judicial. Isso tudo, mesmo que eu tenha medicamento na unidade básica de saúde.

O sistema público de saúde é a melhor política de inclusão social que temos no Brasil, que precisa ser aperfeiçoada, e o pessoal da Saúde Pública, com os inúmeros problemas que se discutir, tem trabalhado nesse sentido.

Do seu ponto de vista, os profissionais do Direito estão errando muito. O que é o SUS, quais seus princípios e diretrizes, a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/1990, eu nem sabia que isso existia e hoje não sabem também. Há uma área do Direito que cuida disso, que é o direito sanitário, mas é preciso que seja ensinado nas faculdades, que seja cobrado nos cursos de juízes, promotores e advogados; seja divulgado, porque esse é o Direito de poucos especialistas, o Direito Sanitário. Então aquela pessoa que se forma e que se torna advogado, Promotor e juízes, ela nunca ouviu falar em Direito Sanitário, a área do direito que trata do SUS. Quando vai prestar concurso para Promotor e para juiz, é a mesma coisa: quase não se pede nada. O Supremo Tribunal Federal decidiu vários casos. Nem sempre concordo com a decisão do Supremo, mas quase sempre me parecem decisões equilibradas.

Por exemplo, o Ministro Gilmar Mendes decidiu que o protocolo clínico estabelecido tem de ser obedecido; é a regra geral em que o Estado e o Município se reúnem e decidem como vai ser o tratamento, o que vai ser fornecido para as pessoas e de que jeito vai ser proporcionado. O Ministro diz: “Exceção tem de ser provada”, está lá na decisão dele. Na época, isso não estava na lei, mas tem de ser a regra.

Informa que o Conselho Nacional de Justiça sugere, não é uma obrigação, mas recomenda aos juízes do País, primeiro: “Vocês têm de ter apoio técnico para decidir”. Tem de lutar para ter apoio técnico: enfermeiro, médico, farmacêutico; para que na hora em que tiver um pedido diferente, precisa ouvir alguém. Há apoio técnico?

de remédios de alto custo não disponíveis na lista do Sistema Único de Saúde (SUS) e de medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Para mais informações acessar: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=326275>

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Não, rarissimamente existe. É muito fraco. E há sugestões para o juiz na hora de decidir:

“Quando o senhor der uma liminar, evite dar. Ouça preferencialmente o gestor.”

A recomendação também diz: “Evite dar o medicamento sem registro na Anvisa. Evite dar o medicamento fora do protocolo...” E por aí vai. Há outras sugestões. Estou falando isso porque em 2010, eu acreditei. Pensei que agora nós iríamos brigar com essa recomendação. Isso avançou. O Conselho Nacional de Justiça emitiu alguns enunciados sobre saúde pública, mas o que se destacar é a existência de um problema no Brasil em relação à saúde pública.

Retoma que sistema único de saúde tem obrigação, por lei, de dar o que está nesses protocolos clínicos e nessas listas. Se existe um sistema de incorporar para que todos tenham acesso àquilo que é necessário; considerando o custo, a efetividade, a eficácia terapêutica, a vantagem para o paciente em razão do que já tem; por outro lado, existe essa obrigação, que está expressa na lei hoje, de cumprir os protocolos clínicos.

Existem os protocolos, como isso funciona e diz expressamente que o paciente tem de estar no SUS para receber o seu tratamento. É um direito de todo cidadão, inclusive dos ricos. O rico tem direito ao SUS. Ninguém discute isso, mas ele tem de entrar no SUS e não num hospital privado. Isso está no decreto. Continua a mesma história da judicialização da saúde.

Se nós temos uma realidade em que as indústrias farmacêutica e hospitalar têm uma atividade, no mínimo discutível do ponto de vista ético, em relação a produtos de marca, produtos mais caros, etc.; se nós temos uma desorganização que pode ocorrer com essas ações judiciais, se elas não consideram a política pública, o juiz tem que saber que aquele medicamento muito caro, se a prefeitura der ela pode quebrar.

Aponta que há um problema hoje, em relação ao Direito. As regras existem para que a política pública funcione para todos de maneira mais justa. Mas, geralmente quem grita mais é quem tem mais recursos, consegue contratar um advogado, tem a informação do médico, tem mais dinheiro e acaba obtendo as coisas. Então eu acho que a gente precisa ter isso muito claro. Como promotor, quando alguém procura e fala que precisa de medicamento de câncer, trazendo uma receita, preciso primeiro me informar com o Sistema Único de Saúde, a União, com as Secretarias de Estado e Município



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

sobre aquele medicamento, se precisa mesmo, se tem outro, etc. e observar essas regras.

Dando sequencia, faz a distinção entre princípio ativo e nome comercial. Medicamento tem uma marca, mas ele tem princípio ativo, a denominação comum brasileira. A lei diz - essa lei existe desde 1990, mais antiga ainda - que é proibido comprar e distribuir por marca. O Sistema Único de Saúde deve comprar e distribuir, tem que ter a prescrição de um médico, de um dentista, está na lei isso, mas não pela marca. Até porque ele é obrigado a licitar, para procurar o produto mais barato, para comprar mais e distribuir mais, etc. Mas é irrelevante, colocou a marca na receita, quase sempre a condenação é para comprar aquela marca. Eu acho que nós precisamos muito nos conscientizar que as regras existem para que o sistema seja mais justo e funcione melhor.

Diante desse contexto, a conclusão do trabalho de pesquisa no doutorado é que nós, operadores do Direito, consideramos a lei irrelevante. Hoje a lei no Brasil é irrelevante. Se há um trabalho, ouve a população, ouve as demandas para fazer um projeto legislativo. É importantíssimo interpretar a lei e buscar a justiça no caso concreto. Mas nós do Direito temos o ônus argumentativo de falar: “Olha, a lei fala que não pode marca, mas eu quero marca, vou explicar porque eu quero. Está na Constituição. A decisão do juiz tem que ser fundamentada.”. Manda-se comprar marca, nem se sabe que essa lei existe e se souber, também desconsidera. Isso está errado, porque ela tem um motivo. Pede marca porque a indústria farmacêutica quer vender, porque o de marca, muitas vezes, é mais caro, porque é obrigado a comprar mais barato. Então tem um motivo para essa lei, ela é importantíssima e tem que ser cumprida.

No caso concreto, se não for cumprida, o juiz tem que falar por que, justificar e fundamentar para que o outro lado possa se defender. Para que o SUS, inclusive, possa se defender. É uma conversa de louco. Manda comprar marca, a gente faz uma defesa, indefiro. Indefiro por quê? Por que eu sou obrigado a comprar marca? Por que sou obrigado a importar um medicamento se a lei diz que não pode? A lei diz, está escrito: “Não pode medicamento importado.” “Ah, mas vai salvar uma vida.” Ai está o problema, temos de ter prova. Eu não sou insensível, se salvar uma vida tem que comprar mesmo. Com base em que nós estamos falando isso?

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Na sua avaliação a lei é algo muito importante para a democracia. Ela pode ter defeitos, deve ser aperfeiçoada, o trabalho do Legislativo é nesse sentido, mas ela é muito importante, porque decorre dessa discussão política, no bom sentido, que é feita no Parlamento. Para aprovar uma lei que diz que não pode comprar marca, não deve ter sido fácil. Deve ter sido uma briga, mas aprovaram isso. Ela é importante do ponto de vista do interesse público.

Finaliza sua fala indicando que estamos num momento no Brasil, em sua opinião, que simplesmente a lei é desconsiderada. Sentencia, ou não se conhece – os profissionais do Direito – ou se desconsidera. Isso está errado! Os profissionais do Direito, têm ainda um trabalho muito grande de fazer que é conhecer o Sistema Único de Saúde e defende-lo como está na lei, como uma política pública para todos. Não é para um grupo pequeno que está sendo atendido em hospital privado, é para todos. Se precisar mesmo do medicamento, o caminho está na lei, ele tem que ser registrado no País, a indústria tem que pedir o registro, as fases de teste, para obter o registro e poder ser comercializado. Terminou o registro, ele tem que entrar na política pública. Entrará no protocolo através do sistema de comparação de tecnologia, que é um procedimento no Ministério da Saúde. É assim o caminho a percorrer.

A sequencia da sessão foi aberta aos demais participantes da mesa, sendo que a Sra. Ione Taiar Fucs, da Associação de Diabetes Juvenil (ADJ – Brasil), pediu a palavra e iniciou com breve apresentação, dando conta que convive com as pessoas que têm diabetes e com a necessidade que elas têm de utilizar, outros medicamentos diferentes daqueles que constam no rol oficial para dispensação. Elas utilizam inicialmente insulinas, mas depois têm a necessidade de utilizar outras insulinas que são chamadas análogas. O médico procura fracionar. Então tem gente que chega a tomar a três vezes por dia Insulina NPH: de manhã, hora do almoço e na hora do jantar. Nos intervalos tudo que você come, se transforma em açúcar. O que acontece? Você precisa utilizar uma insulina ultrarrápida, nem a regular, que é disponibilizada na unidade básica de saúde, dá o resultado que a pessoa necessita.

Já chegou gente para nós da Santa Casa, paciente atendido pelo SUS, que precisa, dizia: “Meu médico que falou que eu preciso utilizar tal e tal insulina. Não é



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

aquela que é disponibilizada...”. Então as pessoas fazem muito sacrifícios, não estou falando daqueles que são mais abonados, que sabemos que também existe isso, mas o que acontece? Essas pessoas acabam pagando um plano de saúde para poder ter o atendimento. Quem tem diabetes, que é uma doença degenerativa, tem necessidade premente de ter sempre consultas. Ele vai passar com um médico que não é especialista, que não sabe, que não está atualizado. Que a gente diz que quem tem diabetes tem de passar com um médico que é dialetólogo. O que é dialetólogo? É aquele médico que entende de diabetes. Não adianta ser um endocrinologista. Esse seria o contexto, porque precisa ser entendido, o porquê está havendo judicialização.

Como é essa recusa? Conversa com seu médico, porque médico vai poder lhe orientar, que o SUS já disponibiliza o tratamento. O tratamento são as insulinas NPH regular, e essa pessoa não pode tomar mais. Ah, o médico está prescrevendo porque é marca, ele está prescrevendo porque é mais caro. Não é verdade. Mesmo que a Conitec não tenha aprovado, não aprovou por causa do custo, que são insulinas caras, e se ele aprovar o que acontece? As pessoas vão continuar solicitando as insulinas análogas. É um direito da pessoa em pleitear aquilo que vai lhe fazer bem. As insulinas análogas, as basais... uma delas tem um basal de 24 horas, sendo que a NPH tem um basal de 12 horas. Vai evitar as séries hipoglicêmicas e as oscilações que a pessoa tem quando ela está tomando erradamente, falta educação, sim, em diabetes. Mas eu não concordo quando fala que o critério vai ser porque viu que aquela pessoa veio de um hospital público, de um hospital particular e não do SUS. Não adianta, a pessoa não consegue consulta no SUS.

Em sequência, a Sra Paula Sue Facundo de Siqueira, representante da Secretaria Estadual de Saúde fez uso da palavra e discorre sobre a judicialização da saúde, localizando que, do seu ponto de vista, se trata de um problema realmente de entendimento. Tratam-se de áreas que antes nunca se tinham misturado e recentemente, a partir de 2005, elas têm essa amalgama baseada no direito fundamental à saúde.

Disse que, enquanto determinado operador do direito entende um Hospital das Clínicas como habeas corpus, as pessoas da saúde pública entendem como Hospital das Clínicas/tratamento de alta complexidade, ou ainda o operador de direito entende

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Ministério da Saúde como sendo mandado de segurança, a saúde pública entende como sendo política pública de saúde.

Assim, há divergência de linguagem, há divergências de visões do que é o direito à saúde. Há um momento individual e há um momento coletivo. O problema é muito maior, e de abrangência. O SUS se propõe a ser universal, é um modelo para quem estuda um pouquinho, é um modelo maravilhoso, é uma inovação, é aquela coisa de brasileiro, ele foi além do que pode se fazer, mas acho que a questão do SUS, não é ineficiência. Acredito que a questão do SUS é apropriação.

Quando a Doutora Ione fala que não se consegue uma consulta no SUS, eu pergunto: a Associação de Diabetes Juvenil entrou com alguma ação judicial pedindo acesso ao sistema de saúde para os seus assistidos?

Atualmente a gente percebe que o SUS está se transformando em um balcão de farmácia para a saúde privada. O paradigma não é o direito individual e o direito social.

O paradigma é como o SUS deve operar. Como a judicialização pode ser benéfica para esse sistema maravilhoso que é o sistema público de saúde. Dialogando com a Sra. Ione, afirma não ter nenhum sistema público de saúde no mundo, que tenha incorporada as insulinas análogas como primeira escolha terapêutica. A Conitec não trouxe evidência. A Conitec trabalha com uma metodologia chamada de medicina baseada em evidência, que é uma metodologia universal, é a linha de escolha da Organização Mundial de Saúde para eleição dos medicamentos públicos. Então, todos os sistemas públicos operam nessa metodologia. Então, qual é a melhor evidência? É a influência recebida pelo médico?

Isso não quer dizer que o médico tenha uma cartilha a seguir, porque cada paciente é único e cada médico tem a sua experiência de trabalho. Ele pode também ter experiência, ele pode também ter influência de laboratório. Ele pode ter interesse criminoso nessa judicialização. Eu falo para os senhores, porque é caso que temos em nosso sistema. Observamos que há verdadeiras quadrilhas que estão usando, tirando dinheiro do sistema público para custear interesse.

Do seu ponto de vista, o caminho são organizações representativas de



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

pacientes, associações representativas de médicos, mas não com a finalidade mencionada anteriormente. E temos judicializado o produto, que a nossa agência reguladora sanitária não autoriza. A judicialização da Saúde, isso em raríssimos casos, extremos e nefastos casos, tem um laboratório que patrocina; o medicamento faz a propaganda com os especialistas, mas não pede o registro e pede exclusividade no território nacional para a intermediação do comércio. Por que acontece isso? Como entidade pública, somos obrigados a comprar por um representante nacional, como primeira escolha. Esse representante coloca o preço, que é regulado pela Anvisa, às vezes, até 108 vezes o valor de mercado, do preço dele no balcão lá na França, ou na Alemanha, depende da natureza do produto. É esse o direito à Saúde que está sendo guardado por nosso Poder Judiciário?

Estou trabalhando nessa área desde 2007 e nunca vi um pedido de um paciente ou de uma representação legal pedindo para o paciente ser incluído no SUS: “Olha, eu quero ser incluído no Cacon¹³, porque eu tenho a Lei Hebe Camargo que me assegura que em 60 dias¹⁴ de diagnóstico devo estar no SUS. Isso não vi.

Qual é o problema? É de apropriação, é de legitimação. É de levarmos o SUS como próprio nosso. Temos esse paradigma de que o SUS é feito para pobre, para o menor custo, quando a tecnologia não é a melhor e vai por conveniência e oportunidade do gestor. Isso não acontece mais assim. Entrem no site Conitec. Lá aparece como se faz a escolha, como o gestor, como o SUS escolhe os seus medicamentos, como ele elenca os seus produtos, por que ele diz que a insulina análoga não é a primeira escolha. Até onde conhece, a barreira não foi a oferta de custeio no caso da insulina análoga. São várias variáveis para elencar um produto. Fundamentalmente: segurança, eficácia terapêutica e viabilidade.

¹³ Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), estabelecimentos que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de paciente oncológico. (Portaria nº 3.535/98, de 02/09/1998 e MS/SAS nº 1.289, de 16/07/2002)

¹⁴ Anexo 7 - Lei nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.”. Tal lei também ficou conhecida como “Lei dos 60 Dias” pois o prazo estipulado é de sessenta (60) dias, como direito do cidadão/paciente, “de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS)”, no referido prazo, “contado a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.”

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

Enfatiza que o SUS também tem como princípio a integralidade da assistência à Saúde, que vai muito além do “é tudo para todos”. O “tudo para todos” fazemos com o nosso dinheiro. Com o dinheiro público não podemos fazer “tudo para todos”, porque não sabemos qual é a natureza desse “tudo”; se esse “tudo” é socialmente justo.

Parte-se do princípio de que, se o médico tem a *expertise* de escolher a melhor terapia para o seu paciente, ele tem a mesma *expertise* de propor, para o SUS, a incorporação dessa tecnologia. Eu entendo, enquanto operadora no SUS, que, se ele tem essa *expertise*, ele tem uma obrigação social profissional de levar essa oferta no SUS para ser reavaliada.

A Conitec é clara e transparente, ela tem participação de consulta pública, de especialistas. Para pensar que o SUS é desde 1980, 1990. Se você pensar que a assistência farmacêutica está incorporada, definida, a Conitec está definida a partir de 2011, é esse o caminho. Acho que se está reinaugurando o SUS.

Em seguida, fez uso da palavra o Pe. João Inácio Mildner, representante da Cúria Metropolitana, atuante no Hospital Emílio Ribas a mais de 20 anos, entre outros, comentou que o empenho deve ser por criar um espaço de diálogo em nível de municípios, de Estados, da União. Se continuar com essa competição entre os segmentos, nós vamos enterrar essa criança bonita chamada SUS. Não há mais como *tocar* pra frente. Indica que só vê viabilidade no SUS, progresso do SUS, na universalização – que, do seu ponto de vista, é o programa de justiça social mais bonito que se tem - na medida em que se souber dialogar e não olhar para o próprio umbigo, olhar pra alguém que precisa.

O Presidente da sessão técnica passou a palavra o Dr. Reynaldo Mapelli para considerações finais, que acrescentou mais argumentos relativos à judicialização. O primeiro diz respeito à câmara técnica (de assessoria técnica ao/no judiciário), o juiz não é obrigado a ouvir. Completa que já ouviu muito juiz, muito promotor achar que é irrelevante ou que vai atrapalhar o direito à Saúde. Então além de montar a Câmara Técnica, com a participação do Estado, do município, controle social, enfim, imaginar uma maneira bastante ampla e aí o juiz perguntaria para essa Câmara Técnica, pediria



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

um parecer sobre o assunto. É preciso um trabalho de conhecimento dos juízes e dos promotores de que ela, Câmara Técnica, é importante por causa de todos os problemas sobre os quais estamos falando, e que ela vai ter o máximo de isenção possível. E o diálogo. Nas faculdades de Medicina também, tem de convencer os médicos de como é isso, tem de haver um trabalho de convencimento.

E o controle social, pra se ter uma ideia, raramente um profissional de Direito sabe que o controle social na Saúde tem papel deliberativo; que uma política pública, como é sobre medicamentos, só pode ser formada após conferências nacionais.

Em diálogo com os argumentos do promotor de justiça iniciou-se breve embate em relação a judicialização pela dispensação de insulinas na qual a Sra. Ione, usando a palavra comenta que, na verdade, quando falam que o juiz deveria determinar dar o prazo de dez dias, para passar para um profissional, deveria passar com um profissional, que vai estar vendo aquele paciente pela primeira vez. O médico que prescreveu para ele já tem um prontuário, já vem sabendo que aquele paciente utilizou NPH, faz hipoglicemia, faz convulsão etc.

Sem seguida a Sra. Paula Sue tomou a palavra perguntando: Doutora, por que esse prontuário não é apresentado no pedido administrativo? No pedido administrativo, vem essa mesma receitinha que a senhora falou, dizendo: “Olha, eu assisto esse paciente. Ele não está tendo resultado terapêutico, e eu peço a insulina glargina”. Seria possível a senhora instruir as suas peças, com todo o histórico clínico, desses pacientes no pedido administrativo. Quando a senhora fala que o pedido administrativo é indeferido, até para diabetes juvenil, o que eu tenho de notícias é que, com esse mesmo recorte, está sendo proposto um estudo na Conitec, é o que a Secretaria Estadual tem deferido administrativamente; e ela só não defere administrativamente quando ela não tem uma informação dando conta que realmente esse paciente foge da curva do padrão de assistência.

Ao que a Sra. Ione, em sua resposta explica que é dada pela associação aos associados ou a outras pessoas, é que elas têm que seguir aquilo que está na página dos

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

senhores, fornecimento de medicamentos da Comissão de Farmacologia¹⁵. Então, o que é pedido lá, é base para a orientação ao paciente para dar entrada. Então, se está faltando alguma coisa, está faltando outra coisa da parte da secretaria, não da parte da associação. Afirmo que a associação não prescreve, não tem médicos. Ela apenas orienta as pessoas como elas têm que ter o acesso. Primeiro sempre foi assim: qualquer pessoa que chega à associação, a orientação é buscar administrativamente, e a pessoa vai buscar administrativamente por meio do que existe no *site* dos senhores. Lá está: Fornecimento de medicamentos, Comissão de Farmacologia. Então, se está faltando alguma coisa que os senhores não têm, é os senhores que teriam, na verdade, atualizar seu conteúdo e dar orientações gerais que se façam necessárias, inclusive aos médicos.

A Sra. Paula finaliza informando que, quando acionado administrativamente, se verifica ausência de informação no preenchimento dos formulários, por exemplo a informação médica ou histórico do paciente, há situações na qual se pede mais informações sobre o caso.

Houve ainda mais duas participações, a título de considerações finais. O Sr. Jason Santos, representando o Conselho Regional de Fonoaudiologia, indica que é importante a gente ter em mente que não é só o medicamento que entra no bojo dessa discussão. Terapêuticas também são judicializadas. Fonoaudiólogos não receitam medicamentos, mas receitam tratamento, prescrevem, de certa forma está nesse bojo do tratamento de tecnologias em Saúde - eu acho que há uma questão importante, com relação ao SUS, que é tanto de conhecimento da população. Muitas vezes, a população não tem ideia de como é o funcionamento do SUS e, muitas vezes, por conta disso, ela acaba entrando num processo complicado para judicializar isso. É preciso que a gente encontre mecanismos de informar os profissionais, que estão no SUS, mas também os que estão no setor privado, porque eles desconhecem grande parte de todos os procedimentos que acontecem dentro do SUS. Por outro lado, também mencionada a necessidade de difusão de conhecimento produzido relativo a temas afins, oferecendo como exemplo o Boletim Brasileiro de Avaliação em Tecnologias em Saúde (BRATS),

¹⁵ Trata-se da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo (<http://www.saude.sp.gov.br/scs/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/>)



Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Saúde e Sociedade

do SUS, mais especificamente o nº 23¹⁶, que ocupou-se da substância metilfenidato que tem sido prescrito para quadros identificados como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, sendo que esta tem sido frequentemente judicializada. Tal edição fez um levantamento de meta-análise. Então se avalia quanto as pesquisas que falam sobre esse assunto estão ou não seguindo procedimentos bastante rigorosos do ponto de vista metodológico em relação ao uso da substância metilfenidato e pesquisas publicadas sobre o tema. No filtro, sobraram pouquíssimos de estudos e todos apontando de que não há evidência de melhora de uma intervenção medicamentosa para alguns tratamentos específicos com relação às terapêuticas. Assim, acho que o Judiciário e o Legislativo também precisam dessa informação, não só os juízes e promotores que necessitam desse conhecimento, mas a população, os profissionais, os nossos representantes nos legislativos também precisam ter esse tipo de informação para evitar o que acontece.

Finalizando, a Sra. Gisele, representando o Conselho Regional de Farmácia, coloca que a sua percepção acerca do tema é que, muitas vezes, a judicialização caminha na contramão do SUS. Tudo o que discutimos aqui parece que a universalidade e a integralidade quando tiradas de muitos para prover um único cidadão, sem levar em consideração a necessidade e excepcionalidade daquela pessoa, muitas vezes se desabastece uma grande parcela da população. Então beneficia um, desabastece vários e por isso caminha na contramão do SUS. A título de sugestão, tendo em vista que na sua percepção, o pilar dessa discussão é o Poder Judiciário, o profissional prescriptor, o médico. Diz que sente falta de um profissional que venha representar essa categoria para termos uma discussão também junto com essa categoria.

¹⁶ Boletim Brasileiro de Avaliação em Tecnologias em Saúde. *Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. Ano VII, nº 23, março de 2014. – Anexo 8

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

**27 de abril de 2016 - Conselhos profissionais da área da saúde e
ações em relação à medicalização.**

Mesa: Dr. Gustavo Bonini Castelanna, psiquiatra do HC, representante da Presidência do Conselho Regional de Medicina (CRM); Sra. Rosângela de Mello, Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem (COREN); Padre João; Sra. Neide Salles Biscuola, da Associação dos Cirurgiões Dentistas da Prefeitura do Município de São Paulo.

Palestrantes: Dra. Rosângela de Mello, Enfermeira, Conselheira e 2ª Secretária do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo;

Dr. Gustavo Bonini Castelanna, Médico Psiquiatra, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Dra. Neide Aparecida Salles Biscuola, Dentista, 2ª Vice Presidente da Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo.

Presença de Ivonildes Ferreira da Silva, Enfermeira e suplente do Conselho Fiscal do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo – SEESP, diretora responsável da sub sede do SEESP em Sorocaba; Wagner Menezes, Secretário Geral de Sincoverg - Sindicato dos Trabalhadores Rodoviários no Transporte de Passageiros, Urbano, Suburbano, Metropolitano, Intermunicipal e Cargas Próprias de Guarulhos e Arujá em São Paulo.

"O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos."

A representante do Conselho Regional de Enfermagem, COREN, mencionou aspectos importantes a respeito da dispensação de medicamentos para a população e as preocupações dos profissionais.

Em primeiro lugar foi citado que a população recorre com frequência à automedicação, ao invés de buscar a consulta e orientação médica para a utilização de medicação recomendada. Infelizmente a pessoa faz uso de algo indicado por alguém, já que nem sempre as consultas ocorrem no período que essa pessoa necessita e, portanto, segue a indicação de outra pessoa que já fez um determinado tratamento com sintomas



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

similares.

A farmácia, também, tem sido um local frequentado pela população para a seleção de medicamentos para tratamento de sua saúde, seguindo a orientação de farmacêutico ou outro funcionário.

Outro ponto citado é que a população não tem a orientação médica adequada a respeito do medicamento que utiliza. Isso envolve o conhecimento de que alguns medicamentos devem ser utilizados regularmente, em horários e dosagens que devem ser seguidas e, ainda, que determinados medicamentos tem interação com outras medicações utilizadas concomitantemente. Esse conhecimento é importante porque o efeito de uma medicação pode ser inibido ou podem ser desencadeadas reações adversas não previstas que causem danos maiores a saúde.

Por outro lado, a indústria farmacêutica programa a embalagem de muitas medicações com quantidade divergente da indicada para os tratamentos e este excedente representa um desperdício, principalmente quando estas são de alto custo. Esse excedente é muitas vezes descartado em local não apropriado, por falta de orientação correta sobre o que deve ser feito nesta situação.

Os órgãos públicos de saúde não conseguem o controle destas situações já destacadas. Cabe citar que o profissional de enfermagem tem autorização legal para dispensação de alguns tipos de medicação indicados para a atenção básica, prevista em protocolos do Ministério da Saúde, mas há uma divergência sobre isso com o Conselho Regional de Medicina, uma vez que alguns médicos não concordam com esta autorização. Existem denúncias indevidas sobre esses casos. Na rotina das unidades de saúde, para alguns tratamentos, como é o caso de Tuberculose, por exemplo, os profissionais enfermeiros devem garantir que os usuários identificados do seu território utilizem a medicação regularmente, inclusive buscando a população em situação de rua, que nem sempre consegue não interromper o tratamento, quando é o caso. Os enfermeiros contribuem bastante na orientação para os usuários no uso adequado da medicação.

Mas o COREN tem limitações na sua competência, como órgãos de classe. Outra questão tratada é que nos serviços de saúde públicos existe uma lista de

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

medicamentos já pré-estabelecida para utilização e aqueles usuários que tem restrição ao uso do que esta disponível tem dificuldade para fazer a substituição dentro do sistema publico, tendo em vista garantir o seu tratamento.

O representante do Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP - relata que a psiquiatria tem feito um debate acerca do uso de medicações e desenvolve uma atuação em conjunto com o Judiciário, com adolescentes infratores da Fundação Casa e muitas vezes busca disciplinar o menor uso de medicação, porque entende ser esta uma questão delicada que envolve a medicalização da vida e das questões sociais. Nestas situações tenta inibir associações feitas por leigos sobre como deve ser feito o tratamento de jovens que estão envolvidos com atos infracionais ou com transtornos mentais. Um autor que apresenta texto interessante para reflexão se chama Gilbert Welch, e escreveu um texto que se chama *O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos*¹⁷. Ele diz o seguinte: “Essa epidemia é uma ameaça à saúde e tem duas fontes distintas. Uma delas é a “medicalização” da vida cotidiana. A maioria de nós passa por sensações físicas ou psicológicas desagradáveis que, no passado, eram consideradas como parte da vida. No entanto, hoje tais sensações são consideradas sintomas de doenças. Eventos como insônia, tristeza, inquietação de pernas e diminuição do apetite sexual, hoje, se transformam em diagnósticos: distúrbio do sono, depressão, síndrome de pernas inquietas”, etc.

Outra fonte, de acordo com o autor, “*é o empenho por descobrir doenças o quanto antes*”. Diagnósticos eram usualmente restritos a moléstias graves. Hoje, no entanto, nós diagnosticamos doenças em pessoas que absolutamente não apresentam sintomas, os famosos “*grupos de risco*” e as pessoas com “*predisposição*”.

E ele conclui dizendo que: “*Ninguém deveria adotar a conduta de transformar pessoas em pacientes, ainda que sem gravidade. Isto gera grandes prejuízos. O fato de rotular pessoas como doentes pode deixá-las ansiosas e*

¹⁷ Jornal do Conselho Regional de Medicina de São Paulo - Cremesp, fevereiro de 2008, p.12 (Artigo publicado no Jornal The New York Times, em 02/01/07. Tradução Daniel de Menezes Pereira) – Por Gilbert Welch, Lisa Schwartz e Steven Woloshin
<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=954%20>



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

vulneráveis, em especial as crianças”.

Então, esse é um texto escrito por um médico e que, acho que para a surpresa de boa parte das pessoas, está disponível exatamente no *site* do Conselho Regional de Medicina, CRM, de livre acesso para quem quiser acessar e dialogar um pouco com o texto. É um tema que os médicos e o CRM têm entendido que é um tema para ser discutido com toda a sociedade. Essa não é uma questão que diz respeito só à atitude dos médicos, quando eventualmente podem abusar dos diagnósticos, pois se trata de uma questão, acima de tudo, cultural, sobre o autodiagnóstico e como ocorre o uso de medicamentos nos tempos modernos o que é diferente de antigamente.

Cabe esclarecimento sobre o termo medicalização que diz respeito a um processo que transforma questões políticas, sociais e individuais, sobretudo, mas não apenas, em ordem biológica. Em outras palavras significa dizer que uma criança mal educada tem um diagnóstico de transtorno mental que justificaria a sua “má educação” e o termo medicamentação que é o uso de medicamentos de forma abusiva. O termo medicalização foi trazido por Ivan Illich, por volta dos anos 70, num livro chamado *Medical Nemesis* e, posteriormente, trazido para discussão pela Professora Maria Cecilia Donnangelo¹⁸, uma socióloga que trouxe essa discussão para o campo da medicina e para as relações entre a medicina e o social de forma bastante rica.

Por outro lado, o CRM tem uma preocupação com atitudes que sejam irrefletidas em relação a esse campo e acredita que a fiscalização do trabalho dos médicos tem de ser feita. O Conselho atua sempre que há casos de denúncia contra abusos médicos, seja em questões éticas ou técnicas. Existe até um parecer do Conselho Federal de Medicina de 2010, sobre esse tema.

O papel do CRM, principalmente da psiquiatria, é uma postura absolutamente aberta ao diálogo, à reflexão e que deve ser partilhada com toda a sociedade e não somente demonizando seja o médico ou próprio diagnóstico, até porque na prática existem situações em que o diagnóstico tem de ser feito, a medicação tem de

¹⁸ Para maior aprofundamento ver NUNES, Everardo Duarte. “Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde.” *Ciência e Saúde Coletiva*, vol 13, nº 3, Rio de Janeiro, mai/jun 2008.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300013#anel

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

ser usada e isso faz toda a diferença para o ser humano, seja um adulto ou até mesmo uma criança. Abusos podem ser cometidos e hoje os contatos entre as áreas da saúde são muito mais ricos do que anteriormente.

A representante do Conselho Regional de Farmácia – Karen, afirma que o CRF tem consciência da participação importante do farmacêutico para contribuir com os Municípios para que haja a redução do uso de medicamentos, porque a judicialização tomou uma grande proporção. O CRF não entende que a judicialização é uma maneira incorreta, o usuário está exercendo um direito, mas o que ocorre é a banalização, o excesso que acontece, ou seja, há uma judicialização excessiva na saúde que compromete porque isso impactava no orçamento da saúde de estados e municípios.

O CRF criou um grupo que faz orientação aos profissionais, sem a intenção de ser corporativista, mas sim fazer conscientização para trazer benefícios ao usuário dos serviços de saúde.

O farmacêutico deve acompanhar o tratamento, a adesão, os eventuais eventos adversos e a interação medicamentosa com alimentos junto com os usuários, o que contribui com os municípios quanto ao aspecto financeiro e de qualidade para os tratamentos.

O foco principal do Conselho, como autarquia federal é zelar pela saúde pública, é sempre defender o direito do paciente de ser atendido com qualidade e de forma humanizada. No entanto, o CRF tem encontrado obstáculos no relacionamento com os órgãos públicos do município de São Paulo uma vez que profissionais sem a formação em Farmácia são considerados aptos a distribuir medicamentos. No entanto o CRF tem buscado o diálogo tanto com a administração pública de São Paulo e outros municípios, quanto com outros municípios, para que a assistência farmacêutica não seja apenas acesso ao medicamento de forma irrestrita, mas sim acesso ao medicamento e ao tratamento prescrito, com qualidade e de forma humanizada.

O representante do Conselho Regional de Fonoaudiologia, Jason informa que existe o Fórum dos Conselhos de Atividades Fim da Saúde treze conselhos



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

profissionais de saúde participam e tem discussões sobre os temas que dizem respeito à saúde, mas ainda existem conselhos que ainda não participam. Porque existe divergência sobre esse tema entre os profissionais de uma mesma categoria profissional e entre as diferentes categorias da saúde, sendo que a maior dificuldade é percebida em alguns setores da psiquiatria, embora outros setores da psiquiatria façam ponderações importantes sobre a medicalização.

Este Fórum é um espaço importante para o debate dos Conselhos referente às relações profissionais que existem, as demandas relacionadas ao SUS e as questões de dispensações de medicação pelos profissionais. Porque existem procedimentos que autorizam esta dispensação por funcionários que não tem a formação para isso e não só na dispensação, mas também, na distribuição do medicamento realizada em alguns espaços por profissionais que não têm a condição de orientar a população sobre o uso daquele medicamento. Os profissionais de farmácia tem total razão quando apontam esse problema e é importante também levar isso para discussão no FCAFS no sentido de fortalecer essa discussão, afinal, também acontece em outras áreas.

Ocorre que enquanto os profissionais de saúde estão debatendo o assunto, aparecem legislações que desconsideram o ponto de vista técnico e aprovam questões no caminho inverso ou as ações judiciais que são propostas e autorizadas, a judicialização. Nesse sentido a legalidade interrompe a discussão da medicalização da vida e questões que são sociais, políticas, econômicas e culturais têm sido transformadas em um diagnóstico em saúde.

No caso da Fonoaudiologia tem uma proposta, na atualidade, para que qualquer profissional faça o teste do TANU – Triagem Auditiva Neonatal Universal e é preciso informar que é necessária uma formação bastante específica com relação aos conhecimentos de audiologia para fazer essa triagem porque alguns procedimentos requerem cuidados bem específicos.

O fato é que a cultura brasileira espera encontrar solução no pronto atendimento do pronto socorro com o medicamento e o diagnóstico. Não é à toa que agrada a população a abertura de UPAs e AMAs. Mas o

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

importante é a Unidade Básica de Saúde com estratégia da saúde da família, com atenção básica, focada na prevenção e promoção de saúde.

Portanto deve se aprender a lidar com a população que anseia por esse tipo de intervenção, mas, muitas vezes, ela não tem a noção que as ações de saúde são definidas a partir da saúde coletiva, bem como no âmbito de como o Sistema Único de Saúde propõe a intervenção de saúde para aquilo que beneficia de fato a população. Existem experiências com pessoas que estavam em tratamento com diagnóstico de saúde mental, estava sendo medicada, mas ela não estava sendo tratada como cidadão, como uma pessoa que precisa de emancipação. E nesse sentido é importante pensar que o Sistema Único de Saúde e as ações da atenção básica tem um papel fundamental nesse sentido.

A rede de atenção psicossocial, por exemplo, tem um papel importante na emancipação desses cidadãos que acabam entrando com diagnóstico de saúde mental, mas são vistos pelo viés da doença. Desde a luta antimanicomial os tratamentos para doença mental propõe pouco tempo de internação para as pessoas, porque essas ações pensam o cidadão a partir de suas possibilidades, no seu território e na convivência social com seus familiares, vizinhos e outros e isso potencializa e promove a saúde.

Os conselhos profissionais foram criados com uma responsabilidade social. É por isso que existe conselho profissional de saúde, porque essas profissões implicam em ações com a população. Muitas vezes determinadas soluções podem trazer problemas irreversíveis. É por esta razão que os conselhos profissionais não só fiscalizam, mas orientam profissionais e a população com relação às melhores possibilidades de atendimento sem que sejam criados problemas irreversíveis. Na Fonoaudiologia não se faz prescrição de medicamentos, mas são atendidas pessoas com diagnósticos de outras áreas.

Quando há um diagnóstico para uma criança de uma doença incapacitante isso se torna definitivo, para o resto da vida dela e o discurso da saúde é muito forte. Quem questiona o que um profissional da saúde fala? Ninguém. É quase como questionar o que um juiz fala. E de certa forma os profissionais de saúde são juizes com relação à saúde da população e por isso essa é uma responsabilidade muito grande.



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

**18 de maio de 2016 - Avaliação de novas tecnologias em saúde e a
inclusão de novos medicamentos.**

Composição da mesa:

Dra. Eliane Cortez, Farmacêutica, representante da Diretoria do Conselho Regional de Farmácia.

Dra. Karin Sasaki, advogada do Conselho Regional de Farmácia.

Dra. Sandra Aparecida Jeremias, Farmacêutica, Coordenadora da Secretaria Executiva da Comissão de Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Palestrantes:

Dra. Ana Luiza Chieffi, Doutoranda da Faculdade de Medicina da USP

Dr. Suel Abujamra, oftalmologista, livre docente em retinopatia aposentado da Universidade de São Paulo, Coordenador do Curso de Especialização, Instituto Suel Abujamra.

“A indústria farmacêutica, em termos de movimentação de dinheiro no mundo, só perde para a indústria bélica”.

A apresentação da Dra. Sandra Aparecida Jeremias discorre sobre o Processo de Seleção de Medicamentos na Secretaria Municipal de Saúde e sobre a Comissão de Farmacoterapêutica (CFT-SMS), que é responsável pela seleção de medicamentos no âmbito da Secretaria, comissão responsável pela elaboração das listas oficiais de medicamentos da Rede de Atenção Básica e de Especialidades, também no âmbito dos hospitais, prontos-socorros, SAMU e da lista oficial de odontologia da Secretaria.

Destaca a importância de fazer uma reflexão sobre esse tema além da apresentação do processo utilizado para a seleção de medicamentos, no qual o pano de fundo determinante é o imenso poder que a indústria farmacêutica tem adquirido ao longo do tempo, desde a industrialização.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

A abordagem do medicamento enquanto bem de consumo leva a algumas distorções. É um bem social, mas, ao mesmo tempo, tem essa característica de bem de consumo, o que leva a distorções em termos de acesso e de uso racional de medicamentos, e do grande impacto nos cofres públicos.

Aborda também as estratégias promovidas pelo Sistema de Saúde - SUS para enfrentamento dessas questões.

Os determinantes que levam à produção de medicamento são essencialmente econômicos.

A indústria farmacêutica, em termos de movimentação de dinheiro no mundo, só perde para a indústria bélica, e isso é extremamente significativo do que isso representa para a sociedade. Existe no desenvolvimento de um produto farmacêutico a intenção de dar conta de uma demanda legítima, mas a motivação a produção ou não desse medicamento é o lucro que ele pode gerar, se ele pode ser vendido ou não. Como exemplo disso, as doenças de alta prevalência no terceiro mundo, dos países em desenvolvimento, como a Tuberculose, não motivam tanto as pesquisas. Em contrapartida, os anticorpos monoclonais, os biológicos, que são extremamente custosos, estão em pleno desenvolvimento.

Essa característica influencia os prescritores, os médicos, que representam o meio do produto chegar até a população. Isso leva a práticas de profissionais – odontólogos, médicos e farmacêuticos, da equipe da saúde em geral – a ter uma influência em relação à propaganda, ao *marketing*, o que caracteriza o nosso medicamento como bem de consumo e mercadoria, além de um bem social.

A indústria farmacêutica evoluiu no nosso país, apesar de todas as crises, de



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

forma crescente. O Brasil passou da 10ª posição no mercado de medicamentos mundial, para 6º colocado em um período de 10 anos (2005 – 2015), tendo movimentado R\$ 36 bilhões em vendas no 1º semestre de 2015.

2005	2010	2015
1 Estados Unidos	1 Estados Unidos	1 Estados Unidos
2 Japão	2 Japão	2 Japão
3 França	3 China	3 China
4 Alemanha	4 Alemanha	4 Alemanha
5 Itália	5 França	5 França
6 Reino Unido	6 Itália	6 Brasil
7 Espanha	7 Brasil	7 Itália
8 Canadá	8 Espanha	8 Índia
9 China	9 Canadá	9 Espanha
10 Brasil	10 Reino Unido	10 Rússia
11 México	11 Rússia	11 Canadá
12 Austrália	12 Índia	12 Reino Unido
13 Coreia do Sul	13 Austrália	13 Venezuela
14 Turquia	14 México	14 Turquia
15 Índia	15 Coreia do Sul	15 Coreia do Sul
16 Rússia	16 Turquia	16 Austrália
17 Holanda	17 Polónia	17 México
18 Bélgica	18 Holanda	18 Argentina
19 Polónia	19 Bélgica	19 Polónia
20 Grécia	20 Grécia	20 Bélgica

Mercados Consumidores de Medicamentos

O Tema da medicalização que esta Subcomissão traz possui este determinante como pano de fundo e por isso é importante trazer cada vez mais pessoas para discutir e formar uma massa crítica em relação a isso, porque um importante foco de mudança é o comportamento da própria população, que exige dos médicos uma prescrição.

Enquanto bem de consumo, o remédio, segue as mesmas regras de qualquer mercado onde consome quem pode. Em termos de distorção de acesso, existe no mundo dois bilhões de pessoas sem acesso a medicamentos considerados essenciais, o que demonstra que esse consumo, apesar de ser grande, está concentrado em uma pequena parcela da população, tanto no Brasil como em qualquer parte do mundo, onde 15% (quinze por cento) da população consome acima de 90% (noventa por cento) da produção farmacêutica. Por conta do marketing da indústria farmacêutica, e, muitas vezes, por falta de estratégias em se realizar uma seleção adequada das necessidades temos que o gasto público com medicamentos, em países em desenvolvimento (25-70%

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

do gasto em saúde), é muito maior do que nos países desenvolvidos (15% do gasto em saúde).

Um fator de distorção do uso e que caracteriza o medicamento como bem de mercado é a inovação da tecnologia. É frequente a produção de novos medicamentos com a mesma finalidade e toda uma propaganda a favor da substituição de drogas eficazes mais antigas por produtos novos e mais dispendiosos.

Uma queixa frequente da população usuária do SUS é - “Puxa, mas a lista da Prefeitura só tem medicamento velho”, “não tem lançamento, não tem um moderno”, o que requer muito cuidado do Poder Público, porque nem sempre um medicamento novo de fato significa uma inovação em benefício da saúde das pessoas. Outra questão a ser colocada é: os produtos farmacêuticos sempre oferecem resultados positivos?

De acordo com estudo da Revista Francesa *La revue Prescrire*, que analisou, por 20 anos, o mercado farmacêutico francês, o qual possui um comportamento muito parecido com o brasileiro, dos 2.871 novos lançamentos, apenas os avaliados com a cotação de “bravo” (medicamento significando uma inovação, um benefício) apenas 7 (sete) tinham essa categoria. A maior parte era “eventualmente útil”; quase 2 (dois) mil produtos não representavam nenhuma inovação; alguns eram até inaceitáveis (tabela a seguir). Embora esse quadro represente um estudo que terminou em 2003, ele continua muito atual.



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

La revue Prescrire – 200

Cotação	Nº de especialidades farmacêuticas	%
Bravo	7	0,24
Interessante	77	2,68
Traz algum benefício	217	7,56
Eventualmente útil	455	15,85
Nada de novo	1.913	66,63
Inaceitável	80	2,79
A comissão de redação não pôde se pronunciar	122	4,25
Total	2.871 (b)	100

As informações confiáveis sobre determinado produto só são plenamente conhecidas depois de um tempo grande em que aquele produto foi utilizado, comercializado.

Segundo a Organização Mundial da Saúde um produto é considerado plenamente seguro e conhecido quando tem pelo menos 10 anos de comercialização, e para que um novo produto seja colocado no mercado é necessário ser aprovado em diversas fases de desenvolvimento, como estudo em animais; eficácia e segurança e estudos pós-marketing. Mesmo com todos estes estudos, tem-se observado, durante os últimos anos, que vários fármacos que são considerados não essenciais e não inovadores, porém com um bom histórico de aceitação no mercado, precisaram ser retirados do mercado por conta de efeitos colaterais graves.

Distorções do uso como tratamento não bem indicado e reações adversas – que variam de leve intensidade até a graves, com mortalidade – geram custo ao sistema

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

de saúde e tem enorme impacto social como retornos aos Serviços de Saúde, hospitalizações, incapacidades e até mortes. No Brasil o sistema de vigilância de internação hospitalar decorrente de uso indevido de medicamentos ainda não está sistematizado, existindo apenas alguns hospitais sentinelas, o que dificulta o acesso a dados disponíveis para avaliação. Nos Estados Unidos da América constata-se que a letalidade por RAM¹⁹ (Reações Adversas aos Medicamentos) pode alcançar 5% dos indivíduos acometidos, e cerca da metade (49,5%) das mortes e 61% das hospitalizações por RAM ocorrem em pacientes com **60 anos** e mais.

Na Europa, estima-se que 3% a 8% das admissões hospitalares são consequentes de RAM. Esse número pode chegar a 17% quando se trata de paciente idoso. Já a incidência de RAM em pacientes hospitalizados atinge a casa dos 20%.

No Brasil a farmácia clínica está se desenvolvendo muito com a finalidade de ter o acompanhamento do farmacêutico na questão do uso dos medicamentos, com o intuito de se evitar ou de minimizar os efeitos do uso indevido de medicamentos.

A lógica mercadológica do consumo de medicamentos tem um grande impacto no orçamento público, sendo o segundo maior gasto do sistema público de saúde em países em desenvolvimento, perdendo somente para os gastos com recursos humanos (OMS). No Brasil, a evolução do mercado farmacêutico no período de 2003 a 2011, representada no gráfico abaixo, tem sido sempre crescente, assim como os gastos do Ministério da Saúde com os medicamentos, nesse mesmo período, de acordo com o gráfico a seguir.

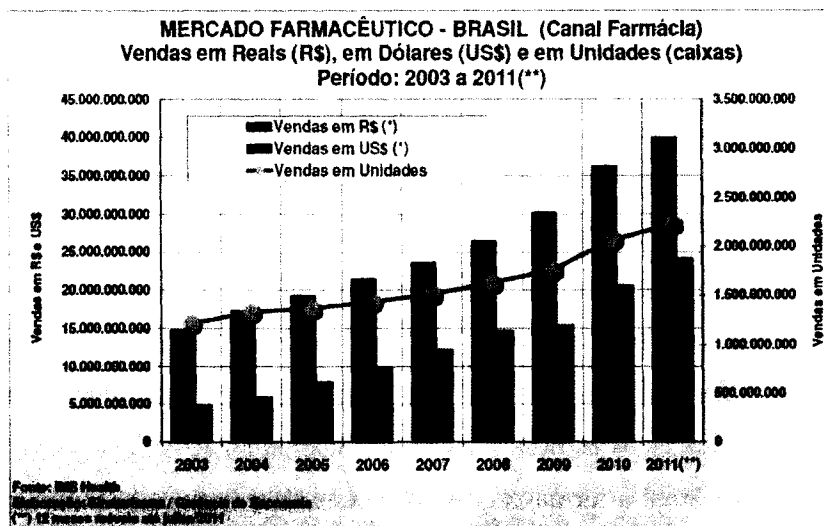
¹⁹ como consta no Formulário Terapêutico Nacional – 2010 / Rename/2010, mais especificamente em PEREIRA, José Gilberto. *Reações adversas a medicamentos*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Parte 1 – Capítulos Gerais: Temas em Farmacoterapia / Reações Adversas a Medicamentos, pag. 51) http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf



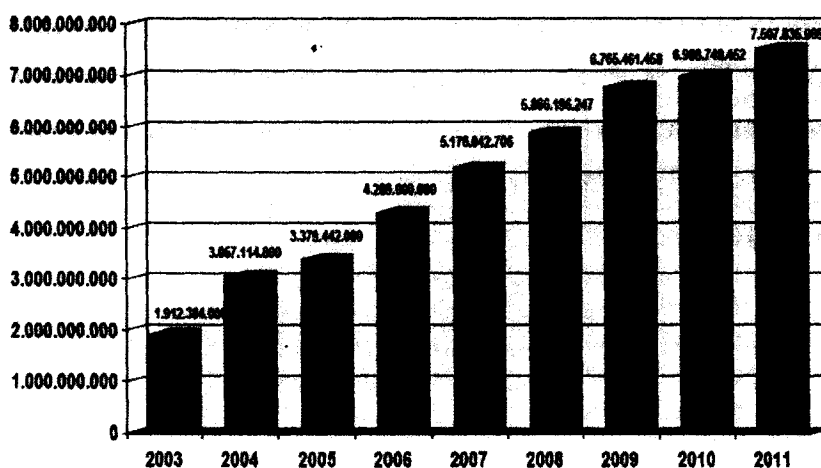
COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Evolução Mercado Farmacêutico – 2003 – 2011 – Brasil



Evolução dos gastos com medicamentos – 2003 – 2011 Ministério da Saúde – Brasil



A Organização Mundial da Saúde, diante do quadro do uso inadequado dos medicamentos, quando disponíveis, e de gastos cada vez maiores com fármacos ineficazes, não seguros ou inapropriados, propõe que os países estabeleçam comissões de farmacoterapêutica, ou comissões de farmácia e terapêutica, para a seleção dos

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

medicamentos com critérios de segurança e efetividade e a elaboração de listas oficiais, que é uma das diretrizes da nossa recente Política Nacional de Medicamentos do SUS, de 1998.

As vantagens de se ter uma lista padrão de fármacos são: a oferta de produtos farmacêuticos seguros e eficazes, de acordo com as necessidades da população, aumentando a qualidade da farmacoterapia; racionaliza custos e permite maior aproveitamento dos recursos financeiros disponíveis; maior eficiência na gerência do ciclo logístico da assistência farmacêutica, que envolve desde a aquisição, a distribuição, o armazenamento e o uso do medicamento - quando há uma lista reduzida, essa logística toda fica mais racional; contribui para o uso racional de produtos farmacêuticos.

A lista nacional, a Rename, é referência para todos os municípios, mas as listas municipais variam de acordo com as necessidades regionais. No município de São Paulo a lista necessita de uma complexidade muito maior do que a própria Rename. Esse instrumento por si só não garante o uso racional de medicamentos; ele promove, mas não garante que o medicamento da lista seja bem-indicado, como por exemplo, o abuso de consumo de Omeprazol e até de antidepressivos.

Importante salientar que o município não delibera, ou não adota qualquer tipo de medicamento porque existem pactuações que conferem responsabilidades específicas ao município, ao Estado e à União. Ao Município compete a atenção básica e de especialidades. Por consequência, medicamentos para doenças mais raras ou muito mais complexas e de alto custo, são de responsabilidade do governo do Estado e outros ainda, da União, constando da lista municipal apenas o que é de sua competência.

A Comissão Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal foi instituída por meio de uma portaria em 2002. Bem consolidada em seu trabalho, tem procurado melhorar sua atuação a cada ano. É composta de profissionais, médicos, enfermeiros e dentistas na rede, dos diferentes níveis de complexidade, que trabalham nos serviços e que são convocamos para participar das reuniões. Tem caráter deliberativo e está

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

subordinada diretamente ao Secretário de Saúde. O critério de trabalho da comissão é o que chamamos de saúde baseada em evidências, ou saúde baseada em provas científicas de que o medicamento de fato tem segurança, eficácia e efetividade, tendo por base de trabalho a literatura científica. Não utiliza material produzido pelo laboratório produtor do medicamento; mas sim bases de dados internacionais, americanas, australianas, inglesas que trabalham com literatura independente. É responsável pela revisão das listas de compras de medicamentos com referência de dados epidemiológicos. Avalia dados de segurança e de eficácia e efetividade dos medicamentos, e seus técnicos avaliam o risco-benefício que todo medicamento oferece.

No caso de solicitação de inclusão ou de substituição por novo medicamento, que pode ser realizada somente por meio de um formulário (por escrito, fundamentado por estudos e disponível em internet), mas pode ser solicitado por qualquer profissional de saúde, usuário ou até mesmo pela indústria farmacêutica; dois pareceristas independentes realizam estudos e a avaliação no prazo de um mês e levam seus pareceres para apresentação em reunião, onde um terceiro parecer será elaborado, caso haja discrepância entre as conclusões dos pareceres.

Esta comissão sempre avalia, para cada nova tecnologia a ser incorporada, qual população vai ser beneficiada; qual a intervenção que está sendo estudada; qual o comparador, o controle, o placebo ou outro medicamento para comparação e quais são os resultados esperados. A partir de descritores e palavras-chaves, realiza uma busca na literatura científica disponível em fontes como o *Nice*, o *Science*, *NPS*, *SciELO*, *Trip*, *HealPh Canada* e várias outras fontes de informação. Também se verificam diretrizes clínicas utilizadas em outros países, estudos de custo por tratamento, preço do medicamento, para finalmente ser deliberado.

A Dra Ana Luiza Chieffi, farmacêutica, atua na Vigilância Sanitária do Estado e em estudos sobre a judicialização da saúde. Relata sobre a importância da conscientização da população, da classe médica, das escolas médicas, dos hospitais a respeito da medicalização e da importância de discutir o tema de incorporação de novas tecnologias, sendo que a incorporação é uma parcela do uso racional de medicamentos e, a incorporação também traz consigo a questão da judicialização.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Enquanto estudiosa do tema, faz uma apresentação sobre a incorporação no âmbito do Ministério da Saúde. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, foi criada pela Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. É assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Essa Comissão trabalha, mais ou menos com as mesmas bases e com custo efetividade, comparando tecnologias - medicamentos, exames, seringas, agulhas, tudo na área médica, tudo o que tenha uso no SUS, hospitais e clínicas - que vai fornecer para o cidadão.

A Assistência Farmacêutica, de acordo com a Lei federal 8.080 que define os princípios constitucionais do SUS - Universalidade, Integralidade e Igualdade, está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS, juntamente com a vigilância sanitária; a vigilância epidemiológica; a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) começou a ser construída na década de 70, pela CEME – Central de Medicamentos, que já possuía uma lista 500 medicamentos disponíveis no sistema e padronizados nos hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. A Portaria nº 3.916/MS/GM/1998²⁰ criou a PNM e seu princípio básico é assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, nas três esferas de Governo. As Diretrizes da PNM são:

- ✦ *Regulamentação sanitária de medicamentos;*
- ✦ *Reorientação da Assistência Farmacêutica;*
- ✦ *Promoção do Uso Racional de Medicamentos;*
- ✦ *Desenvolvimento científico e tecnológico;*
- ✦ *Promoção da produção de medicamentos;*

²⁰ cf. Anexo 5

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

- ✦ *Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;*
- ✦ *Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; e,*
- ✦ *Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).*

A RENAME²¹ representa um meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. O mecanismo para a redução de custo de um produto que a RENAME disponibiliza é a seleção de medicamentos específicos, dentre os inúmeros existentes no mercado, que sejam mais seguros, eficazes, dentro de um rol de medicamentos, auxiliando no processo de licitação, principalmente em licitação de uma grande quantidade de medicamentos. A relação custo-efetividade é importante no momento de comprar o produto. É necessário pensar nos custos, apesar da vida não ter preço, os custos devem ser avaliados.

O Decreto 7.508 de 2011 regulamenta a Lei 8.080, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa. Esse Decreto criou a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde e qualifica a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS e inclui a obrigatoriedade da revisão desta lista a cada dois anos.

A Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, cria a CONITEC e especifica como deve ser feita a incorporação de tecnologias no SUS, sendo atribuição

²¹ Para maior detalhamento, consultar <http://conitec.gov.br/rename13>

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

do Ministério da Saúde, assessorado pela CONITEC a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, como exemplo temos que a assistência farmacêutica não pode usar medicamento que não seja autorizado pela nossa Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

As solicitações de incorporação de novas tecnologias no SUS são analisadas em relação às evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança da tecnologia em questão e a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas.

A partir de 2011, a CONITEC é que propõe a incorporação e a exclusão de itens. Esse processo busca agilidade e transparência. No que se refere à agilidade a solicitação de inclusão de itens pode ser encaminhada, desde que contenham embasamento de estudos científicos, pela Sociedade Civil, por Sociedade Médica, pela indústria farmacêutica, por Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Câmara dos Vereadores, qualquer interessado. Realizado o pedido, será analisado em sua documentação, em um prazo médio de 90 dias, até no máximo, seis meses.

Em relação à transparência, todo item já analisado passa por consulta pública, publicada no Diário Oficial da União e no site oficial para manifestação pública, ou seja, para as pessoas concordarem ou não com a incorporação. Qualquer pessoa pode entrar na consulta pública e dar a sua recomendação. A análise é feita após esta etapa, a de recomendações da sociedade civil e sociedade médica, emitindo um novo parecer.

A operacionalização da Política de Assistência Farmacêutica se dá através de níveis de Componentes que são o Básico, o Estratégico e o Especializado, definidos pelo Ministério da Saúde e pactuados nas três esferas – município, estado e o ministério. O básico tem uma lista da RENAME, onde o município pode incluir alguns itens. O estratégico já é uma lista fechada, destinado às doenças endêmicas que o Ministério da Saúde tem um olhar diferenciado como a Aids, tuberculose, leishmaniose, que necessitam de protocolos clínicos específicos. Existem protocolos no âmbito dos Estados e dos Municípios e também a padronização hospitalar. Os casos Oncológicos

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

recebem tratamento integral.

Desde o início do fluxo de incorporações no final 2011 até outubro de 2014, a CONITEC incorporou ao SUS 57 pedidos de medicamentos, 49 das solicitações tiveram a decisão de não incorporação, 38 estão em análise, 2 em pós Consulta Pública, 1 em Consulta Pública, 5 aguardando parecer final para publicação, 16 itens foram excluídos da lista do SUS, além de processos encerrados por não conformidade na documentação.

Ter uma política de medicamentos é um avanço, ela pode ser melhorada, mas seu aspecto positivo é ter um olhar, com medicina baseada em evidência e analisando o custo e a efetividade é um avanço para o SUS.

O Dr. Suel Abujamra, se apresenta e inicia o que chama depoimento pessoal e oftalmologista há 59 anos. Fez toda a sua carreira universitária na Universidade de São Paulo, se aposentou, por idade, como professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi Presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia da Sociedade de Retina e Vítreo, da Sociedade Latino-Americana e, agora, está sendo homenageado pela Sociedade Pan-americana de Retina e Vítreo, possuindo, portanto, uma história para contar sobre o problema do médico, do paciente, dos recursos que se tem para resolver o problema do paciente e as dificuldades que os médicos encontram.

Entende que o maior desafio é a doença, e que na oftalmologia existem diversas partes: a cirúrgica; a medicamentosa; a de exames, de equipamentos bons para bons diagnósticos, sendo uma especialidade muito aparelho-dependente.

A preocupação dos oftalmologistas é realmente resolver o problema da população e evitar a cegueira que tem um custo humanitário dos mais violentos. O custo dos cegos pra Nação é muito alto. Na cidade de São Paulo há 53 mil cegos, 300 mil com deficiência visual grave, e com problemas oculares são dois milhões. Vinte e quatro por cento da população tem alguma deficiência, de acordo com estatística do IBGE e informações da Internet, metade tem deficiência visual. Essa especialidade tem uma

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

importância violenta, e há realmente uma luta com dificuldade para os prestadores que trabalham com a doença.

Em seu depoimento relata sua experiência com retinopatia diabética e a evolução tecnológica dos tratamentos disponíveis, desde a foto coagulação até ao uso do laser, do trabalho como prestador de serviços ao atender a clientela do INAMPS, e da dificuldade que sempre houve na legalização de novos medicamentos e equipamentos.

Aponta a falta de campanhas e ações para prevenção da cegueira por parte do Ministério da Saúde e da dificuldade de incorporar novos medicamentos específicos da oftalmologia à lista de medicamentos do governo, como aqueles para as doenças vasculares da retina que mais causam cegueira, como a retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade. Existem medicamentos que mudaram radicalmente o tratamento destas patologias, substituindo a aplicação de laser por injeções com um ótimo resultado, pois provocam a inibição do crescimento de vasos anormais, e até mesmo a sua involução. Só que esses medicamentos não são implantados no SUS porque são de alto custo, e em seu trabalho acabam atendendo na base da filantropia.

Coloca sobre a importância das campanhas como o Abril Marrom criada pelo Vereador Aníbal de Freitas, campanha de conscientização municipal sobre a cegueira e o Novembro Azul sobre o diabetes e do SUS como o maior patrimônio que se criou, nesta Constituição. Da necessidade que temos de defender o SUS com tudo, com todas as forças, porque a população que fica mais cega é a população mais pobre, porque não consegue tratamento em tempo hábil ou não são instruídos para isso.

Faz uma crítica à regionalização, porque para algumas especialidades como a oftalmologia, não existem serviços de qualidade em todas as regiões. Que antes da regionalização realizavam atendimentos para todas as pessoas do país, e que muitos ficaram desassistidos, sendo um serviço referência para formação de especialistas. Outra crítica é o distanciamento do Ministério da Saúde das Universidades, que são produtoras de pesquisas, ou seja, não há uma linha de pesquisa da universidade de interesse do Ministério da Saúde, um ordenamento de pesquisa científica para poder beneficiar a população.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

Existe também a ausência de estatísticas, não há um estudo epidemiológico do Brasil, das várias doenças; havendo somente trabalhos esparsos, não havendo um projeto de conhecer o inimigo, que é o diabetes, e não só na retinopatia, mas na parte renal, de cardiopatia, neuropatia.

Em relação às multinacionais de medicamentos, elas deveriam ter um compromisso com a população, um compromisso social. Tudo é questão de negociação entre o fabricante, a classe médica e o Poder Público, para tornar viável o acesso às tecnologias, sempre focando em resultados positivos para o doente, e tudo existe para beneficiar o doente. Temos que pensar além do risco benefício. Temos que pensar também no dano benefício, porque, muitas vezes, um procedimento cirúrgico pode provocar uma iatrogenia. Tudo deve ser considerado pela CONITEC, tem que investigar tudo, haver um amadurecimento.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

**01 de junho de 2016 - Práticas complementares como promotoras de
saúde mental.**

Palestrantes convidados:

Dr. Roberto Tykanori, Coordenador de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde;
Jorge Cândido de Assis e José Alberto Orsi, ambos da Associação Brasileira de
Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia – Abre;
Alain Martins da Silva, pesquisador.

“Os transtornos mentais no geral são situações de processos históricos”.

A sessão foi iniciada com a composição da mesa para a qual foram convidados além dos palestrantes o padre João, da Arquidiocese de São Paulo, e o Dr. Richard Weingarten, da Yale University, jornalista e militante em saúde mental, seguida das exposições dos palestrantes, primeiramente com a exposição do Sr. José Alberto Orsi e do Sr. Jorge Cândido de Assis, ambos representantes da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia, mas especificamente em relação ao Projeto Comunidade de Fala, o qual trata-se de um “grupo de pessoas com histórias de vivência, recuperação e superação de transtornos mentais que quer levar a públicos diversos as suas histórias, para levar informação, desfazer mitos, lutar contra o estigma dos transtornos mentais, promover diálogo e gerar esperança”.

Nas apresentações do Projeto Comunidade de Fala, foi explicitado que há um formato de apresentação, em seis tópicos em interação com o público presente, contudo, nesta sessão, houve a necessidade de adaptação da mesma, na qual as falas foram seguidas e a abertura para participação ocorreu ao final de todas as falas dos presentes à mesa.

O Sr. José Alberto Orsi apresentou-se indicando ter formação em engenharia civil e MBA no Missisipi e, atualmente exerce uma função na Abre de

Folha nº 54 do proc.
nº 32 - 04 de 20 15

Vera Nice Rodrigues
RF 104.128 - SGP-12

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Diretor-Adjunto, e coordenador da Comunidade de Fala. Identifica-se como portador de transtorno mental, sendo que teve seu primeiro surto em 1994. Na época, trabalhava como engenheiro fiscal de obras, e esclarece que não foi um surto esquizofrênico, porque foi diagnosticado com esquizoafetividade, que é uma espécie de esquizofrenia com bipolaridade. Ocorreu no final de um empreendimento em que estava terminando em São Paulo. Não conseguia trabalhar, apresentando dificuldade muito grande de operação e de gerenciamento de suas minhas funções. Consultou com diversos psiquiatras, mas, como era apenas depressão, eu fui medicado para isso sem ter um outro diagnóstico. Essa depressão durou mais ou menos seis meses.

Em 1998 teve um surto esquizofrênico mesmo, o surto foi no final do mestrado na *University of Southern Mississippi*, Estados Unidos da America, e esses foram **os dias mais difíceis**. Tinha a impressão de que tinha mediunidade, interagia com a televisão ou com a internet. Tinha delírio persecutório, tinha delírio de grandeza; às vezes, achava que era enviado de Deus ou Adão. Tirou a roupa no condomínio onde morava e pulou na piscina nu, tendo sido, depois, removido para o hospital psiquiátrico local. Através de sua irmã, que também morava naquele país, encontraram um psiquiatra que fez o diagnóstico e medicou contribuindo para o controle da crise possibilitando seu regresso.

Relata que o **processo de aceitação** não foi fácil, porque foi dito que teria que tomar medicação para o resto da vida. Então isso foi uma notícia muito ruim, e percebeu que não havia outra saída, a não ser seguir a recomendação médica.

A Abre, que conheceu em 2003, foi um elemento importante para o seu processo de aceitação. Atualmente participa do Núcleo Amigos Portadores de Esquizofrenia e Esquizoafetividade, e eles ajudam, através de grupos de autoajuda e grupos de acolhimento, a aceitar melhor a doença. O tratamento, na verdade, é a longo prazo, que terá de passar por psiquiatras e tomar medicação até o final de minha vida, infelizmente. O que ocorre, na verdade, é que graças à sua estabilização, os sintomas de delírios e alucinações foram reduzidos a um nível bastante satisfatório. Está

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

conseguindo trabalhar com os seus psiquiatras da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde faz tratamento, com a redução paulatina da medicação.

Propôs a organização de um grupo de acolhimento na Abre, instituído em 2005. E isso fez parte de seu tratamento, e ajuda no tratamento de outras pessoas, é um grupo de fala. Isso é um fator que faz com que as pessoas que tenham a doença mental, no caso a esquizofrenia, reencontrem o seus pares e não se sintam simplesmente sozinhas, no sentido de que elas não entendam o seu processo. A inter-relação, a conversa entre as pessoas, faz com que elas entendam melhor a sua psicose.

Lidando com problemas de saúde mental. Procuro manter a estabilidade emocional através da redução paulatina de estresse. Não tenho emprego formal desde 2001 e tenho atuado como Diretor-Adjunto na Abre. Já foi funcionário da própria Abre e hoje tenho atuado como voluntário. Também parou de dirigir carro em São Paulo, que é um fator estressante. Se locomovo de Metrô e ônibus e anda bastante a pé. Tem o passe da São Paulo Transportes – SP Trans, que me dá gratuidade no transporte. A qualidade de vida é algo muito importante, e fazer amizades, ter uma boa noite de sono, se alimentar bem e ter uma atividade física. E já faz anos que eu está com excesso de peso, porque um dos problemas que teve com a medicação foi o ganho excessivo de peso em poucos meses. Engordou 40 quilos desde que começou com o tratamento. No último ano, perdeu 15 quilos. Sua meta é perder mais 20 e voltar aos 75, 73 quilos que tinha antes de sua crise. Hoje, está com 97 quilos.

Teve uma satisfação muito grande por desenvolver uma habilidade artística. Costumo desenhar e pintar. Atualmente, tem organizado oficinas e coordenado oficinas livres de criação na Abre. Há cinco oficinas: escrita, filosofia, teatro, música e artes plásticas. Além dessas atividades, está mais voltado para a militância em Saúde Mental.

Falou sobre **sucessos, esperanças e sonhos**, sendo que o seu sonho, na verdade, não foge à regra da sociedade, de maneira geral. É o sonho de se tornar profissionalmente independente e ter uma autonomia financeira. No âmbito familiar, não tem uma companheira, ainda. Indica que pode até casar e, eventualmente, ter uma pessoa comprometida em uma relação afetiva, além de ter admitir a possibilidade de ter

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

filhos, neste caso, por adoção. Finaliza indicando ter vontade de retornar à universidade, de estudar Filosofia ou História.

Em sequência, o Sr. Jorge Cândido de Assis, integrante do Projeto Esquizofrenia (PROESQ) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). No PROESQ atua como professor convidado. Em seu relato, seus **dias difíceis** são ligados à esquizofrenia, que evolui ou em crises agudas que, se bem tratadas, duram um mês ou menos; e períodos de remissão que, se bem tratados, duram anos.

Teve, ao longo da vida, cinco crises com a esquizofrenia, que compõem os seus dias difíceis. Cada crise tem conteúdos diferentes, e isso se deu ao longo de 31 anos. O principal resultado da crise psicótica é a perda de contato com a realidade e a perda da capacidade de conviver na comunidade, na sociedade. Em todas as suas crises, o que o ajudou foi o uso da medicação. É importante dizer que, para certas doenças, o remédio é necessário, é fundamental, e também tem de ser ministrado na dose certa e o tipo certo de remédio. Para a esquizofrenia existem vários tipos de remédio, e essa é a especialidade do Psiquiatra. Acontece também que só o remédio não resolve o problema. É necessária uma reconstrução interior e ajuda de profissionais para que você volte a viver com qualidade e com relações gratas na comunidade.

A minha **aceitação** da esquizofrenia se deu num processo difícil. Ficou 18 anos brigando com o fato de ter, ou não ter, a doença; tentou trabalhar, estudar; e trabalhou por 13 anos e estudou na Universidade de São Paulo, no curso de Física, em São Carlos. Mas, em 2001, teve sua terceira crise, que foi a pior, a mais forte, e teve ajuda de uma equipe, de uma profissional de referência, uma terapeuta ocupacional, que o ajudou a reconstruir o meu mundo interno e a ter um **projeto de futuro**. Esse projeto era estudar Filosofia e, no ano de 2002, ingressou no curso de Filosofia da USP.

Sobre os tratamentos, a questão é um pouco mais delicada. Acha fundamental, para que o tratamento aconteça e gere resultados, uma relação de confiança, que se pode chamar de relação terapêutica, mas antes disso tem de ser uma relação de confiança. Passou por vários profissionais, mas alguns o marcaram muito.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Exemplificou, a terapeuta ocupacional que o tratou em 2001; o médico psiquiatra que o ajudou a aceitar o uso da medicação, através de muito diálogo, em 2002.

Em 2005 foi se tratar no Programa de Esquizofrenia da Unifesp, onde encontrou uma médica que o deixou escolher a dose do remédio que eu queria usar, desde que eu firmasse um acordo de que, caso não me sentisse bem, iria procurá-la. Foi uma responsabilidade muito interessante de transferir para mim a responsabilidade com a dose, com a tomada do remédio e seus efeitos. Então, a aceitação foi muito importante, através de relações de confiança, com pessoas com quem eu podia me tratar e outras pessoas com quem eu conseguia dividir as minhas questões vividas. Seus tratamentos atuais são: desde 2001, faz terapia psicanalítica e, desde 2008, se trata com um psiquiatra especialista em esquizofrenia, professor titular da Unifesp; e a importância desse tratamento manter-se estável com relação à esquizofrenia e abrir possibilidades para que compreenda, conviva e desenvolva uma relação como parte da sociedade, parte da família, e para fora da doença. A doença está tratada, sob controle. Quando há exacerbações, procura a psicóloga ou o psiquiatra e atuam para que isso não vire uma crise.

Como lida com seus problemas de saúde mental? Procura dormir, pelo menos, oito horas por dia; toma os meus remédios à noite, então os efeitos colaterais da medicação se dão durante o sono; tem planos para cada dia; procura sempre conversar com sua família, nem que seja apenas para dar “bom dia”, saber como está, para ter um convívio familiar; ler e escrever me ajuda a organizar seus pensamentos e sentimentos. Não é uma leitura e uma escrita gratuita, é um exercício e um trabalho. Outra coisa muito importante para lidar com a saúde mental é participar das atividades da Abre. Atualmente, é facilitador de dois grupos, porque ser facilitador é uma atividade muito gratificante: uma oficina de escrita e um grupo de estudos filosóficos. Este é uma iniciativa inédita, pois não há notícias de outro parecido no mundo.

Conta que é **sujeito da sua própria história**, como irmão, como tio, em uma família onde há troca sincera de afetos. É escritor, já escreveu um livro em parceria com Cecilia Villares, que é uma terapeuta ocupacional e de família da Unifesp, com o

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Dr. Rodrigo Bressan, que é professor adjunto do Departamento de Psiquiatria da Unifesp. O livro chama-se *Entre a razão e a ilusão*. Também escreveu dois capítulos de livros e um artigo científico e estou fazendo estudos para escrever um novo livro, cujo núcleo, o fio condutor do livro é a relação entre a ética e a esquizofrenia. Na medida em que a esquizofrenia é uma doença que normalmente tira a capacidade das pessoas decidirem, ela é cerceadora da liberdade, e isso cria um problema ético profundo, porque a sua vida é, muitas vezes, decidida por outros.

Sucessos, esperanças e sonhos, livro que escrevi com a Cecília e com o Rodrigo, foi lançado em Portugal. Ter um livro lançado no País que é a mãe do nosso idioma é muito gratificante, trata-se do país de Fernando Pessoa. Pôde viajar duas vezes para Portugal, uma para o lançamento do livro e outra para atividades do dia 10 de outubro, o Dia Mundial da Saúde Mental. Foram viagens muito gratificantes, com parceiros em Portugal, da Associação “Encontrar-se”. Também teve a oportunidade de viajar para a África do Sul, para um congresso da Associação Mundial de Saúde Mental, e tive a possibilidade – para a sua geração, identifica como uma felicidade – de visitar a ilha onde ficou preso o Nelson Mandela, um líder político e ícone da minha geração.

Contou que convencido a se inscrever em um concurso de divulgação científica, o qual não ganhou, mas angariou o apoio de muitas pessoas, e isso foi muito gratificante. Avalia ser um sucesso ser acolhido, aceito e poder participar de várias coisas.

Relata ter a esperança de que o seu livro possa ajudar, verdadeiramente, as pessoas, pois na nossa sociedade as pessoas têm pouco conhecimento sobre o que é validade de uma argumentação científica e valor de verdade de teorias científicas. Poder traduzir isso em termos de vivência, através da experiência de quem viveu, pode ajudar as pessoas a pensar e aí tem de ser uma coisa que seja acessível, mas não seja simplificadora. Segundo Jorge, nós vivemos num mundo complexo e simplificar, às vezes, pode deformar aquilo que se quer transmitir. O seu sonho é que esse livro possa gerar diálogos. Que exista algo que as pessoas possam pegar e conversar com seu



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Folha nº 57 do proc.
nº 37-04 de 20 15

Vera Nide Rodrigues
RF 181/23 - SGP-12

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

médico, com seu psicólogo, com seu terapeuta ocupacional e com a tia, com o primo que seja algo acessível. Livros técnicos existem muitos e muito bons.

Considerando que foi possível contar com a presença ilustre do professor da Yale University, Dr. Richard Weingarten, um dos idealizadores de programas como o Projeto Comunidade de Fala, da Abre, fez breve participação, apresentando-se como professor de psiquiatria da Yale University e em numa faculdade comunitária no estado de Connecticut que fica no leste dos EUA. Conhece o Brasil desde 1968, ocasião na qual realizou diferentes trabalhos como jornalista e correspondente estrangeiro. Na Bahia, como parte do Corpo de Paz, depois foi para o Rio de Janeiro e trabalhou como correspondente estrangeiro da United Press International (UPI - agência de notícias internacional) e depois voltei para os EUA. Também é portador de transtorno mental lutou muito contra a doença e, em 1994, começou sua recuperação. Desde então trabalha integralmente como diretor dos assuntos dos usuários de serviços de saúde mental em Connecticut. Fez carreira como profissional de saúde mental, criou muitos serviços dirigidos para outros usuários e aposentou-se em 2009. Desde então está trabalhando aqui no Brasil. Desde 1997 começou a voltar para cá quase anualmente. Em 2000 percebeu que entre os brasileiros muitos usuários estavam melhorando, estavam voltando para o trabalho, estavam tomando aulas, casando, constituindo famílias.

Junto com colegas do Rio de Janeiro trabalhou na produção de um livro entrevistando pacientes para ver como é o processo de recuperação para eles e como são suas histórias de melhora, de volta para a comunidade. Fez várias entrevistas em 2001 e em 2006 publicaram um livro que se chama *Reinventando a Vida: narrativas de convivência de transtorno mental*²². Em 2014 assistiu a um simpósio em Campinas no qual houve um debate sobre o que é recuperação, reabilitação, e, finalmente, disseram que não tinham muitas experiências para falar muito sobre o assunto. Assumi a missão de voltar para o Brasil e colecionar histórias das experiências vividas dos usuários que estavam em recuperação.

²² Vasconcelos EM, Weingarten R, Leme CCCP, Novaes PR, organizadores. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, EncantArte; 2006.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Em 2015 eu vim a São Paulo com um programa que se chama *Comunidade de Fala*. É baseado num programa americano que se chama *Em Nossa Própria Voz*, onde os usuários falam sobre suas histórias. Adaptou esse programa para a cultura brasileira e em 2015 eu fiz um treinamento aqui em São Paulo com usuários que estavam em recuperação, depois disso, foi a Santa Maria, no Rio Grande do Sul.

Na sua perspectiva está dando muito certo porque a

voz do usuário é muito ignorada, não é ouvida e sabia que as experiências vividas dos usuários têm muito valor. Pode educar o povo como é realmente ter o transtorno e como as pessoas portadoras de transtorno mental supera isso para voltar para a vida. Esta voz está sendo muito valorizada em todas as apresentações que a Comunidade de Fala realiza.

Também tem, entre seus objetivos, a luta contra o preconceito. Há muito preconceito contra pessoas portadoras de transtornos mentais. A mídia diz que são violentos, preguiçosos, incompetentes. Então, quisemos mostrar que o usuário de modo geral que está na recuperação não é nada disso. É uma pessoa capaz, que tem sonhos, esperanças, experiências de muito valor e devem ser compartilhadas com o público, sendo esta a perspectiva do Programa Comunidade de Fala.

Finaliza afirmando que o que está se vendo é que, em vez de ser um marginal, uma pessoa incompetente, o usuário de serviços de saúde mental que conta sua história é, para muita gente, exemplo de resistência, de superação, de esperança, de fazer uma luta contra a doença, contra a marginalização sofrida. O objetivo é compartilhar as histórias para informar ao público e para mostrar como é realmente os portadores que têm transtorno mental.

A exposição que se seguiu foi do Sr. Alan, mestrando do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, no curso de Ciências Sociais. Fez sua pesquisa na ABRE, onde realizou sua pesquisa de campo, com um foco

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

no medicamento e hoje apresenta parte dessa pesquisa, que é sobre PsicoFármacos. Não se direciona apenas para esquizofrenia, mas em transtornos mentais gerais, em quatro categorias de psicofármacos, que pessoas com transtornos mentais acabam utilizando, sobretudo dos efeitos colaterais que esses medicamentos trazem no seu uso. Também se baseou no Caderno de Atenção Básica²³, número 34, dedicado à Saúde Mental, 2013, e algumas referências biográficas básicas.

Iniciou indicando que o medicamento de que está se falando, ao mesmo tempo que pode ajustar o comportamento da pessoa, pode trazer outros efeitos no corpo e são esses efeitos que acredito que precisa ser falado um pouco nesse espaço.

As quatro categorias que apresento de psicofármaco são:

- a) neurolépticos e antipsicóticos;
- b) benzodiazepínicos;
- c) antidepressivos; e,
- d) estabilizadores de humor.

Passa a discorrer sobre cada categoria e suas especificidades.

Neurolépticos e antipsicóticos: agem bloqueando a transmissão de dopamina no cérebro, com efeitos motores, uma espécie de contenção química. Hormonais, aumento de prolactina, inibição da libido no ser humano, e sobre o pensamento. Melhora do pensamento psicótico, pensamento mais lento. Há aqueles adjetivados como “típicos”, chamados de primeira geração, tem um perfil de efeitos indesejáveis, entretanto são bastante eficazes no tratamento dos sintomas psicóticos positivos como alucinações e delírios. Há o de alta potência, por exemplo, Haloperidol causa efeitos mais motores; também o de baixa potência como Clopromazina, Levomepromazina, Tioridazina, tende a ser mais sedativos e provocar maior ganho de peso, entre outros problemas.

Antipsicóticos atípicos, chamados de segunda geração, os mais modernos, são os mais recentes, produzindo menos efeitos motores e costumam ser tolerados. Por

²³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

exemplo, a Risperidona, Olanzapina e Clozapina, são os medicamentos dessa segunda geração. No entanto vários deles causam importante ganho de peso. Sua eficácia é semelhante ao de antipsicóticos típicos em termos de sintomas positivos, e sua ação é nos sintomas negativos, que aí são os efeitos como embotamento efetivo, e o isolamento da pessoa com contração alimentar.

Principais sintomas alvo, ou seja, o que eles visam combater: insônia, geralmente utiliza-se a Clozapina e Levomepromazina. Em doses baixas pode ser boas escolhas, mas raramente seriam as primeiras escolhas pela gama de outros efeitos.

Os tiques, geralmente são Haloperidol, em doses baixas. Tem boa eficácia em quadros crônicos de tiques. Outro sintoma que ele visa combater é a dificuldade de controle de impulsos. Esse risco de agressividade ou agitação, não reativa, difusa, com maior emprego dos neurolépticos devido sua contenção química, são utilizados por longos períodos. É bastante utilizado também na dependência de crack que produz uma contenção química de forma a ser comparar a uma internação domiciliar. Essa contenção química acaba fazendo com que a pessoa fique mais dentro de casa, porque ela fica indisponível, evitando que o usuário saia de casa nos primeiros dias quando abstinência, a fissura pode ser mais grave.

Em crises graves, os neurolépticos agem como tranquilizador rápido nessas situações sendo muito efetivos e seguro no manejo das situações grave. O Haloperidol associado à Prometazina pode produzir sedação, e contenção em cerca de minutos no corpo da pessoa.

Os efeitos indesejáveis e efeitos motores dos Neurolépticos e dos antipsicóticos são os efeitos extrapiramidais. É relativamente comum a pessoa que está usando um neurolépticos típico, ou primeira geração, queixar-se de que o pescoço entortou, os olhos viraram, ou os dentes trincaram. A ansiedade é um importante complicador da distonia, movimentos involuntários.

Mímica facial: pode ser confundida com depressão, e vir acompanhada de tremor de repouso. Que é o movimento involuntário de um membro, estando o paciente sentado ou deitado, em repouso.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

Acatisia: marcada por uma inquietação motora, a pessoa não para quieta como se ela estivesse marchando, neste caso se indica o Propranolol, Clonazepam, Rivotril.

Discinesia tardia, persistência de movimentos repetitivos ou circulares e costumam ocorrer em pessoas que fazem uso de neurolépticos por longos períodos.

Outros efeitos: efeitos anticolinérgicos. São bastante comuns. Uns causam boca seca, visão borrada, constipações, prisão de ventre, retenção urina. O ganho de peso e os efeitos cardíacos. A Clorpromazina e Tioridazina podem desenvolver a cardiotoxicidade, que é o começo de dano muscular ou disfunção de eletro fisiologia do coração. Ou seja, o coração se torna mais fraco e não tão eficiente em bombeamento e, portanto, compromete a circulação do sangue.

Hipotenção postural, que traz riscos de desmaios e quedas, e é mais comum nos usos de antipsicóticos de baixa potência como a Levomepromazina, Clorpromazina e Tioridazina. Os efeitos endoclínicos são aumento na secreção de prolactina, resultando em galactorreia, ou seja, a produção de leite pelas mamas, fora do período de lactação normal.

Os efeitos sexuais mais comum são a anorgasmia, dificuldade ou impossibilidade em atingir o orgasmo, e a redução de libido e podem representar um impasse importante na continuidade do uso. O uso da Clozapina traz o risco de Agranulocitose, que consiste em redução da quantidade normal de glóbulos brancos na corrente sanguínea e também de convulsões. Granulócitos e neutrófilos são as primeiras células que nos defendem de infecções bacterianas, ganho de peso e sialorréia que é a produção excessiva de saliva ou hipersialia, necessidade de controle hematológico, no caso da clozapina, semanalmente nas primeiras 18 semanas e, mensalmente, após esse período.

Os benzodiazepínicos são os campeões de audiência em termos de utilização e colocam o Brasil no topo do *ranking* dos países que mais o consomem. Por exemplo: diazepam, clonazapan e bromazepan. Conseguiram se popularizar por terem efeitos ansiolíticos, com baixo risco de morte, no entanto, também são campeões de

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

reclamações por parte dos usuários que imploram por renovação de receitas. Infelizmente essa prática produz a medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais, na qual o paciente acredita no efeito mágico do medicamento. Enfim, quando bem indicados, os benzodiazepínicos podem se configurar como ferramentas úteis e confiáveis, como indutor de sono em situações de adaptação a estresse, por exemplo, sintomas alvos dos diazepínicos.

Se o sintoma alvo principal é ansiedade, seja por reação aguda ao estresse, em crises psicóticas ou em quadros primários de transtornos de ansiedade. Por seu efeito sedativo e relaxante também são muito utilizados para insônia. Também podem ser indicados para a síndrome de abstinência de álcool, cocaína ou *crack*. O uso continuado provoca fenômeno de tolerância, necessidades de uso cada vez maiores para manutenção dos efeitos terapêuticos e dependência, que é a recaída de sintomas de insônia e ansiedade, quando da suspensão abrupta do sono.

Outros efeitos bastante comuns são os déficits cognitivos, ou seja, a perda de atenção e dificuldade de fixação, que tenha se instalado no curso da utilização desses medicamentos. Os riscos dos benzodiazepínicos, além de dependência, estão relacionados à sedação secundária, alguns acidentes, e à depressão respiratória quando utilizados em associação com outras drogas sedativas.

Os antidepressivos se dividem em dois grupos:

1. Tricíclicos (ADT) - Imipramina e amitriptilina - mais antigos, bastante eficazes, porém menos tolerados devido aos seus efeitos anticolinérgicos, que é a boca seca, a constipação, sedativos e tonturas. Os efeitos antidepressivos destes só são observados em doses acima de 100mg/dia, podendo a dose máxima chegar a 200, 250mg/dia, considerando risco cardiovascular.
2. Inibidores seletivos de receptação da serotonina (ISRS), mais recentes, de segunda geração. Destaca-se a fluoxetina que é substância mais limpas, ou seja, age sobre poucos sistemas de neurotransmissão, basicamente inibindo seletivamente a recaptção da serotonina, são

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

largamente prescritos.

Os sintomas alvos desses medicamentos são:

1. Tristeza profunda com alteração do apetite, do sono; desinteresse pelo ambiente e sensação de menos valia;
2. Síndrome do pânico: episódios intermitentes de sensação iminente de morte, sem precipitador evidente, de duração de alguns minutos a poucas horas com intensa manifestação somática;
3. Fobia social - dificuldade de estar entre pessoas ou entre outras pessoas, com manifestações somáticas, que nem se caracteriza como um traço de personalidade; obsessivos compulsivos, os transtornos obsessivos compulsivos: presença de ideias intrusivas, ou seja, "a porta não está fechada, preciso voltar para fechar", "a mão está contaminada, preciso lavá-la novamente", associada a rituais, precisa fechar a porta quatro, cinco, dez vezes, respondem a doses normalmente mais altas de antidepressivos.
4. Ansiedade. O tratamento de base dos sintomas crônicos de ansiedade é realizado por antidepressivos em doses equivalentes a doses para repressão, deixando os ansiolíticos tranquilizantes para tratamento sintomático e de curto prazo.

Os efeitos indesejáveis do ISRS são ansiedade, agitação, cefaleia, insônia mais frequente ou sonolência e irritabilidade. A anorexia é bastante comum e os efeitos sexuais como anorgasmia, que é a dificuldade ou a impossibilidade de se atingir o orgasmo e retardo de ejaculação.

Outro efeito adverso importante é a inibição do Citocromo P450, enzima do fígado que realiza a biotransformação de alguns medicamentos. Essa enzima faz parte do sistema de defesa e são responsáveis pela inativação de substâncias estranhas ao organismo, que estão presentes no ambiente, na dieta ou fármacos que podem se acumular causando toxicidade ou mesmo interagindo numa alteração ou anulação de outras drogas. Erupções cutâneas como acne e a alopecia (queda de cabelo).

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

Existe também outra classe de psicofármacos que são os estabilizadores de humor. Algumas medicações são agrupadas, que foram descobertas como capazes de evitar os ciclos de elevações e depressões patológicas do humor, características nos transtornos bipolares. Há uma tendência ao uso abusivo desse diagnóstico, que leva também à prescrição abusiva de estabilizadores de humor, como o carbonato de lítio que é a droga padrão, tratando de forma eficaz episódios de mania, hipermania, depressão em pacientes bipolares, também inter-crisis, reconhecidamente capaz de prevenir novos episódios, principalmente de elevação do humor e também alguns anticonvulsivantes como a carbamazepina, que também pode ser uma escolha na tentativa de diminuir a fissura por drogas, como por exemplo, no uso do *crack*.

Os efeitos indesejados do lítio são a acne; aumento de apetite; edema; diarreia; ganho de peso; gosto metálico; náusea; polidipsia (sede intensa); poliúria; tremores finos que respondem bem ao propranolol; desenvolver toxicidade renal e tireoidiana. O quadro mais preocupante no uso do lítio é o da intoxicação, quando os níveis séricos aumentam, o que pode ser precipitada pela dieta hipossódica, o uso de diuréticos, desidratação ou mesmo doses excessivas. Manifestações precoces são a disartria (distúrbio da articulação da fala), ataxia (falta de coordenação de movimentos musculares) e tremores grosseiros.

A Carbamazepina pode provocar ataxia ou a irregularidade de coordenação muscular; diplopia (visão dupla, duplicação das imagens dos objetos); dor epigástrica (de estômago); náuseas; pruridos (coceira); sensação incômoda na pele ou mucosa, que leva a coçar; sonolência; tontura; alterações hematológicas e hepáticas; múltiplas interações medicamentosas, interferindo no nível plasmático de outros medicamentos; náuseas; ganho de peso; sedação; tremores; queda de cabelo, reversível com complementação oral de zinco e selênio.

O palestrante Dr. Roberto Tykanori, Coordenador de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde, se atem a reflexão do foco da Comissão: a questão da medicalização. Sua experiência teve início através da leitura de uma pesquisa, meio por acaso.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

A pesquisa é o relato de uma experiência americana surpreendente sobre a história de um médico psiquiatra chamando Loren Mosher. Ele, nos anos 70, foi um médico de extremo sucesso em sua carreira em Stanford University, graduado em medicina na Harvard, fundador de uma revista de pesquisa chamada *Schizophrenia Bulletin*. Diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental Americana, NIMH, por mais de 12 anos onde criou o primeiro grupo de pesquisa focada, exclusivamente, em esquizofrenia.

Nos anos 70, havia debates sobre remédios, se fazem bem ou não; se o medicamento ajuda ou não. Ele, com seu espírito americano pragmático, disse que não adiantava ficar discutindo no abstrato, tinha que haver testes, ir a campo investigar, fazer uma pesquisa sobre isso. Sua pesquisa foi realizada na Califórnia, na cidade de San Jose, onde, a partir da universidade, foram selecionados pacientes diagnosticados com esquizofrenia; pacientes jovens no primeiro ou segundo surto.

Esses pacientes foram sorteados para manterem-se no tratamento tradicional que a universidade oferecia ou em um tratamento experimental, um estudo comparativo; um tratamento com remédio tradicional e outro sem remédios.

Criaram-se poucas casas no estudo, com cuidadores e os pacientes eram acolhidos nesta casa. Lá só havia pessoas chamadas leigos, que foram selecionados, pessoas de boa personalidade, acolhedores, pacientes. Tinha a supervisão de uma colega e em situações de maior ansiedade usavam diazepínicos, mas não eram usados neurolépticos, que era o foco da comparação. Foi um estudo de longo prazo que acompanhou essas duas populações durante seis anos e que foram comparadas simultaneamente, o que dá uma consistência muito significativa, muito importante à pesquisa.

Os resultados foram bem simples, no primeiro semestre foi extremamente difícil para os pacientes ficarem sem remédio. Difícil, agitado, confuso, dá muito trabalho ficar na casa. Enquanto que os pacientes no ambulatório, nos primeiros meses mesmo, no segundo, terceiro mês já melhoram muito de sintomatologia e conseguem se aquietar bem. Já os resultados a médio e longo prazo, a partir do segundo ano são muito

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

nítidos, 75% das pessoas que estavam no projeto experimental viveram e tinham um padrão de inserção na sociedade, trabalhando, casando e vivendo produtivamente. Comparando com 75% do tratamento tradicional, que basicamente não faziam nada além da casa e do ambulatório, do hospital para casa, com altas doses de medicação. Foi um resultado empírico, onde não havia nenhuma ideologia por trás, simplesmente um experimento. E isso foi extremamente criticado pela comunidade de psiquiatras. Não contente ele fez um segundo experimento de mais outros seis anos. Então há dois cortes, dois grupos que foram acompanhados por mais de seis anos cada um dos grupos. E os resultados são consistentes nessa mesma linha. Isso levou de forma simples, no caso da carreira do Mosher, de ser um dos destaques da psiquiatria americana, ele passou a ser extremamente criticado, atacado e isolado. Faleceu em 2004 como Assistente de uma Universidade obscura por aí, no Novo México. Ou seja, do que era foi parar como assistente no Novo México. Isso para dizer da decadência e ostracismo em que foi posta essa pessoa.

No trajeto, Mosher faz um desligamento da Associação Psiquiátrica Americana e fala assim: estou me desligando da Associação Psicofarmacêutica Americana, não reconheço no que vocês estão fazendo uma ciência de verdade. Vocês se venderam, basicamente é isso o que ele diz. E sua carreira como pesquisador, como pessoa importante caiu em total ostracismo.

Agora, isso não o tornou um radical de dizer assim: não é necessário usar remédio ou remédio é uma coisa inútil. Ele diz que remédio, primeiro, não é tratamento no sentido forte do termo. Remédio é um sintomático e ajuda a lidar com os sintomas, mas dizer que remédio é o tratamento é uma redução e enganação da indústria farmacêutica. E isso porque o experimento mostra, e aí há depoimentos dos jovens que passaram ali sobre o que fez diferença afinal. Um dos depoimentos que me chamou atenção e parece um tema comum é que os jovens dizem o seguinte – provavelmente hoje já estão todos mortos -, na casa eles se sentiam seguro e confiantes. Era um lugar que poderiam confiar e ficarem seguros. E que esse sentimento de segurança foi essencial e ao longo do tempo eles foram se recompondo. E é óbvio que segurança não

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

vem do nada. Segurança vem de outras pessoas que são capazes de gerar esse ambiente de segurança, conforto e proteção.

Mosher dizia no final: podemos usar remédio, pode ser prático em lidar continuamente com pessoas que estão muito agitadas, muito angustiadas, com sentimentos à flor da pele. É difícil de lidar, por isso dar uma diminuída na intensidade dos sintomas ajuda na aproximação, na criação desse cordão de proteção afetivo.

Isso porque muitas vezes a pessoa está tão agitada que, inclusive, é difícil chegar perto, mas o equívoco está em achar que o remédio é o tratamento. O que de fato vai fazer diferença é a interação que as pessoas podem desenvolver ao longo do tempo. Acho que essa é uma questão importante.

A segunda questão fundamental que o experimento demonstra é que precisamos ter paciência. O tempo de evolução das coisas se mostra fundamental no processo. Diferente de uma infecção, de um tipo de patologia que a medicina lida com intervenções, que vão lá e cerceiam, cortam, rompem, tiram fora a coisa que não está funcionando. Os transtornos mentais no geral são situações de processos históricos. E esse projeto de médio e longo prazo é essencial que se consiga manter no horizonte e com toda paciência, no dia a dia das dificuldades que vão acontecendo e que são difíceis no começo. Isso tem corroboração com outros estudos. Há cinco grandes estudos que foram desenvolvidos com esse tipo de objetivo, de avaliar o que acontecia com os pacientes ao longo do tempo, de décadas. Esses estudos mostram exatamente isso, analogamente, que 166, 70%, uma média de 66% das pessoas ao longo do tempo vivem bem, vivem bem. Muitos nem se lembram de que um dia tiveram alguma coisa na vida, 66% vivem inseridos na sociedade, e assim por diante.

Eugen Bleuler, o psiquiatra histórico que, em 1911, publicou, inventou o termo esquizofrenia e com a terminologia que ele usava, ele falava: "As esquizofrenias", no sentido de que, até hoje, não se sabe muito bem do que é que está falando. Colocam-

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

se dentro da mesma bacia várias alterações mentais com essa denominação. O modelo médico não consegue determinar qual é a causa, qual é a evolução, qual é a intervenção, quais são as possibilidades de predição, a psiquiatria, rigorosamente, não usam mais o termo doença. Nós falamos de transtorno. Isso tem peso importante do ponto de vista de entendimento. Indica que a gente sabe pouco, na verdade. Não é como outras coisas que é a gente fala: "Isso aqui é uma doença". Para se chamar de doença, existem pré-requisitos.

A psiquiatria não consegue lidar com esses pré-requisitos, pela complexidade dos fenômenos, a gente dá um passo atrás e chama isso de transtorno. Mas o Bleuler, muito sagazmente, já em de 1911, chamava as "esquizofrenias", porque ele sabia que, dentro da mesma bacia, ele estava colocando coisas que não necessariamente são a mesma coisa, mas era uma forma de tentar organizar o pensamento.

Bleuler foi o responsável pelas suas descrições, por criar uma ideia muito prevalente ainda hoje de que a esquizofrenia é uma doença extremamente destruidora, e de que as pessoas que são acometidas de esquizofrenia - de qualquer tipo de esquizofrenia -, teriam uma evolução inexoravelmente para a demência, porque um dos grupos que ele colocou nessa bacia chamava-se demência precoce.

Ele concebia que os pacientes evoluíam inexoravelmente, sem apelo, para um estágio de demência no final da vida.

Seu filho, Manfred Bleuler, realizou uma pesquisa que contradisse as afirmativas do pai.

E afirmou que o pai talvez tivesse um viés de observação, pois este somente observou as pessoas que permaneceram por muito tempo no hospital e não as pessoas que havia melhorado e ido embora.

Essas informações nos fazem refletir muito sobre, sendo essa uma das questões centrais, não se equivocar com a ideia de que medicação é tratamento. As

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

medicações são úteis, só que elas são sintomáticas, cuidando de apenas uma parte da história. Elas permitem, facilitam o contato, a relação.

O que é qualitativamente definitivo é a qualidade da relação. Se essa relação é, primeiro, confiável - como foi dito -, afetiva, ela gera - uma das questões fundamentais - expectativas positivas de futuro, porque também há estudos que mostram isso: se você tem uma "não expectativa", o paciente vai de certo jeito. Se você tem expectativas positivas, a pessoa responde de outro jeito. Isso não precisa ser só na esquizofrenia, isso faz parte da tipologia geral. A expectativa dos seres humanos no seu ambiente faz diferença na sua evolução.

Então a ideia de esquizofrenia é uma doença que inexoravelmente leva à demência tira a expectativa dos profissionais, positiva. Assim, as pessoas investem muito pouco, na verdade, emocionalmente, nos pacientes, porque elas: "Ah, coitado". Ficam com dó, ficam condoídas, mas não acreditam que ele vai evoluir e que tenha um futuro.

Só aí, essa atitude de não acreditar que o paciente possa ter um futuro já cerceia muitas coisas, ao passo que, se existe uma atitude de que isso aqui tem um horizonte, de que é possível isso caminhar, de que isso vai melhorar, vai melhorar, o paciente também corresponde a essa atitude e não desiste. Porque, se há a desistência, como em qualquer coisa na vida, não dá certo.

A política pública hoje tem de enfrentar não só a questão de recursos, a possibilidade de acesso - que acho que é uma das funções importantes -, criar a possibilidade do acesso.

Em termos de acesso, a cidade de São Paulo cresceu muito desde 2004, mas a rede de atenção psicossocial cresceu relativamente pouco. Seria necessário um número de serviços três vezes maior do que se tem hoje. Em relação aos profissionais, é importante uma reflexão em torno de como e quem são as pessoas que estamos lindando. Se os profissionais supõe se os pacientes são pessoas que tem ou não tem futuro é todo o diferencial de prognóstico. Deve-se ter paciência e mirar longe, ter a certeza de que, no médio e longo prazo, a coisa vai acontecer. E se os profissionais

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

tiverem essa certeza, isso traz a tranquilidade e a firmeza para suportar as turbulências do presente que vão, ao longo do tempo, reduzindo-se, estabilizando e ganhando consistência em termo de evolução. Entendo que é isso o que a gente deve estar desenhando na nossa pesquisa, na nossa política.

O SR. João Inácio Mildner, padre, relata a experiência de trabalho em uma área que também sofre preconceito, que é ser capelão do Hospital Emílio Ribas. Falar em Emílio Ribas é assustador, inclusive em nível de igreja, até entre os próprios colegas tem o preconceito.

Como vocês enfrentam essa luta para vencer todo esse preconceito, no campo da saúde mental? E no caso da esquizofrenia e de outras enfermidades na área da saúde mental, como está essa luta contra o preconceito?

A resposta de representante da Abre é que esquizofrenia sofre um preconceito histórico. No Brasil, as pessoas com esquizofrenia eram internadas pela vida toda e foi só do final da década de 70 para cá que se começou um movimento de desinstitucionalização dessas pessoas. Dentro do imaginário popular, do senso comum, a pessoa com esquizofrenia é o estereótipo do louco. E isso dificulta muito, quando a pessoa descobre que tem esquizofrenia, aceitar a doença e os tratamentos. E o estigma também dificulta muito ter perspectivas de futuro, ter esperança. Esse é um processo que temos de construir na área de saúde mental, porque a sociedade funciona independente de qualquer coisa e nós, que somos os envolvidos com a saúde mental, temos de construir, como diz o Professor Tykanori, a perspectiva de futuro. A perspectiva de que é possível melhorar.

Referindo-se ao palestrante que o antecedeu, disse: “meu amigo José Alberto e eu estamos aqui mostrando que a doença afeta sim a vida, mas que é possível superar e levar uma vida com qualidade. E aí quando você começa a funcionar na sociedade como qualquer outra pessoa, o estigma cai enormemente.”

O Sr. José Alberto Orsi relatou que na sua família, a esquizofrenia vem de longa data. Seu pai tinha esquizofrenia; a mãe biológica do seu pai, porque ele foi adotado, também tinha esquizofrenia; ele tem esquizofrenia e sua irmã também. Cresceu

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

inicialmente sem a doença, não nasceu com a esquizofrenia e até os 15 anos de idade, quando o pai faleceu, viu o pai como uma pessoa absolutamente à parte da sociedade. Na verdade, tinha vergonha do pai. Ele tinha crises muito fortes, sempre estava dopado e passou praticamente sua vida toda em manicômios e em hospitais psiquiátricos, porque a internação era por três meses, mas ele saía do hospital muito ruim, em crise e em surto, e as renovações eram praticamente automáticas. Às vezes ele ficava em casa por um período menor, de um mês ou algumas semanas, mas sempre retornava.

Então o estigma da esquizofrenia era terrível, era a imagem do pai, a imagem do fracasso, do *looser* (perdedor) da pessoa que não conseguiu ser nada na vida. E, inicialmente, quanto ao narrador, sua mãe teve uma preocupação muito grande com isso. E logo quando entrou na adolescência, com 13, 14 anos, já começou a frequentar psicólogos e psiquiatras para tentar detectar algum tipo de transtorno que pudesse eventualmente ter. Minha irmã também passou pelo mesmo processo. O psiquiatra que o atendeu, na época, era renomado e nunca diagnosticou possibilidade alguma de eu desenvolver a doença. Por isso parei a psicoterapia e o tratamento com esse psiquiatra. Teve o seu primeiro surto esquizofrênico aos 26 anos, com cinco anos de formado e trabalhava como engenheiro fiscal de obras numa grande gerenciadora de obras, junto a uma grande construtora. Teve um surto depressivo.

O estigma, na verdade, existia na minha família, veladamente, porque o pai tinha esquizofrenia e as pessoas associaram aquela crise com a experiência do seu pai. Depois dessa primeira crise, iniciou a medicação e quando melhorou, interrompeu por própria conta. Tirou uma licença médica do trabalho e viajou para o exterior para começar o mestrado. Ficou três anos sem medicação e teve uma recaída ao final do mestrado e interrompeu o mestrado, voltou ao Brasil, e voltou a tomar a medicação psiquiátrica. Voltou aos Estados Unidos, interrompeu novamente a medicação e, um ano e meio depois, teve uma terceira crise.

Relata: “O meu sonho de consumo é não tomar medicação psiquiátrica, apesar de o primeiro psiquiatra que me tratou ter falado que eu teria de fazer uso de medicação psiquiátrica para o resto da vida.” Claro que escuto o Professor Tykanori, as

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

peessoas na luta antimanicomial e as pessoas que foram ao nosso fórum ontem; os ouvidores de vozes, através do Paul Baker, que é um estudioso do assunto; dizerem que não são todas as pessoas com esquizofrenia que ouvem vozes. Existem pessoas que ouvem vozes e que não têm esquizofrenia e isso pode ser perfeitamente satisfatório e aceitável.

Trabalha numa ONG, que é representativa em torno da associação brasileira. Nós respondemos e representamos a sociedade brasileira. O Jorge, os companheiros da Abre e eu acompanhamos pessoas que têm surtos e possuem esse transtorno mental.

O medicamento gera muito preconceito. Quando você diz a uma pessoa que faz uso de medicação psiquiátrica, as pessoas já imaginam, como o Jorge disse, que essa pessoa é desequilibrada, louca, insana, mas, às vezes, mesmo que temporariamente é necessário fazer uso dessa medicação para sair do surto.

A questão realmente é até quando essa medicação pode ser mantida ou não. Trato-me na Santa Casa de São Paulo e eles são bastante ortodoxos na questão medicamentosa. Tenho forçado as minhas psiquiatras, que são residentes e orientadas por preceptores, para que reduzam a minha medicação, porque meu sonho de consumo, como disse, é viver um dia sem medicação e ficar bem. Mas os psiquiatras são bastante relutantes com relação a essa realidade futura. Eles dizem: “Não, vamos manter a medicação porque você está bem”.

E meu passado me condena, porque toda vez em que eu reduzi a medicação completamente, passaram-se um, três anos; um tempo e eu tive recaída. E eu vejo muito o estado do meu pai, que era uma pessoa crônica.

Por isso eu não tenho uma resposta para o Tykanori e para as pessoas que dizem que a medicação pode ser prescindida. Eu vivo o preconceito. As pessoas me perguntam: “O que você faz da vida?” Eu sou engenheiro por formação. Trabalho numa ONG que atua na área de saúde mental.

“Mas por que você trabalha com saúde mental se você é engenheiro?”. Aí, eu falo: “Porque eu tenho esquizofrenia”. A reação é das mais variadas possíveis, desde

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

admiração - “Nossa, que bacana, que luta bonita” – até fuga. Houve situações em que, quando me identifiquei como esquizofrênico, pessoas afastaram-se de mim. Então, vivo esse dilema na minha vida: o que é esquizofrenia? Eu tenho esquizofrenia ou sou esquizofrênico? O que me define? Eu sou um militante, mas essa militância deve ser descrita a partir do meu próprio exemplo? Porque já dei várias entrevistas às mídias – televisão, jornais, revistas, internet -, e até que ponto isso está prejudicando a minha “normalidade”, como disse o Tykanori - poder ser uma pessoa normal e a esquizofrenia ser um adendo em minha vida? Eu não tenho resposta a essas perguntas. Hoje eu vivo, como o Jorge disse, operativo, fazendo coisas muito interessantes na Abre, enfrentando o preconceito das pessoas que não têm informação e conhecimento do que vem exatamente a ser o transtorno mental, e nesse dilema, aproveitando e admirando a luta antimanicomial, que é uma luta válida, uma luta importante.

Fico pensando: será uma utopia, será possível extinguirmos todos os manicômios, o uso da medicação no tratamento dos transtornos mentais? Não tenho resposta para isso. Sei que a realidade é: o preconceito em relação aos transtornos mentais existe e é muito ligado ao uso de medicação contínua e também aos surtos, porque quando as pessoas estão em crise têm atitudes não convencionais. Em uma crise que tive, tirei a roupa e pulei nu em uma piscina achando que era Adão. Isso foi no Mississippi, nos Estados Unidos. Fui preso pela polícia local e levado a uma clínica psiquiátrica, onde fiquei duas semanas internado e inclusive passei por um juiz, por um julgamento. Não fui condenado, evidentemente, porque estava fora de mim – tratava-se de um transtorno –, mas minha irmã, graças a Deus, que morava em Miami, conseguiu me retirar e me pagar um tratamento, em que fui diagnosticado como esquizoafetivo, portador de um tipo de esquizofrenia.

Basicamente, minha fala é esta: o preconceito existe; a necessidade de medicação durante a crise existe, mas a minha experiência é que me, mesmo tendo a crise e saindo dela, a medicação tem evitado as recaídas. Eu enfrento preconceito e estigma por causa disso, tanto pelo medicamento como pelo fato de ser portador de esquizoafetividade, que, pela medicina tradicional, é uma condição para o resto da vida.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

Assim se dá com o alcóolatra, que, mesmo em abstinência, é considerado alcóolatra para o resto da vida. Era essa a minha fala.

A professora Ciça – Cecília Cruz Villares - responsável pelo PROESQ, da Unifesp coloca que não têm uma posição ingênua nem generalizadora; nós partimos do princípio que a generalização muitas vezes dificulta a possibilidade de a gente escutar e entender cada situação na sua singularidade. Claro que existem muitos dilemas e situações em que nos vemos obrigados a fazer afirmações como se elas tivessem validade para todo mundo, sabendo que isso não é bem assim. Então, é sempre um jogo de pensar: o que é mais útil neste momento? Temos que analisar a utilidade de se dizer alguma coisa que abra um caminho para a pessoa pensar: “Olha, a ideia que eu tinha até agora está sendo confrontada pela experiência que eu tenho neste momento, de escutar alguma informação que é nova ou diferente da ideia que eu tinha até então”.

Essa é a possibilidade que nós temos e que aproveitamos cada vez que nos é aberta uma porta. A Abre não tem esse nome por acaso. Claro que iniciamos uma associação há quase 15 anos a partir de um projeto de ações para combater o estigma da esquizofrenia. Sabíamos que, como projeto, seria limitado e que campanhas não são efetivas. Protesto simplesmente não é efetivo. Para se enfrentar uma situação como o estigma associado ao transtorno mental e particularmente à esquizofrenia, não obstante a sua complexidade, precisamos nos lembrar de que cada situação, de alguma forma, confirma as ideias que as pessoas têm de que os loucos, por exemplo, são perigosos; cada situação, quando é noticiada na mídia, reforça a ideia que as pessoas têm e põe por terra, muitas vezes, todo um esforço de 1, 2, 10 anos.

Não acreditamos em campanhas simplesmente e não acreditamos em ações simplificadoras. A Abre nasceu para dizer que, com situações complexas, precisamos pensar de forma complexa e agir de forma complexa. Então, é preciso construir, pouco a pouco, ações em que as pessoas que são alvo do estigma – no caso, as pessoas com esquizofrenia – sejam absolutamente protagonistas. Vocês viram que eu não estava aqui para abrir o evento hoje, apesar de o Zé ter me pedido muito. Eu acho que isso é fruto da maturidade desse processo e dessa associação, que hoje tem, na sua diretoria, pessoas

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

com transtorno e familiares de portadores de transtorno; e que tem, em cada um dos seus projetos e de suas ações, essas pessoas como idealizadoras, coordenadoras, supervisoras. É assim que a gente vai construindo a mudança: pouco a pouco.

Esse é um caminho. O caminho é construir diálogo, que não significa concordar, mas conversar, ser ouvido e escutar, que é o que se faz aqui hoje. A cada oportunidade de conversar e de levar nossa experiência e de trocar experiência, a Abre sempre está presente.

O Sr. Richard Weingarten fala sobre a sua experiência com a medicação. “Eu tomo duas medicações toda noite: um antidepressivo e um antipsicótico. Eu vejo a medicação como ferramenta para construir uma vida de qualidade, como o José disse. Um professor universitário disse certa vez algo muito interessante: que se a medicação tira os sintomas, está muito bem. Mas se uma pessoa quer tocar piano, tem que tomar lições, tem que praticar para obter essa finalidade. Então, a medicação, no melhor dos casos, tira os sintomas, mas ainda é para recriar uma vida de qualidade que a pessoa quer.”

O Sr. Presidente Vereador Aníbal de Freitas realiza os agradecimentos, em seu nome e em nome do Vereador Vavá – pela contribuição que todos deram. A Professora Ciça demonstrou a necessidade de que vocês precisam falar, precisam comunicar. A Subcomissão da medicalização é justamente para isso. Precisamos mostrar a todas as pessoas o que são esses temas todos que estamos discutindo. São temas importantes que realmente precisam ser debatidos, evitando que fiquem escondidos. Se começarmos a nos entender, vamos dar uma contribuição muito grande para a nossa cidade, para o País e para o mundo.

O Sr. Vereador Vavá cumprimenta todos e todas e parabeniza os palestrantes, até porque são pessoas que estão em contato diário com esse tema, então, ninguém melhor do que eles para falar sobre aquilo que sentem na carne e sobre o preconceito em relação a um transtorno com esse. Acredita que esta subcomissão, ao final, conseguirá juntar todas essas experiências que temos ouvido dos palestrantes e participantes, dos profissionais que estão contribuindo para que consigamos dar alertas



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

e passar um pouco dessa experiência, pois são patologias muitas vezes desconhecidas. Como foi dito hoje, quando uma pessoa diz que é esquizofrênica, os outros já se afastam, muitas vezes pelo desconhecimento do transtorno, por não saber o real significado disso. Tenho amigos trabalhadores do sistema de transporte que fazem uso de medicamentos e são tidos como doidos, como pessoas com quem se deve ter cuidado. Esse tipo de preconceito em nada ajuda.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

**29 de junho de 2016 - Práticas Complementares como Promotoras
de Saúde e Opções Terapêuticas.**

Composição da mesa:

Dr. Emilio Telesi Júnior, Coordenador da área técnica de Medicina Tradicional, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;

Vereador Vavá, Relator da Subcomissão de Medicalização; Sr. André Luís Brum de Marino, representante do Conselho de Farmácia. Padre João, da Arquidiocese de São Paulo. Palestrante: Dr. Emilio Telesi Júnior.

“As práticas interativas não trabalham a doença, as práticas interativas potencializam a força que cada um de nós tem para recuperar a saúde.”

O palestrante discorre sobre o novo campo de atuação denominado Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares é algo recente no país e foi instituída pela Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, que *“Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)²⁴ no Sistema Único de Saúde”*. Essa política inclui homeopatia, acupuntura, fitoterapia, as práticas corporais, um conjunto enorme de modalidades hoje consideradas terapêuticas.

Essas práticas vêm ganhando uma expressão muito grande nos últimos anos. A Secretaria da Saúde deu início em 2001, com cinco ou seis unidades que trabalhavam com esse conjunto de recursos, atualmente com mais de 500 unidades da saúde, trabalhando com as Práticas Integrativas.

²⁴Brasil, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), 2015, MS, http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Um importante ponto de reflexão é que se a Medicina moderna está tão avançada, se seus recursos são tão complexos e dispendiosos, se tem a maior capacidade de responder aos problemas de saúde por que tem uma procura tão grande por essas chamadas práticas integrativas e complementares?

A resposta do porque há essa grande procura das práticas integrativas é mais bem dada por aqueles que realizam essas práticas, sejam tanto os trabalhadores de saúde, como a população que busca esse serviço. São recursos mais simples, mais eficazes, mais naturais e muito mais baratos. São recursos sustentáveis, ou seja, que estão aí há séculos e sempre se renovam. São práticas com bastante procura também na América do Norte e também em alguns países da Europa. A expressão prática abre um campo de conhecimento que não tem um domínio, esse conhecimento é aberto a todas as categorias profissionais, a todos os que se interessam por conhecer isso.

Na Secretaria Municipal da Saúde, as principais modalidades às práticas integrativas são: acupuntura; homeopatia; práticas corporais como *tai chi*, *lian kun*, yoga, meditação, *lien chi*, *chan kung*, *chi kung*, massagens; enfim um conjunto grande de práticas corporais. Há também a dietoterapia, uma atenção à alimentação, porque as principais doenças da atualidade, as mais prevalentes no nosso meio são: hipertensão arterial, diabetes, a epidemia da obesidade e as dores em geral; problemas de saúde ocasionados principalmente por uma alimentação inadequada: modo de comer e a qualidade do alimento que ingerimos. A dietoterapia é também como recurso natural, onde basta reaprender a comer.

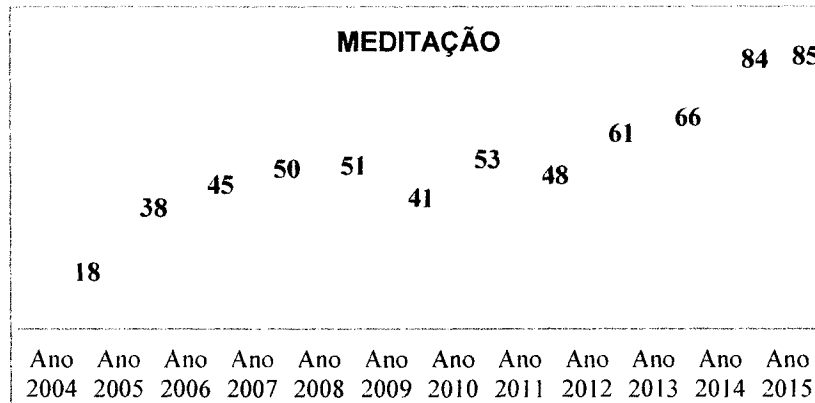
A seguir, uma série de gráficos que apresentam o número de Unidades que realizam a prática complementar especificada, no período de 2004 a 2015.



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

serenidade, de buscar a serenidade, de buscar a compreensão de nós mesmos, está presente em 85 unidades da Secretaria Municipal da Saúde.



Todas essas modalidades apresentadas são atividades coletivas, desenvolvidas em grupos de pessoas, o número varia em dez, quinze, vinte pessoas. Existem práticas com 60, 70, 80 pessoas participando, dependendo muito da localidade e da modalidade.

A homeopatia e a acupuntura já são realizadas em atendimento individual, realizadas, na Secretaria Municipal de Saúde, por médicos acupunturistas e homeopatas. Pela primeira vez na cidade de São Paulo houve um concurso público para contratar médicos acupunturistas e existem atualmente 72 médicos acupunturistas em 42 unidades de saúde e, na Homeopatia, há 30 médicos homeopatas em 25 unidades de saúde. Pode-se dizer que é uma quantidade pequena de profissionais diante da população do município, mas há apenas dois anos havia apenas 10 médicos homeopatas e apenas 35 médicos acupunturistas. Está se desenvolvendo também um treinamento em uma técnica mais simples, que é colocar agulhinha na cabeça, no crânio cabeludo e que também é um recurso terapêutico mais simples (craniopuntura).

Existe uma capacitação continuada do pessoal da rede, no intuito de aumentar esse recurso chamado práticas interativas, tanto nas práticas corporais, como o uso de plantas medicinais, com cerca de 500 profissionais, em média, por ano, que passam a incorporar essas práticas no dia a dia para oferecer aos funcionários, assim

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

como cursos de aperfeiçoamento (aprimoramento). Neste momento estão sendo administrados dez cursos de aprimoramento dos trabalhadores que são considerados instrutores de práticas corporais e médicos que trabalham com acupuntura e craniopuntura.

Foi criada uma residência multiprofissional de práticas integrativas e complementares, para alunos recém-formados, com duração de dois anos. Não existe nas Américas uma residência dessa natureza, sendo o município de São Paulo pioneiro em formação de recursos humanos esse campo.

Outra reflexão necessária que responde a questão da procura das pessoas por essas práticas é porque as práticas interativas não trabalham a doença, as práticas interativas potencializam a força que cada um de nós tem para recuperar a saúde.

Trabalhar com práticas integrativas é promover saúde. É um autocuidado, aprender a se conhecer, aprender a se cuidar. É uma prática que fortalece a força interior de recuperação, de autoestima, de recuperação da nossa saúde.

Processos de cicatrização de feridas e cortes, processo de cura de fraturas, são processos naturais que o organismo humano faz, e isso significa que temos uma potência, uma força de auto capacidade de cura, de se restabelecer e essas práticas mobilizam essa força natural. Uma das coisas muito ensinadas nas práticas corporais é aprender a respirar, porque a respiração é um dos recursos da nutrição do nosso corpo. A gente desaprendeu a respirar. Olha que coisa elementar, respirar.

Sobre plantas medicinais²⁵, constitui-se interesse da Secretaria da Saúde o uso de medicação fitoterápica e a produção das plantas. Existem 150 hortas espalhadas na Secretaria Municipal da Saúde de plantas medicinais e de hortaliças também orgânicas. E esse interesse desencadeia uma série de discussões relacionadas, porque para produção de boas plantas é necessário uma boa terra e água de boa qualidade, os produtos orgânicos, o não uso de agrotóxico. E isso interessa para diferentes secretarias municipais, interessa ao Verde, à Educação, à Cultura, às subprefeituras. E isso se abre

²⁵Brasil, Memento de Fitoterapia, ANVISA, MS, 2016,
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/2909630/Memento+Fitoterapico/a80cc477-bb36-4ac0-b1d2-c2461217c06b>



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

para a população, resgata um conhecimento popular daquilo que se põe para dentro do seu corpo, sendo as práticas integrativas uma das políticas da Secretaria da Saúde que mais se conecta com outras secretarias municipais e representa um campo novo.

Sobre a medicalização, estamos cronificando as pessoas, nós estamos intoxicando as pessoas de remédios. O medicamento quando bem indicado é muito bom, às vezes é necessário. Mas, em média, as pessoas com 50 ou mais anos estão tomando mais de dez comprimidos por dia, e não há rim, fígado, ou sistema hematopoiético que resista a isso. É necessário rever a prática, o que está se falando em termos de saúde.

Este é um campo inovador, é um campo que rompe com essa tradição, esse excesso de medicamentos, é um campo contra hegemônico. E estamos neste processo de autodestruição com o nosso corpo, com os alimentos, com o ar, com a água, com tudo, nas relações. Essas práticas, inclusive, abrem possibilidades da gente repensar a nossa relação com o outro, porque o cuidado é de outra natureza, o cuidado com o outro é de uma outra natureza porque o outro é visto também de uma outra natureza, é um outro corpo, é uma outra concepção de vida, é uma outra concepção de saúde. A gente tem que reaprender isso.

Ao final da apresentação foi aberta a fala ao público, e questionou-se, em termos de recursos humanos, o como eles estariam distribuídos dentro dessas práticas. Pontua-se que a formação multiprofissional é extremamente interessante, pois há necessidade de se ampliar o escopo para outras profissões além da centralidade da profissão médica, mas que a Portaria que oficializou essas práticas, que já vinham sido desenvolvidas em alguns municípios, reforça a questão corporativa, da atuação médica na homeopatia e na acupuntura, sendo que a formação pode ser multiprofissional; sendo que existem outros profissionais formados em acupuntura tão capazes e competentes para desenvolver essa prática, como em Campinas, onde havia alguns biomédicos que faziam acupuntura, para poder ofertar esse serviço, já que o médico da rede SUS é muito sugado pelas demandas do cotidiano. Embora tenha havido um avanço na oferta dessa categoria, continua inexpressivo diante das necessidades e do que poderíamos ofertar para a população como um todo. E se não seria contraditória essa posição, já que

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

se coloca que este é um movimento contra hegemônico.

Outra questão apresentada foi em relação à localização dessas unidades, se na periferia ou se existe alguma unidade de saúde no Centro, porque na área central há um contingente maior de população da terceira idade, em que são muito mais comuns os casos de queda. Porque se houvesse algum projeto de lei para práticas integrativas, como o *tai chi chuan* para evitar a queda, já que fortalece o equilíbrio do corpo, diminui a hospitalização e melhora a vida e a saúde do pessoal de terceira idade.

A representante do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo e Conselheira Municipal de Saúde parabeniza esse trabalho de divulgação, porque a população não conhece isso dentro do SUS. Questiona sobre o curso à distância, e gostaria de saber se ele será apenas para profissionais da Secretaria ou se estará disponível para os demais profissionais. Outra questão é sobre a disponibilidade de outros profissionais aderirem a essa prática, além dos médicos. Gostaria de informações para poder leva-las a outros profissionais da categoria.

O Dr. Emilio, em resposta às questões, coloca que Política Nacional de Práticas Integrativa não restringe a acupuntura, nem a homeopatia, só para médicos. A política nacional é aberta para os profissionais de saúde. O que aconteceu é que a categoria medica, conseguiu um recurso, a corporação médica, o Conselho Federal de Medicina, um recurso junto ao Supremo Tribunal Federal, dizendo que a acupuntura é só para médicos. Existe essa questão em disputa, entre as diferentes corporações. E nós, enquanto gestores públicos, precisamos respeitar as leis em vigor. Não posso desrespeitar isso. A política nacional de práticas integrativas, não é restritiva. O que acontece, essa questão que está ainda sub judice. Em uma disputa ferrenha entre as categorias profissionais. Não sei se os senhores sabem, mas nós não temos na Secretaria Municipal da Saúde, com exceção dos médicos que são contratados para fazer acupuntura e dos médicos que são contratados para fazer homeopatia, não temos profissionais que trabalham exclusivamente com as práticas integrativas. São profissionais como o enfermeiro, o psicólogo, ou agente comunitário de saúde que são capacitados para fazer essas práticas, e que desenvolvem esta prática em uma a três horas por semana, mas havendo hoje um profissional só para isso. Na Secretaria



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

Municipal da Saúde há 84 mil trabalhadores. Desse total, cerca de 1000 trabalham com as práticas integrativas.

Existem algumas unidades, como a do Parque Dom Pedro, chamada Unidade de Medicina Tradicional Chinesa, e o Centro de Práticas Naturais de São Mateus, que trabalham com essas práticas a semana toda. Já as que trabalham com práticas corporais, como a UBS Santa Cecília, UBS Bom Retiro (Centro), UBS Humaitá, ocorrem em toda rede municipal de saúde, no Centro, na periferia e nas unidades intermediárias.

Sobre o Tai Chi Chuan, ele fortalece sim as pernas, que vão ficando fracas à medida que vamos envelhecendo e vamos assim perdendo o equilíbrio. Sobre o curso a ser administrado, é o primeiro curso de auriculopuntura que acontece aqui em São Paulo, uma organização da SMS com o Ministério da Saúde e com a Universidade de Santa Catarina. Esse curso é voltado para os profissionais de nível universitário da atenção básica, sendo multi profissional mas só para os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, e é uma regra do Ministério da Saúde, e da Universidade.

O Presidente da Subcomissão destaca o volume de informação disponibilizado em todas as reuniões da subcomissão e da importância da elaboração de um relatório com os conteúdos apresentados. O relator informa que será solicitada a impressão do relatório junto à gráfica da Câmara Municipal de São Paulo, assim como um encarte para que se elenque todo esse relatório e ele possa assim, ser compartilhando com o público que vem acompanhando atentamente essas reuniões.

Pontua sobre a importância que hoje as pessoas têm de recorrer à medicina alternativa, outras práticas que não seja só a medicação, porque existe a cultura de se automedicar por qualquer motivo, o que pode representar um sério risco, até de vida.

O representante do Conselho Regional de Farmácias se manifesta solidário aos colegas enfermeiros que fizeram sua fala, em relação a essa questão da acupuntura, principalmente, ser uma prática exclusiva do profissional médico. Quando se fala em termos de saúde, infelizmente no Brasil só se pensa no médico e deixamos de valorizar outras profissões tão importantes e tão relevantes quanto a Medicina, como as áreas de: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

Outro questionamento é sobre a afirmação de que existe uma ação no Supremo Tribunal Federal, que veda a outros profissionais de profissões regulamentadas e que tenham, dentro da sua profissão, uma regulamentação para fazer acupuntura e onde os médicos conseguiram exclusividade na acupuntura, mas em contato com o jurídico do Conselho de Farmácia, gostaríamos da informação do número dessa ação, pois a situação que recordamos é a da lei do ato médico, que tornariam várias atividades exclusivas do profissional médico não foi aprovada. Foi vetada pela Presidente Dilma, na época.

O Padre João testemunha que no local de sua origem, no interior do Rio Grande do Sul, os tratamentos eram caseiros, o remedinho da mamãe, o chazinho, chás, ervas caseiras, e alimentação alternativa. Questiona porque esse tipo de empoderamento de informações não é dado ao povo? Não sei se é por falta de gente na Secretaria ou o medo, às vezes, de repassar muita coisa para o povo. Acredita que esses cursos têm de ser ampliados e disponibiliza a parceria da Pastoral da Saúde, da Arquidiocese, que nós na segunda dimensão trabalhamos com isso na dimensão comunitária: os cursos da medicina popular, resgatar essa medicina que está se perdendo, que fez tanto bem e continua fazendo. Outro questionamento: onde está o estrangulamento na Secretaria da Saúde para que esse trabalho não chegue mais na base? Acho que a Secretaria poderia até economizar muitos recursos da alopatia e o quanto que com o chazinho, como o senhor mostrou, se podem produzir esses remedinhos em casa ou em hortas comunitárias.

O Presidente encerra a sessão afirmando que a Subcomissão servirá sim para alertar todos. Que todos deveriam estar alerta, mas seria bom lembrarmos a população para essa questão. A Casa, a Câmara Municipal fará sua parte, não só a Subcomissão, como a Comissão de Saúde e todos os Srs. Vereadores e a Presidência da Câmara Municipal. Essa é a nossa função e obrigação.



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

Considerações finais

Considerações Finais

A Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e Sociedade, em seus oito encontros, trouxe à pauta uma série de informações pertinentes, através de apresentações de Temas relativos à questão, estas elaboradas por Especialistas das diferentes áreas técnicas que permeiam a questão.

Juristas, Fonoaudiólogos, Pedagogos, Médicos, Farmacêuticos, Enfermeiros, Psicólogos e outros profissionais, técnicos ligados a Instituições Públicas como a Secretaria Municipal de Saúde, o Ministério Público Estadual, e a Organizações da Sociedade Civil, como o “Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade” e o “Instituto Palavra Criativa”, assim como representante do clero, contribuíram com as discussões, socializando suas experiências e saberes, tornando estes encontros muito produtivos.

Entendeu-se que a questão da medicalização é um processo social e de mercado, imposto por interesse de corporações da indústria farmacêutica e da produção de tecnologias. Atinge a todos da população, desde crianças, adolescentes, adultos e idosos, e em qualquer estrato social, através da propaganda da doença e da utilização de medicamentos como única e milagrosa solução a essas questões, tornando processos comuns da vida humana, como o pesar, o luto, a inquietude e curiosidade das crianças e adolescentes, em patologias, em doenças.

Foi esclarecido que o ato de tomar medicamento, quando bem prescrito, com diagnóstico correto, é um ato benéfico, ou seja, ser medicado com a indicação exata é um importante e necessário recurso de cura e difere da medicalização, pois esta tenta suprir toda e qualquer necessidade ou expressão humana com medicamentos desnecessários e muitas vezes até nocivos.

A medicalização se constitui em um problema infinitamente maior que o abuso de remédios, como exemplificado no que ocorre na terceira idade, onde um



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

problema de sociabilidade é motivo que justifica a ida a uma farmácia e o consumo de medicamentos.

Também se caracteriza por incutir comportamentos não naturais em pessoas, extrapolando a real necessidade em saúde, como em pessoas que não se sentem saudáveis caso não ingiram alguma substância no caso de complementos vitamínicos por exemplo.

Estes problemas estão sendo transmitidos implicitamente para nossas crianças e refletindo nas salas de aula e mais ainda em nosso convívio social. Pois hoje tudo é tratado como distúrbio, sem se analisar profundamente ou unilateralmente cada paciente.

Como resultante temos, por exemplo, a produção de 72 toneladas de Metilfenidato (droga que produz a Ritalina e o Concerta) em 2013, e um salto na distribuição de Ritalina de 34 mil caixas, em 2010, para 78 mil caixas em 2014, o que leva a uma questão ética sobre o porquê de crianças estarem consumindo psicofármacos. Uma sociedade de adultos dopados, que “não tem tempo nem paciência para trabalhar as diferenças individuais, buscando assim a homogeneização do ser humano”, dopando assim as crianças.

Outras questões contribuem para o incremento e consolidação do processo de Medicalização. A promoção de campanhas em massas para certos diagnósticos também podem ter um resultado muito mais danoso que benéfico. A Prescrição realizada por médicos de forma desenfreada, sem, de fato, ter sido realizada uma anamnese completa e sem assegurar-se de que o contexto do paciente foi compreendido, de que o fármaco prescrito oferecerá mais benefícios do que riscos e de que o uso deste fármaco trará segurança para o paciente.

A medicalização ganha cada vez mais corpo, pois tudo aquilo que foge do “padrão da sociedade” é medicalizado, onde as situações analisadas fora de contexto, inseridas em uma visão global, apontam para uma deficiência, porém, ao se aprofundar na análise, poderá se constatar que são múltiplos os fatores que contribuem para a dislexia e outras patologias, que muitas vezes teriam um melhor resultado, se abordados



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

e tratados de outra forma.

O fenômeno da Medicalização pode ser entendido também como um “CONTROLE SOCIAL”, que orienta e contém comportamentos sociais, definindo o que é “normalidade”, medicando e rotulando de patológico toda forma de expressão humana que não se encaixe nos moldes preestabelecidos e padronizados como “normais”.

No caso dos distúrbios de aprendizado, como se pode transformar o aprender em um critério de diagnóstico? O aprender é um processo histórico e social, porém este processo de aprendizagem e a dificuldade das crianças aprenderem estão sendo transformados em problemas metabólicos, como se fosse um “órgão”.

As crianças são automaticamente medicadas, muitas vezes por uma simples imagem “diagnóstica”, sendo que existem estudos que comprovam que o que se aprende modifica o cérebro, ou seja, uma criança colocada fora de contexto, porque tem atraso ou dificuldade no aprendizado, ou muitas vezes, fora do tempo padrão, incorre em grande erro de diagnóstico, pois muitas vezes a imagem é apenas o reflexo de um processo que não foi concretizado, ou seja, a criança ainda não efetuou o aprendizado em virtude de uma complexidade de outros fatores, como a vulnerabilidade social, o que não implica obrigatoriamente dizer que esta criança é portadora de algo metabólico que justifique a prescrição de um fármaco.

Mais uma vez faz-se NECESSÁRIO APRENDER A CONVIVER COM O QUE É DIFERENTE, pois hodiernamente absorveu-se o conceito de que TUDO deve ser FORMATADO!

O lucro excessivo das indústrias envolvidas na esfera da saúde é evidente quando dados de consumo e de prescrição médica são analisados. A Indústria Farmacêutica realiza uma campanha maciça junto aos prescritores, os médicos, para o convencimento para a prescrição de novos produtos, nem sempre de eficácia devidamente comprovada, em substituição a medicamentos em uso, comprovadamente eficientes e de riscos conhecidos, e de menor custo.

Esta pressão contribui também para o excesso de judicialização, que decorre

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

dessa avalanche de medicalização, onde os maiores beneficiados são pessoas que não estão em situação de vulnerabilidade, que possuem mais acesso à informação, melhores condições econômicas e que possuem facilidade de acesso ao judiciário, levando, por exemplo, a um gasto de recursos públicos, no caso do Estado de São Paulo, na ordem de 400 milhões em 2013 e 500 milhões em 2015. Este processo é frontalmente contrário à diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) de EQUIDADE, que busca promover a igualdade na atenção à saúde, proporcionando a redistribuição de recursos de forma a tornar as desigualdades sociais menores. A subtração desses recursos do SUS prejudica a oferta de serviços básicos que seriam distribuídos entre todos, ou seja, a judicialização beneficia alguns indivíduos, onde os custos superam o direito de todos.

De acordo a Fundação Seade, mais de 60% das ações são ajuizadas por pessoas que estão em hospitais ou clínicas privados. Ou seja, a primeira questão a se discutir sobre a judicialização é o aspecto de que mais da metade das ações não são de origem de pessoas atendidas pelo SUS. O segundo questionamento é que são requeridos medicamentos que não estão incluídos no rol de necessidades das políticas públicas de saúde e o terceiro ponto é a solicitação de medicamentos sem registro de ANVISA, em sua maioria importados.

Enfim, a questão da medicalização precisa de uma imediata atenção e revisão de valores por todas as partes envolvidas: população, médicos, pais, professores, universidades, pois estamos atingindo patamares extremos, e conforme afirmação da Dra. Dirce, "*Nossas vidas estão sendo medicalizadas o TEMPO TODO*"!

Com tantas abordagens terapêuticas e formas de promover a saúde, mesmo assim a sociedade sucumbe à pressão de um mercado influenciado pela indústria de produção farmacêutica e da produção de dados científicos. Influência que PROMOVE PATOLOGIAS, através de Protocolos inseridos pela Indústria Farmacêutica, que leva as pessoas a acreditarem que estão doentes e pressiona o governo, exigindo deste o custeio e fornecimento de tratamento e indicações para certas "Patologias", pressão esta que resulta em Projetos de Lei nas Casas Legislativas.



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Sugestões de Encaminhamentos desta Subcomissão

1. Disponibilizar a quem interessar, através do sitio eletrônico desta Casa de Leis, este relatório, bem como todo conteúdo possível relacionado aos trabalhos desta Subcomissão;
2. Articulação entre as entidades e instituições que atuam no campo da saúde pública, com o objetivo de contribuir na divulgação do tema “medicalização”;
3. Propor ampliação das campanhas educativas para estimular a adoção de hábitos saudáveis, a realização de atividades físicas na vida diária e o desenvolvimento do autocuidado para a manutenção e recuperação da saúde;
4. Dar conhecimento e valorização para o uso de medicamentos fitoterápicos constantes na lista oficial, bem como o resgate do uso de plantas medicinais;
5. Por ocasião da prescrição de medicamentos e/ou dispensação de medicamento no sistema público municipal de saúde, que seja fornecida ao cidadão/paciente orientação em relação ao uso do mesmo, efeitos esperados, efeitos indesejáveis, interação medicamentosa, hipótese de interrupção do uso e sobre o descarte adequado do mesmo.
6. Propor a divulgação sobre o uso excessivo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, bem como as contraindicações e efeitos adversos possíveis;
7. Dar conhecimento a população e aos profissionais da área da saúde do sistema privado atuante na cidade em relação à CONITEC, sua função, bem como publicidade da lista oficial de medicamentos dispensados pelo município e pelo governo do estado;
8. Implantação de Prontuário Médico Eletrônico integrado em todas as Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde – Unidades Básicas de Saúde, AMAS, Prontos Socorros e Hospitais;
9. Projeto de Lei para instituição de Campanhas de Esclarecimento acerca da Questão de Medicalização nas Escolas para Professores, Pais, para a População

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

em geral e para profissionais de saúde, incluindo a Categoria Médica. (Já há uma campanha no sítio do Conselho Federal de Psicologia – informação dado pela vereadora Noemi);

10. Projetos de lei sobre uso racional de medicamentos, deixando claro que muitas vezes o risco que o paciente fica exposto não supera os benefícios do medicamento;
11. Propor uma moção desta Comissão de Saúde a ser encaminhada para as autoridades competentes para que haja, na grade de ensino das faculdades de medicina, a valorização do ato de diagnosticar um agravo à saúde, bem como da prescrição medicamentosa e as necessárias orientações acerca da medicação indicada;
12. Propor uma moção desta Comissão de Saúde a ser encaminhada para as autoridades competentes para que haja a inclusão na grade curricular do curso de Direito das matérias Direito Sanitário e Exercício da Participação/Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS.
13. Apresentar indicação ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo para constituição de “comissões de assessoramento técnico multiprofissional”, com diferentes áreas de conhecimento da saúde, com ênfase no tema de saúde pública, a fim de contribuir com subsídios técnicos para fundamentação de decisões judiciais que digam respeito ao sistema público de saúde;
14. Considerando que tanto as Secretarias de Saúde Municipais, como as Secretarias de Saúde Estaduais mantêm “Programas de Assistência Farmacêutica” e que estes recebem com frequência pedidos administrativos para solicitação de medicamentos e outros itens que não constam em sua lista oficial, conforme normatização e pactuação do SUS, que esteja disponibilizado nos respectivos sistemas eletrônicos a orientação de que sempre que houver apresentação de pedido administrativo, se faça constar na referida solicitação o histórico clínico do paciente que ira se beneficiar do item que esta sendo solicitado.

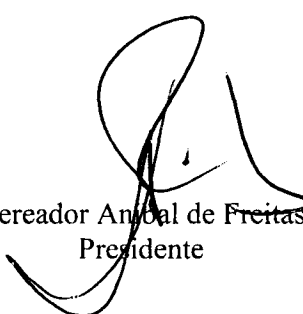


COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

15. Propor ações de disseminação de informações relativas aos procedimentos do Sistema Único de Saúde – SUS tendo como público alvo profissionais de saúde (atuantes no sistema público e/ou privado), legisladores, profissionais do judiciário (promotores, defensores, juízes) e a população em geral;
16. Propor a ampliação de vagas para residência multiprofissional de práticas integrativas e complementares, para alunos recém-formados no município de São Paulo, que é o pioneiro em formação de recursos humanos nesse campo, como forma de oferecer a população este modelo de atendimento que pode desencadear também o estímulo a promoção de saúde.

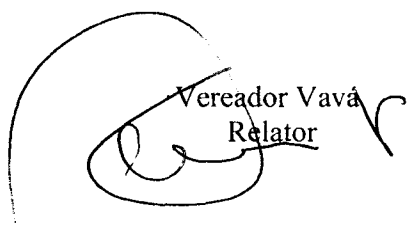
É o relatório.



Vereador Aníbal de Freitas
Presidente

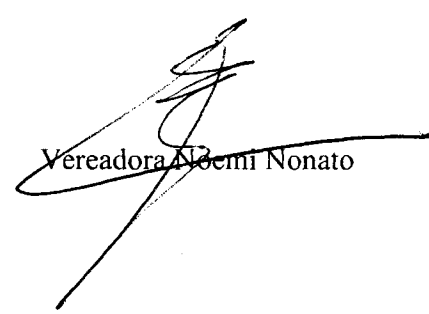


Vereadora Patrícia Bezerra
Vice Presidente



Vereador Vava
Relator

Vereador Rubens Calvo



Vereadora Nôemi Nonato



Folha nº 75 do proc.
nº 37-04 de 20 15

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123 - SGP-12

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Anexos



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana no Campo da Educação e da Sociedade

Lista dos anexos:

- 1) Of. FM nº 02/15 – Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Ref. PROJETO DE LEI N.º 72/2011- “Dispõe sobre a criação do “Programa de Identificação e Tratamento da Dislexia na Rede Municipal de Ensino” e dá outras providências. Tal projeto de lei esteve em tramitação nesta Casa de Leis até 17 de setembro de 2015 quando foi arquivado a pedido do autor.
- 2) Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Nota Técnica: O Consumo De Psicofármacos No Brasil - Dados Do Sistema Nacional De Gerenciamento De Produtos Controlados / Anvisa (2007-2014). Junho 2005.
- 3) Carneiro AV, et al. Resumo da revisão cochrane, Acta Med Port 2013 Jul-Aug;26(4):301-302. Diz respeito a revisão de pesquisas na área de rastreamento de câncer de mama conforme artigo científico: Gøtzsche PC, Jørgensen K. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5*
http://www.cochrane.org/CD001877/BREASTC_screening-for-breast-cancer-with-mammography
- 4) Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. PORTARIA SMS.G nº 2190/2015. Institui diretrizes para a dispensa de medicamentos sob condições específicas no âmbito da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, 2015.
- 5) Brasil, Lei Nº 12.401, de 28 de Abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2011.
- 6) Chieffi, Ana Luiza. Barata, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1839-1849, ago, 2009
- 7) Brasil, Lei Nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, 2012.
- 8) Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde - BRATS. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Brasília, Ano VIII nº 23| março de 2014.
- 9) Notas Taquigráficas das sessões/reuniões técnicas realizadas.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Anexo 1

Ofício FM nº. 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



A/C Vereador Rubens Calvo

A/C Vereador Patrícia Bezerra

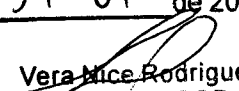
A/C Vereador Wadih Mutran

A/C Vereador Anibal de Freitas

A/C Vereador Netinho de Paula

A/C Vereador Noemi Nonato

A/C Vereador Natalini

Folha nº 77 do proc.
nº 37-04 de 20 15

Vera Mice Rodrigues
RF 101.123 - SGP-12

Ref.: PROJETO DE LEI N.º 72/2011- "Dispõe sobre a criação do "Programa de Identificação e Tratamento da Dislexia na Rede Municipal de Ensino" e dá outras providências

Excelentíssimos Senhores,

Em nome das entidades abaixo-assinadas, vimos, mui respeitosamente, levar ao conhecimento desta Casa Legislativa e de suas respectivas Comissões Permanentes e Lideranças nossa **posição contrária à aprovação do Projeto de Lei PL 72/2011 de autoria do Vereador Souza Santos.**

Servimo-nos dos conhecimentos das pesquisas desenvolvidas nas áreas de Psicologia, Fonoaudiologia, Medicina, Educação e Linguística e Psicolinguística bem como de grandes debates acerca da intervenção de psicólogos, psicopedagogos e fonoaudiólogos junto às questões educacionais, para fundamentar nossa solicitação, que aponta em direção contrária ao texto da propositura legislativa em questão.

Entendemos que a avaliação dos alunos para constatar dislexia ou seja, para diagnosticar e encaminhar estudantes que estão em fase de aprendizado da leitura e da escrita na rede municipal de ensino representará um retrocesso no enfrentamento das dificuldades de escolarização de nossas crianças e adolescentes. Consideramos que isso reduz os problemas educacionais a uma suposta patologia do indivíduo, desconsiderando todo um contexto social e as consequências de gravíssimos problemas de estrutura e funcionamento de nosso sistema de ensino.

Inserir processos de avaliação que se baseiam em diagnósticos e tratamentos na rede pública de educação, a nosso ver, caminha na contramão das conquistas políticas e sociais da sociedade brasileira, como a Constituição de 1988, a LDBEN de 1996, o Estatuto da Criança e do Adolescente de

Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

<http://www.medicalizacao.org.br>

Ofício FM nº. 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



1990 e em políticas públicas já implementadas como o SUS bem como em Programas intersetoriais reconhecidos nacionalmente como o PSE – Programa Saúde na Escola.

O conceito de dislexia é bastante controverso e tem sido veementemente contestado nos meios científicos e técnicos, não apenas no Brasil. Os procedimentos diagnósticos para a identificação desse suposto distúrbio têm, predominantemente, carecidos de adequada investigação das condições do processo pedagógico ao longo do qual as dificuldades de domínio do léxico, principalmente da leitura e da escrita, produziram-se. Causa e efeito são frequentemente confundidos, culpando-se as vítimas, com graves consequências para a vida das mesmas.

A direção correta de investimentos na Educação deveria ser na melhoria das condições de ensino. Também em campanhas que tivessem como objetivo o esclarecimento do público em geral e dos educadores com relação à tendência a atribuir a doenças, de caráter individual, as dificuldades dos alunos produzidas coletivamente, por problemas da rede de ensino. Deveriam informar e discutir as controvérsias referentes à existência e ao diagnóstico de supostos distúrbios de aprendizagem como a dislexia e o déficit de atenção com ou sem hiperatividade.

Este Projeto de Lei em questão assemelha-se ao Substitutivo ao Projeto de Lei 0086/2006, de autoria do Vereador Juscelino Gadelha e Floriano Pesaro, com propositura do mesmo teor, amplamente questionado por entidades da Psicologia, da Fonoaudiologia, da Educação, da Assistência Social e da área Médica quando de sua tramitação nesta Casa entre os anos de 2007 e 2010. Contrariamente a este projeto, há um Manifesto na forma de abaixo-assinado no site do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (www.crpasp.org.br/medicalizacao) recebendo adesões de instituições e grupos organizados, totalizando mais de 2000 assinaturas pessoais e 60 assinaturas de entidades. Em 2009 foi realizado nesta Casa o Seminário Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas com mais de 600 participantes e que está registrado no sítio do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo http://www.crpasp.org.br/medicalizacao/arquivos/caderno_8.pdf

As entidades que assinam este documento vem, a público, apresentar sua posição, solicitando especial atenção desta Casa Legislativa para a gravidade dos fatos e do contexto por nós apontado.

Solicitamos que tenhamos a possibilidade de que o contraditório possa ser ouvido neste Plenário da Câmara Municipal de São Paulo que preza pelos preceitos da democracia e da participação. Neste caso, a voz das entidades que aqui se apresentam se diferencia daqueles que defendem tal propositura que busca instalar uma “política pública” a nosso ver equivocada. Consideramos fundamental – com a responsabilidade que nos cabe enquanto entidades de áreas da Educação, Psicologia e Fonoaudiologia – manifestar nossa posição e argumentos contrários a projetos de lei que, como este Substitutivo ora apresentado, insiram no campo da educação mecanismos de avaliação contemplados na área de Saúde.

Nenhuma das entidades aqui signatárias foi procurada pelos Excelentíssimos Vereadores para dar seu parecer a respeito do texto deste Substitutivo.

Reafirmamos nosso interesse em cooperar com esta Casa na construção de projetos de lei que promovam a Educação Básica, reafirmem a necessidade da construção de um Plano de Educação para a Cidade de São Paulo sem depositar sobre o alunado e sua família o ônus de

Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

<http://www.medicalizacao.org.br>

São Paulo, 17 de Março de 2015. Vera Nice Rodrigues
RF 184.124 - SGP-12



necessidades que estão no âmbito institucional, político, social e cultural. Consideramos, como todas as pesquisas da área de Educação apontam, que a aquisição da leitura e da escrita nas séries iniciais é um grande desafio para os educadores, gestores e propositores de políticas educacionais.

Ante o exposto, parabenizamos o entendimento de Vs. Exas, destacamos que sua aprovação representaria um **retrocesso no enfrentamento das dificuldades de escolarização de nossas crianças e adolescentes e colocamo-nos à disposição para a colaboração necessária**. Portanto, reiteramos nossa posição **desfavorável à aprovação do Projeto de Lei**,

Apresentamos em anexo o detalhamento de nossos argumentos contrários à aprovação do PL 72/2011

S.m.j.

SECRETARIA EXECUTIVA DO FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE

Jason Gomes - Palavra Criativa

Helena Rego Monteiro - Conselho Regional de Psicologia Rio de Janeiro

Lygia Viegas - Núcleo Bahia

Rui Harayama - Núcleo Rio de Janeiro

ENTIDADES SIGNATÁRIAS

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – CRP-06
Departamento de Saúde Coletiva da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa
Grupo Interinstitucional Queixa Escolar – GIQE
Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional – ABRAPEE
Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente de São Paulo – CONDECA
Faculdade São Bento da Bahia – Curso de Psicologia
Faculdade Social da Bahia – Curso de Psicologia
Fórum de Saúde Mental do Butantã
Anhanguera Educacional
Laboratório de Psicologia e Processos Psicossociais da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí
Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo – SINPSI
Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro – CRP 05
Sindicato dos Profissionais em Educação no Ensino Municipal de São Paulo -SINPEEM
Mandato do Vereador Eliseu Gabriel
Mandato do Vereador Claudio Fonseca
Mandato do Deputado Estadual Carlos Giannazi
Colégio Universitas – Ensino Médio – Santos, SP

Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

<http://www.medicalizacao.org.br>

Ofício FM nº. 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



Universidade Estadual de Maringá – UEM – Departamento de Psicologia
Fundação Criança de São Bernardo do Campo
Universidade Comunitária do Oeste Catarinense – UNOCHAPECÓ – Curso de Psicologia
Associação de Docentes da Universidade de São Paulo – ADUSP
Associação Nacional de Pesquisa em Pós-Graduação – ANPED – GT Psicologia da Educação
Instituto Sedes Sapientiae
Associação Palavra Criativa
Universidade de São Paulo – Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar e Educacional – LIEPPE
Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa” (Butantã) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP
Grupo de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – DEDICA – Curitiba, PR
União de Mulheres do Município de São Paulo
Fórum Paulista de Educação Infantil
CNTE – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação
CFP – Conselho Federal de Psicologia
Centro Acadêmico Iara Iavelberg – Psicologia USP
Departamento de Psicologia da UNICENTRO (Universidade Estadual do Centro-Oeste – Irati/PR)
Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo
Faculdade de Educação da UNICAMP
“Projeto espaço Palavra” da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic – PUC-SP
LEPEDE’ES – Laboratório de Pesquisas em Educação – Educação Especial UFSCAR
Rede Butantã de entidades e forças sociais
Centro do Professorado Paulista
Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia
Rede Humaniza SUS – Coletivo de Editores
Representação Paulista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional
Sindicato dos Nutricionistas do Estado de São Paulo – SINESP
Federação Nacional dos Farmacêuticos
Coordenação de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo
Regional Rio de Janeiro da Abrapso
Federação de Montanhismo do Estado de São Paulo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense
Associação Brasileira de Psicologia da Saúde
Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP
Centro Excursionista Universitário – CEU
Núcleo Especializado de Atendimento a Criança Escolar – NEACE
Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro – SINDPSI-RJ
APP-Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná
SINSEP – Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de São José dos Pinhais
Sindypsi – Sindicato dos Psicólogos do Estado do Paraná
Sismmar – Sindicato dos servidores do magistério municipal de Araucária,
CRP-08 – Conselho Regional de Psicologia do Paraná.
FENAPSI - Federação Nacional dos Psicólogos

Ofício FM nº. 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



Folha nº 79 do proc.
nº 37-04 de 2015

Vera Nise Rodrigues
RF 101423-8 GP-42

**RAZÕES PELA QUAIS AS ENTIDADES ABAIXO ASSINADAS SÃO CONTRÁRIAS A APROVAÇÃO DO PL
72/2011**

Tal como os parlamentares desta Casa e as justificações dos projetos de Lei em questão, também consideramos imprescindível a discussão e a proposição de políticas públicas seguidas de ações contundentes e imediatas que visem ao enfrentamento das dificuldades escolares expressas nos baixos índices de qualidade da educação básica na cidade de São Paulo e no Brasil. Este fato se faz mais presente no que tange à área de alfabetização nas séries iniciais. Reconhecemos que a construção de propostas educacionais que contemplem a diversidade humana é um desafio premente

Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

<http://www.medicalizacao.org.br>

Ofício FM nº. 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



para toda a comunidade escolar, bem como para os profissionais relacionados ao campo da Educação e para o Governo.

Consideramos outrossim, que a existência de políticas intersetoriais que se fazem presentes nos municípios constituem-se em ferramentas fundamentais para instauração de políticas públicas que visem trazer importantes alternativas à população e às escolas para o atendimento de dificuldades escolares.

Um dos programas intersetoriais bem sucedidos é o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial n.º 6.286/2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizadas pelas equipes de saúde e da educação de forma integrada.

Nesse sentido, a implementação do PSE prevê a realização de diversas ações articuladas pelas equipes de saúde e de educação com o objetivo de garantir atenção integral à saúde e educação para os estudantes da rede básica de ensino, com destaque para os seguintes componentes: I - Avaliação clínica e psicossocial; II - Ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos; e III - Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e Saúde; IV- Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes. Em dezembro de 2011, as ações do PSE foram pactuadas com 2.285 municípios, abrangendo 50.545 escolas e 13.116 equipes de Saúde da Família, contemplando 10.694.916 escolares do ensino básico.

Com relação ao componente da avaliação clínica e psicossocial as equipes de saúde interagem com as equipes da educação na perspectiva de ampliar e qualificar as ações de atenção integral à saúde dos educandos, através da avaliação das condições de saúde. É nesse contexto que as equipes têm a possibilidade de identificação de crianças e adolescentes que demonstrem dificuldades no aprendizado e no relacionamento com seus pares e com os professores, que permite indicar hipóteses diagnósticas de intervenção terapêutica.

Nos casos dos municípios que ainda não aderiram ao PSE, ficarão a cargo da rede de ensino identificar as necessidades específicas em parceria com a equipe de saúde no território, podendo contar ainda com a participação de outros profissionais da rede da assistência social.

Qualquer política a ser proposta deverá considerar a necessidade de promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em conformidade com a Lei 8.069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

São Paulo, 17 de Março de 2015.



Folha nº 80 do proc.

No que tange às **equipes multiprofissionais** mencionadas no referido Substitutivo temos a de 2015 observar que:

Vera Nice Rodrigues
DE 100.123 - SGP-12

No caso da Intervenção Psicológica e Psicopedagógica

A construção do conhecimento científico na área da Psicologia, fruto da articulação entre discussões teóricas e experiências profissionais, afirma a especificidade do psicólogo na Educação, a partir da articulação entre Política Pública Educacional, vida diária escolar, relações indivíduo-sociedade e condições individuais – sejam elas orgânicas ou não.

Portanto, os psicólogos escolares/educacionais reconhecem a importância do diagnóstico e do tratamento de questões individuais, mas entendem que se trata de uma **área de competência da Saúde**.

A especificidade da contribuição da Psicologia na Educação está na mediação entre os inúmeros aspectos que constituem a vida humana e os processos educacionais, a fim de garantir a apropriação dos saberes acumulados historicamente ao longo de nossa história. Em 2013, o Conselho Federal de Psicologia divulgou nacionalmente documento que cria “Referências para a Atuação de Psicóloga(os) na Educação Básica” disponível no site http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/04/MIOLO_EDUCACAO.pdf

Dentre as atribuições de psicólogos no campo da Educação estão:

*Compor com a equipe escolar, a elaboração, implementação e avaliação do Projeto Político Pedagógico da Escola e, a partir dele, construir seu projeto de atuação, como um profissional inserido e implicado no campo educacional.

- Problematicar o cotidiano escolar, colaborando na construção coletiva do projeto de formação em serviço, no qual professores possam planejar e compor ações continuadas.

- Construir, com a equipe da escola, estratégias de ensino e aprendizagem, considerando os desafios da contemporaneidade e as necessidades da comunidade onde a escola está inserida.

- Considerar a dimensão de produção da subjetividade, sem reduzi-la a uma perspectiva individualizante, afastando-se do modelo clínico-assistencial.

- Valorizar e potencializar a construção de saberes, nos diferentes espaços educacionais, considerando a diversidade cultural das instituições e seu entorno para subsidiar a prática profissional.

- Buscar conhecimentos técnico-científicos da Psicologia e da Educação, em sua dimensão ética para sustentar uma atuação potencializadora.

- Produzir deslocamento do lugar tradicional da (o) psicóloga (o) no sentido de desenvolver práticas coletivas que possam acolher as tensões, buscando novas saídas para os desafios da formação entre educadores e educandos.

Ofício I M nº 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



- Romper com a patologização, medicalização e judicialização das práticas educacionais nas situações em que as demandas por diagnósticos fortalecem a produção do distúrbio/transtorno, da criminalização e da exclusão.

No caso da Intervenção Fonoaudiológica

No caso dos profissionais da área de Fonoaudiologia, a Resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa nº 309, de 01 de abril de 2005:

Dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo na educação infantil, ensino fundamental, médio, especial e superior, e dá outras providências.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia, no uso das atribuições legais e regimentais;

Considerando a necessidade de normatizar a atuação do fonoaudiólogo na educação infantil, ensino fundamental, médio, especial e na educação superior;

Considerando a necessidade de suscitar, em todos os setores da educação, a conscientização e a valorização do trabalho fonoaudiológico;

Considerando a necessidade de promover a saúde, prevenir e orientar a comunidade escolar quanto às alterações de audição, linguagem, motricidade oral e voz;

RESOLVE:

Art. 1º - Cabe ao fonoaudiólogo, desenvolver ações, em parceria com os educadores, que contribuam para a promoção, aprimoramento, e prevenção de alterações dos aspectos relacionados à audição, linguagem (oral e escrita), motricidade oral e voz e que favoreçam e otimizem o processo de ensino e aprendizagem, o que poderá ser feito por meio de :

Capacitação e assessoria, podendo ser realizadas por meio de esclarecimentos, palestras, orientação, estudo de casos entre outros;

Planejamento, desenvolvimento e execução de programas fonoaudiológicos;

Orientações quanto ao uso da linguagem, motricidade oral, audição e voz;

Observações e triagens fonoaudiológicas, com posterior devolutiva e orientação aos pais, professores e equipe técnica, sendo esta realizada como instrumento complementar e de auxílio para o levantamento e caracterização do perfil da comunidade escolar e acompanhamento da efetividade das ações realizadas e não como forma de captação de clientes.

Ações no ambiente que favoreçam as condições adequadas para o processo de ensino e aprendizagem;

São Paulo, 17 de Março de 2015.



Folha nº 31 do proc.

Contribuições na realização do planejamento e das práticas pedagógicas da instituição.

37-04 de 2015

Art. 2º - É vedado ao fonoaudiólogo realizar atendimento clínico/terapêutico dentro de instituições de educação infantil, ensino fundamental e médio, mesmo sendo inclusivas.

Vera Lúcia Rodrigues
RF 107.123 - SGP-12

§ 1º. - A relação do fonoaudiólogo com a escola poderá ser estabelecida por meio de acompanhamento de caso (s) clínico(s) de sua responsabilidade instituindo uma atuação exclusivamente educacional.

§ 2º - Nas escolas de educação especial o fonoaudiólogo poderá desenvolver todas as funções acima relatadas, e no caso da necessidade de atendimento clínico, na própria escola, esse deverá obedecer a horário e local adequados, sem que haja interferência nas atividades escolares, considerando os preceitos do Código de Ética da Fonoaudiologia.

§ 3º - Todo e qualquer procedimento fonoaudiológico envolvendo pesquisa deverá respeitar os preceitos da Resolução CNS 196/1996, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Art. 3º - Em caso de encaminhamento, o fonoaudiólogo deverá fornecer três ou mais indicações profissionais.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogadas todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFFa nº 232, de 01 de agosto de 1999.

AÇÕES DO EXECUTIVO MUNICIPAL EM 2014 CRIANDO O NÚCLEO DE APOIO AOS ESTUDANTES - NAAPA

No que tange à criação de uma política pública, proposta pelo Substitutivo em questão, é fundamental lembrar os Excelentíssimos Vereadores que em 2014 foram aprovados no Município de São Paulo dois Serviços de Acompanhamento à Aprendizagem dos Estudantes das Escolas Municipais, que comporão o Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem - NAAPA, a ser implantado nas Diretorias Regionais de Educação, vinculado à Diretoria de Orientação Técnico-Pedagógica. São eles:

- a) O Serviço de Assistência Psicopedagógica implantado pela Lei nº 15.719, de 24 de abril de 2013, regulamentada pelo Decreto nº 54.769, de 17 de janeiro de 2014;
- b) O Serviço de Assistência Psicológica ao Estudantes aprovado pela LEI 15.960 de 8/01/2014 e regulamentado pelo Decreto 55309/2014 assinado pelo Prefeito Fernando Haddad, pelo Secretário de Educação Cesar Callegari e pelo Secretário de Governo Francisco Macena da Silva, em vigor a partir de 24 de julho deste ano.

Transcrevemos na íntegra o atual Decreto, considerando que este Serviço possibilita, dentre as ações integradas no Município favorecer a todas as modalidades de necessidades educativas, incluindo aquelas em que dificuldades de aquisição de leitura e escrita sejam observadas. Seu amplo

Ofício FM nº. 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



espectro contempla a Legislação de universalização das políticas públicas. Assim, cabe ao Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante:

Art. 1º A Lei nº 15.960, de 8 de janeiro de 2014, que institui o Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante na Rede Municipal de Ensino, fica regulamentada nos termos deste decreto.

Art. 2º O Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante será realizado mediante orientação dos educandos, dos profissionais das Unidades Educacionais e das famílias, voltada à prevenção e tratamento de distúrbios psicológicos e outras condições que possam comprometer o desempenho escolar e o bem-estar dos educandos e da sociedade.

§ 1º O Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante será oferecido pela Secretaria Municipal de Educação e, se necessário, por meio de ação conjunta das Secretarias Municipais da Saúde e de Assistência e Desenvolvimento Social.

§ 2º A assistência psicológica compreenderá, em especial, a análise dos sintomas e das ações dos educandos que indiquem a necessidade de assistência profissional preventiva e de orientação para a mediação de conflitos, consideradas as condições sociais, culturais, econômicas e ambientais nas quais estão inseridos a escola e seus educandos, sob uma concepção de educação que respeita, compreende e valoriza a diversidade humana.

3º O Serviço será voltado, igualmente, para os educandos que apresentem dificuldade de aprendizagem ou, ainda, problemas relacionados ao convívio escolar.

Art. 3º No âmbito da Secretaria Municipal de Educação, o Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante será implantado nas Diretorias Regionais de Educação, vinculado à Diretoria de Orientação Técnico-Pedagógica.

Parágrafo Único - O Serviço de que trata este decreto funcionará em conjunto com o Serviço de Assistência Psicopedagógica implantado pela Lei nº 15.719, de 24 de abril de 2013, regulamentada pelo Decreto nº 54.769, de 17 de janeiro de 2014.

Art. 4º Nas Diretorias de Orientação Técnico-Pedagógica, das Diretorias Regionais de Educação, da Secretaria Municipal de Educação, fica criado o Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem - NAAPA, que abrangerá, dentre outros, o Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante de que trata este decreto.

Parágrafo Único - A estrutura e a organização do Núcleo ora criado serão objeto de portaria específica do Secretário Municipal de Educação.

Art. 5º O Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante será realizado por Psicólogo, portador de certificado de conclusão em curso de graduação em Psicologia, com disciplinas relacionadas à Psicologia Escolar/Educacional, e/ou graduação em Psicologia com especialização em Psicologia Escolar/Educacional, indicado dentre os profissionais da Educação habilitados e interessados em exercer a função, cumprindo jornada de 40 (quarenta) horas semanais.

São Paulo, 17 de Março de 2015.



Folha nº 37 do proc. 04

37-04

de 20 15

Vers. Niterói
RF 101.123 - SGP-12

Parágrafo Único - A atuação do Psicólogo dar-se-á de forma articulada com os profissionais das Diretorias Regionais de Educação e em parceria com os profissionais das Secretarias Municipais da Saúde e de Assistência e Desenvolvimento Social nos casos em que houver necessidade de encaminhamentos específicos.

Art. 6º A assistência psicológica aos educandos dar-se-á após a análise e discussão dos casos pelas equipes das Unidades Educacionais, com o envolvimento dos profissionais da Diretoria Regional de Educação, na seguinte conformidade:

I - na própria Diretoria Regional de Educação, por meio de encaminhamentos realizados pela Equipe Gestora da Unidade Educacional;

II - nas Unidades Educacionais vinculadas à Diretoria Regional de Educação de seu exercício, mediante necessidade apontada pela respectiva Unidade Educacional.

Art. 7º Os profissionais responsáveis pela assistência psicológica poderão requisitar a presença dos pais e/ou responsáveis legais, caso necessário.

Parágrafo Único - O não atendimento da requisição prevista no "caput" deste artigo poderá ensejar, por parte da Direção da Escola, a comunicação do fato ao Conselho Tutelar, para adoção das medidas cabíveis.

Art. 8º No Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante a atuação do Psicólogo deverá considerar os contextos escolares e educacionais, em articulação, se necessária, com os órgãos da saúde e da assistência social, e compreenderá as seguintes atribuições:

I - reconhecer e avaliar educandos com dificuldades frente às exigências educacionais;

II - atuar na orientação de pais/responsáveis nas situações em que houver necessidade de acompanhamento e/ou encaminhamento;

III - orientar os profissionais da Educação nas intervenções que favoreçam o desenvolvimento e aprendizagem dos educandos;

IV - favorecer as relações interpessoais frente às necessidades dos educandos;

V - promover ações que auxiliem na integração família/educando e família/escola;

VI - discutir com a equipe gestora e docente as intervenções necessárias à superação de estigmas que comprometam o desempenho escolar dos educandos;

VII - envolver a família como corresponsável do processo educativo, possibilitando o sucesso escolar dos educandos;

VIII - auxiliar no diagnóstico e encaminhamento de educandos com deficiência e transtornos globais de desenvolvimento para atendimento nos serviços de saúde;

Ofício FM nº. 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



IX - discutir com os educadores aspectos do processo de desenvolvimento e de aprendizagem;

X - atuar como facilitador das relações interpessoais dos segmentos da comunidade escolar;

XI - participar de atividades formativas destinadas à comunidade escolar sobre temas relevantes da sua área de atuação.

Art. 9º O Secretário Municipal de Educação designará, por ato próprio, profissionais para exercer a função de Psicólogo nas Diretorias Regionais de Educação, dentre os integrantes da Carreira do Magistério Municipal que apresentem formação nos termos do artigo 5º deste decreto.

Art. 10 Caberá às Diretorias Regionais de Educação oferecer condições que assegurem o pleno desenvolvimento do Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante disciplinado por este decreto.

Art. 11 A Secretaria Municipal de Educação poderá estabelecer normas complementares necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste decreto.

Art. 12 As despesas com a execução deste decreto correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas, se necessário.

Art. 13 Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Essas orientações legais, indicam que a cidade de São Paulo conta atualmente, inclusive, para a Secretaria Municipal de Educação, com uma política de atendimento ao estudante para o acompanhamento de sua aprendizagem abrangendo todas as modalidades de dificuldades que venham a ser enfrentadas por educadores, pais, e estudantes.

Ante o exposto, parabenizamos o entendimento de Vs. Exas, destacamos que sua aprovação representaria um **retrocesso no enfrentamento das dificuldades de escolarização de nossas crianças e adolescentes e colocamo-nos à disposição para a colaboração necessária**. Portanto, reiteramos nossa posição **desfavorável à aprovação do referido Projeto de Lei**,

SECRETARIA EXECUTIVA DO FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE

Jason Gomes - Associação Palavra Criativa

Helena Rego Monteiro - Conselho Regional de Psicologia Rio de Janeiro

Ofício FM nº. 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



Lygia Viegas - Núcleo Bahia

Rui Harayama - Núcleo Rio de Janeiro

Folha nº 83 do proc.

nº 37-04 de 20 15

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123 - SGP-12

ENTIDADES SIGNATÁRIAS

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – CRP-06
Departamento de Saúde Coletiva da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa
Grupo Interinstitucional Queixa Escolar – GIQE
Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional – ABRAPEE
Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente de São Paulo – CONDECA
Faculdade São Bento da Bahia – Curso de Psicologia
Faculdade Social da Bahia – Curso de Psicologia
Fórum de Saúde Mental do Butantã
Anhanguera Educacional
Laboratório de Psicologia e Processos Psicossociais da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí
Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo – SINPSI
Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro – CRP 05
Sindicato dos Profissionais em Educação no Ensino Municipal de São Paulo -SINPEEM
Mandato do Vereador Eliseu Gabriel
Mandato do Vereador Claudio Fonseca
Mandato do Deputado Estadual Carlos Giannazi
Colégio Universitas – Ensino Médio – Santos, SP
Universidade Estadual de Maringá – UEM – Departamento de Psicologia
Fundação Criança de São Bernardo do Campo
Universidade Comunitária do Oeste Catarinense – UNOCHAPECÓ – Curso de Psicologia
Associação de Docentes da Universidade de São Paulo – ADUSP
Associação Nacional de Pesquisa em Pós-Graduação – ANPED – GT Psicologia da Educação
Instituto Sedes Sapientiae
Associação Palavra Criativa
Universidade de São Paulo – Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar e Educacional – LIEPPE
Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa” (Butantã) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP
Grupo de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – DEDICA – Curitiba, PR
União de Mulheres do Município de São Paulo
Fórum Paulista de Educação Infantil
CNTE – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação
CFP – Conselho Federal de Psicologia
Centro Acadêmico Iara Iavelberg – Psicologia USP
Departamento de Psicologia da UNICENTRO (Universidade Estadual do Centro-Oeste – Irati/PR)
Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo
Faculdade de Educação da UNICAMP
“Projeto espaço Palavra” da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic – PUC-SP

Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

<http://www.medicalizacao.org.br>

Ofício FM nº. 02/15

São Paulo, 17 de Março de 2015.



LEPEDE'ES – Laboratório de Pesquisas em Educação – Educação Especial UFSCAR
Rede Butantã de entidades e forças sociais
Centro do Professorado Paulista
Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia
Rede Humaniza SUS – Coletivo de Editores
Representação Paulista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional
Sindicato dos Nutricionistas do Estado de São Paulo – SINESP
Federação Nacional dos Farmacêuticos
Coordenação de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo
Regional Rio de Janeiro da Abrapso
Federação de Montanhismo do Estado de São Paulo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense
Associação Brasileira de Psicologia da Saúde
Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP
Centro Excursionista Universitário – CEU
Núcleo Especializado de Atendimento a Criança Escolar – NEACE
Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro – SINDPSI-RJ
APP-Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná
SINSEP – Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de São José dos Pinhais
Sindypsi – Sindicato dos Psicólogos do Estado do Paraná
Sismmar – Sindicato dos servidores do magistério municipal de Araucária,
CRP-08 – Conselho Regional de Psicologia do Paraná.
FENAPSI - Federação Nacional dos Psicólogos



Folha nº 24 do proc.

nº 37-04 de 20 15

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123 - SGP-12

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Anexo 2

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123-7 SGP-12



NOTA TÉCNICA
O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL
DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS
ANVISA (2007-2014)

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL
DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE

NOTA TÉCNICA : O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL,
DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS
CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)

25 páginas, Junho de 2015

Análise e sistematização dos dados: Rui Harayama, Jason Gomes, Renata
Barros, Dolores Galindo e Daniella Santos.
Projeto Gráfico: Rui Harayama

Fórum nº 86 do proc.
nº 37-09 de 20 15

Vera Nice Rodrigues
OAB 101.123-5/SP-12

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
**NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFARMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL
DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)**



O CONSUMO DE RITALINA®, CONCERTA® E VENNVANSE® NO BRASIL (2007-2015).....	4
VENDAS DE RITALINA®, CONCERTA® E VENNVANSE®.....	7
CONSIDERAÇÕES.....	14
CONSUMO DE CLONAZEPAM NO BRASIL (2007-2014).....	15
CONSIDERAÇÕES.....	23
HISTÓRICO DA SOLICITAÇÃO DE DADOS.....	24
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS CITADAS.....	25



**O CONSUMO DE RITALINA®,
CONCERTA® E VENVANSE® NO
BRASIL (2007-2015)**

Ritalina®, Concerta® e Venvanse® são medicamentos psicoestimulantes indicados para o tratamento do TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade).

Apesar do Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) n°23 afirmar que "as evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização." (BRATS, 2014:9), o consumo dessas substâncias cresce a cada ano. Em relatório de 2015, a Comissão Internacional de Controle de Narcóticos (ONU, 2015) afirma que o aumento da fabricação de metilfenidato é um fenômeno global.

"A fabricação de metilfenidato e o seu uso para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) continua a aumentar em todo o mundo. Em 2013, a fabricação mundial alcançou um novo recorde de quase 72 toneladas. Os Estados Unidos da América continua sendo o maior fabricante, responsável por 77% de todo o Metilfenidato fabricado. Em 2013, o Reino Unido foi o segundo maior fabricante da substância e foi responsável por quase 20% de todo o Metilfenidato produzido no mundo. Os países com os maiores níveis de consumo per capita reportado em 2013 foram, em ordem decrescente, Islândia, Bélgica, Suécia, Canadá, Estados Unidos, Holanda, Dinamarca, Nova Zelândia, Chile e Alemanha." (ONU, 2015:33).

Segundo o BRATS 23 (ANVISA, 2014), estão aprovadas para o tratamento do TDAH no Brasil as substâncias lis-dexanfetamina, metilfenidato e atomoxetina. Essas substâncias são comercializadas em formulações patenteadas, sem genéricos disponíveis (conforme) e com grande variação de preço. Segundo Lista de preços de medicamentos, da ANVISA, a caixa com 7 comprimidos de Strattera® 10mg sai ao custo de R\$3,81, ao passo que uma caixa de Concerta® 54mg sai ao custo de R\$431,89. Se a comparação for realizada por comprimido, cada unidade pode sair de R\$0,55 a R\$14,60.

A Lis-dexanfetamina é o princípio ativo do VENVANSE®, fabricado pela Shire. O Metilfenidato é o princípio ativo da Ritalina® e Ritalina LA®, ambas fabricadas pela Novartis, e do Concerta®, fabricado pela Janssen. A Atomoxetina é princípio ativo da Strattera®, fabricada pela Eli Lilly.

IMPORTAÇÃO DE METILFENIDATO NO BRASIL (Kg)

	2006	2007	2011	2012	2013
919			719		578
210					

INSTITUTO POLITÉCNICO DE MARITÍMO
MEDICALIZAÇÃO
DA PROTEÇÃO E DA INVESTIGAÇÃO

O aumento da quantidade de metilfenilato fabricado é proporcional ao aumento do consumo em todo o mundo que pode ser atribuído à várias razões, como:

- a) o aumento do número de pacientes diagnosticados com TDAH,
- b) a ampliação da faixa etária dos pacientes que são suscetíveis a receber a prescrição de metilfenilato,
- c) o aumento do uso em adultos,
- d) erro no diagnóstico de TDAH e prescrição indevida de metilfenilato,
- e) a falta de diretrizes médicas adequadas relativas a prescrição de metilfenilato,
- f) a oferta do mercado cada vez maior em muitos países
- g) as práticas comerciais influentes, ou de marketing agressivo por parte de fabricantes de preparados farmacêuticos que contêm metilfenilato.
- h) a pressão da opinião pública como a exigência por associações de pais para o direito das crianças a acessar a medicação para o tratamento de TDAH (ONU 2015b, p. 39).

[illegible]

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



Os dados obtidos junto ao Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), solicitados pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, por meio da Lei de Acesso à Informação, consolidam os dados de venda de UFD (Unidades Fisicas Distribuídas) em farmácias de todo o Brasil de Outubro de 2007 à Setembro de 2014.

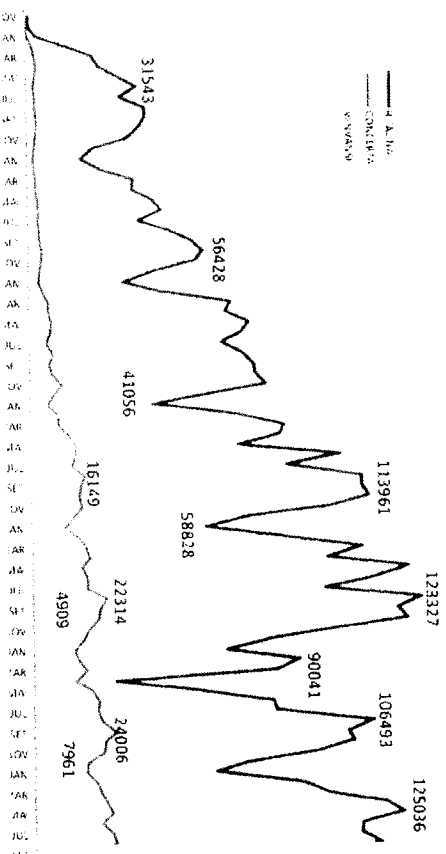
Desde a criação do SNGPC, em março de 2007, os dados da venda dos medicamentos analisados cresce. A Ritalina®, Cloridrato de Metilfenidato, registrou venda de 58.719 caixas em Outubro de 2009 e 108.609 caixas em Outubro de 2013, um aumento de mais de 180% em 4 anos.

O período também apresentou aumento nas vendas de outros produtos similares para o tratamento do TDAH, como é o caso do Concerta® (Cloridrato de metilfenidato) e do Venvan-se® (lis-dexanfetamina).

A busca no SNGPC, por Atomoxetina, princípio ativo do Strattera®, fabricada pela Eli Lilly, não retornou resultados. O que significa que o sistema não acusou venda do medicamento entre Outubro de 2007 à Setembro de 2014. Isso deve-se ao fato do medicamento ser vendido sem talonário especial.

Apesar de ter sido criado em 2007, devem ser considerados os dados do SNGPC a partir de 2009, quando houve efetiva adesão das farmácias particulares ao sistema do SGNPC.

VENDA DE CAIXAS (UFD) POR MÊS



"O uso do metilfenidato para questões médicas aumentou significante nos anos 1990s [...]. O aumento da fabricação e uso do metilfenidato e, principalmente, resultado da expansão da substância nos Estados Unidos, onde ela é frequentemente prescrita para o tratamento do TDAH e é fortemente anunciada incluindo a propaganda direta para os consumidores potenciais. Entretanto, desde o ano 2000, o uso do Metilfenidato para o tratamento do TDAH tem crescido de forma acentuada em outros países" (ONU, 2015: 39). Ainda em curto prazo, o uso do metilfenidato promove, cefaleia, desintresse, euforia e "olhar parado" e, a longo prazo, dependência, efeitos cardiovasculares e possível redução da estatura (cf. ITABORAHY, ORTEGA, 2013; ORTEGA et al, 2010).

Vera Nice Rodrigues
25.101.123- SGP-12

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)

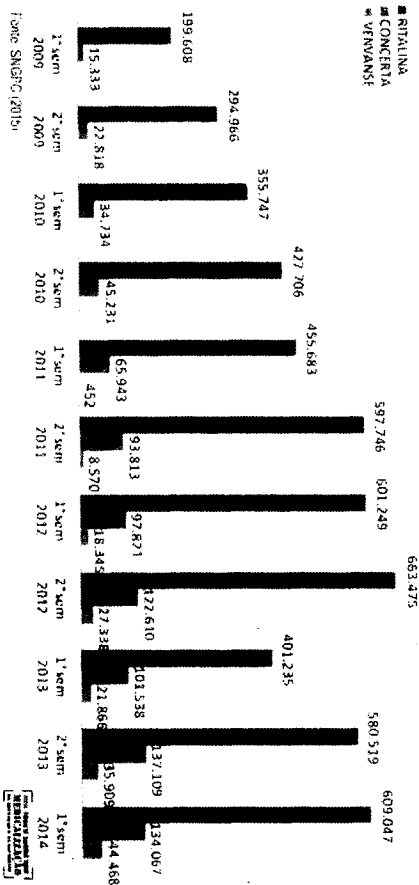


VENDAS DE RITALINA®, CONCERTA® E VENVANSE®

As vendas de Ritalina®, Concerta® e Venvanse® apresentaram crescimento contínuo até o 1º semestre de 2013, quando houve drástica queda na venda de Ritalina® e pequena queda na venda do Concerta® e Venvanse®. A queda na venda de Ritalina® pode ser explicada pelo desabastecimento ocorrido no início de 2013, motivado por problemas de importação e fabricação do mesmo, como explica nota do fabricante

Apesar de 2013 ter apresentado essa queda, observa-se um padrão no consumo durante o ano, com quedas acentuadas no período de recesso escolar: Janeiro e Dezembro. Também observa-se que o consumo durante o ano apresenta aumento até Outubro. Em 2012, janeiro representou 4,7% de venda do Metilfenidato consumido no ano. Ao passo que Outubro foi responsável pela venda de 10% do total. Esses dados indicam que o Metilfenidato é possivelmente utilizado por crianças e adolescentes em processo de escolarização que fazem uso reduzido do medicamento no período de recesso escolar, mas que o seu consumo cresce concomitantemente ao longo do ano escolar, com aumento nas épocas onde há eminência de reprovação escolar.

VENDA DE CAIXAS (UFD) POR SEMESTRE



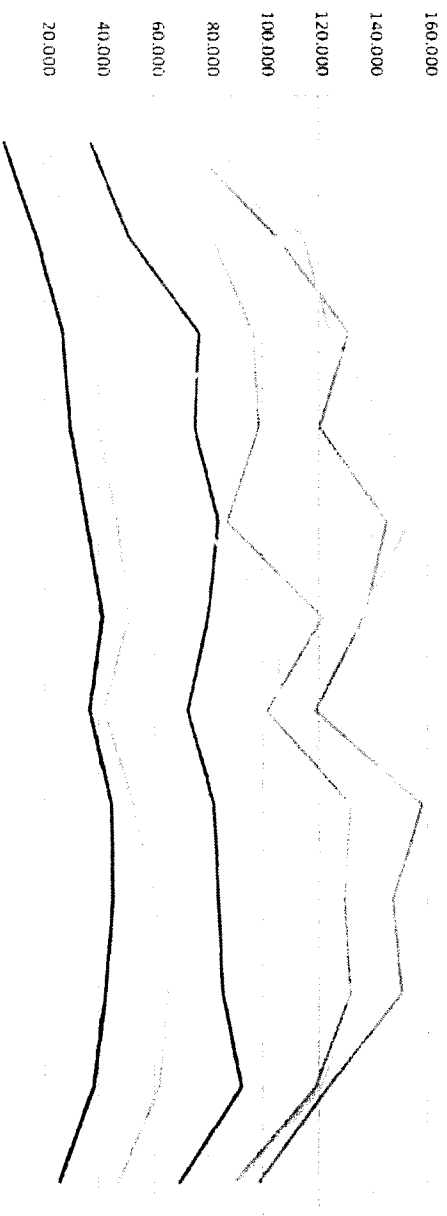
VENDA PROPORCIONAL (%) DE CAIXAS (UFD) DE CLORIDATO DE METILFENIDATO POR MÊS/ANO

ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
2008	0,9	4,1	6,8	7,5	9,2	10,9	9,4	11,7	11,8	11,1	9,9	6,6
2009	3,6	5	7,2	7	8,4	9,1	7,5	9,5	11	11,9	11,3	8,5
2010	4	5,6	8,6	8,4	9,5	9	8,1	9,2	9,5	9,6	10,5	7,8
2011	3,8	6,6	7,8	8	7	9,9	8,2	10,7	10,6	10,7	9,7	7,2
2012	4,7	8	8,7	8	9,6	9,1	7,9	10,5	9,8	11	8,2	6,5

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFARMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)

BRASIL
 Produto controlado
 MEDICAMENTO
 2007-2014

VENDA DE CAIXAS (UFD) DE CLORIDRATO DE METILFENIDATO POR MÊS/ANO



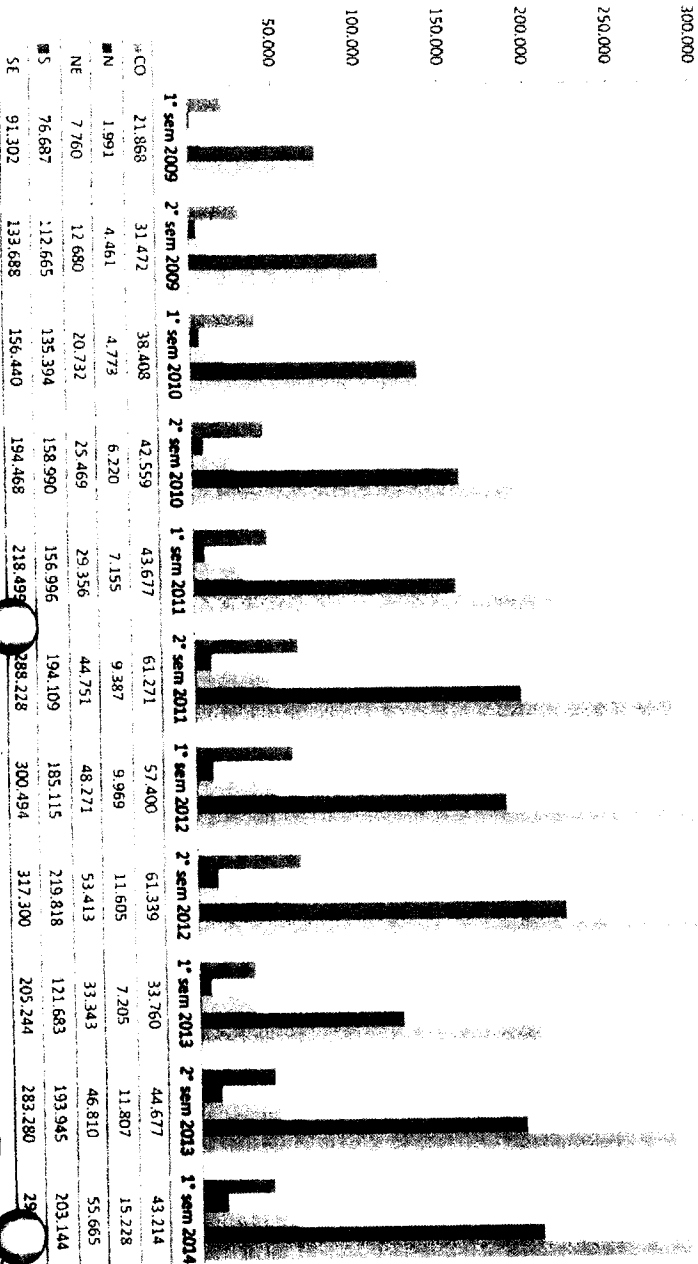
ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
2007										3	761	582
2008	3.337	15.029	24.716	27.356	33.432	39.456	34.162	42.531	42.895	40.359	35.772	23.908
2009	19.290	76.525	38.163	37.497	44.769	48.697	39.955	50.469	58.567	63.285	60.415	45.093
2010	34.804	48.700	74.593	72.797	81.747	77.840	70.311	79.849	81.761	83.191	90.344	67.481
2011	46.378	79.697	94.690	96.468	84.785	119.608	99.483	129.777	128.005	129.852	117.105	87.337
2012	69.664	103.022	129.407	118.893	143.136	134.948	117.129	156.361	145.641	148.606	121.709	96.639
2013	78.492	104.750	100.355	41.481	74.598	103.097	103.767	138.123	134.225	132.615	119.223	89.675
2014	78.930	112.705	122.465	143.948	151.256	133.810						

Vera Nice Rodrigues
RF 101.125-SGP-12

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFARMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



VENDA DE RITALINA® (UFD) POR REGIÃOXSEMESTRE

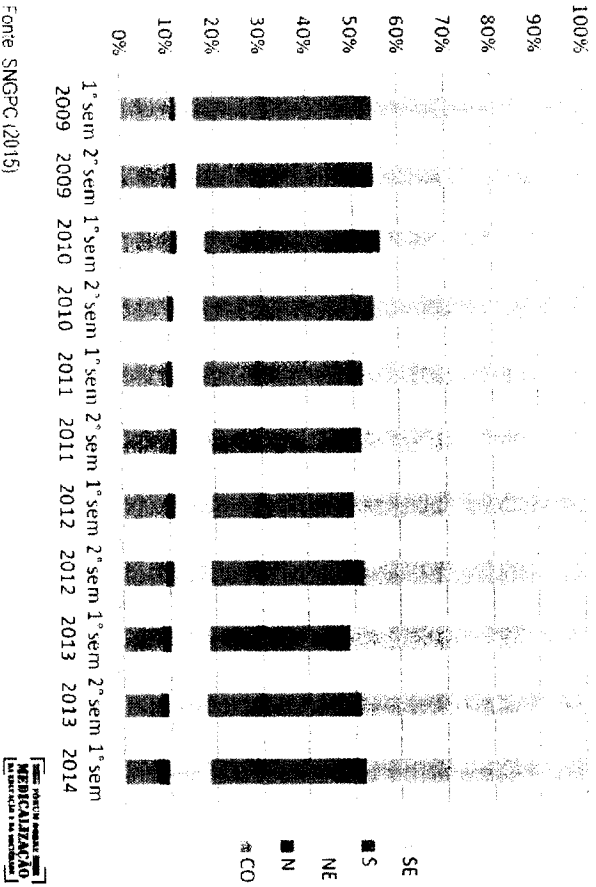


Forum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFARMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



DISTRIBUIÇÃO DA VENDA DE RITALINA® (UFD) POR REGIÃO/SEMESTRE



Fonte: SNGPC (2015)

No Brasil, a região Sudeste é a que apresenta o maior número absoluto de consumo de Ritulina. Desde 2009, observa-se que a proporção do consumo entre as regiões brasileiras segue o mesmo padrão, com ligeiro aumento do consumo no Nordeste.

A análise das Unidades Federativas apresenta a concentração de estados do Sudeste e Sul como os 6 maiores consumidores de Ritulina®, entre o 1º Semestre de 2009 e o 1º semestre de 2014. Nesse período São Paulo foi o Estado responsável por 20% do consumo de todo o Brasil.

MAIORES COMPRADORES DE RITALINA® (UFD) (JAN 2009 - JUN 2014)

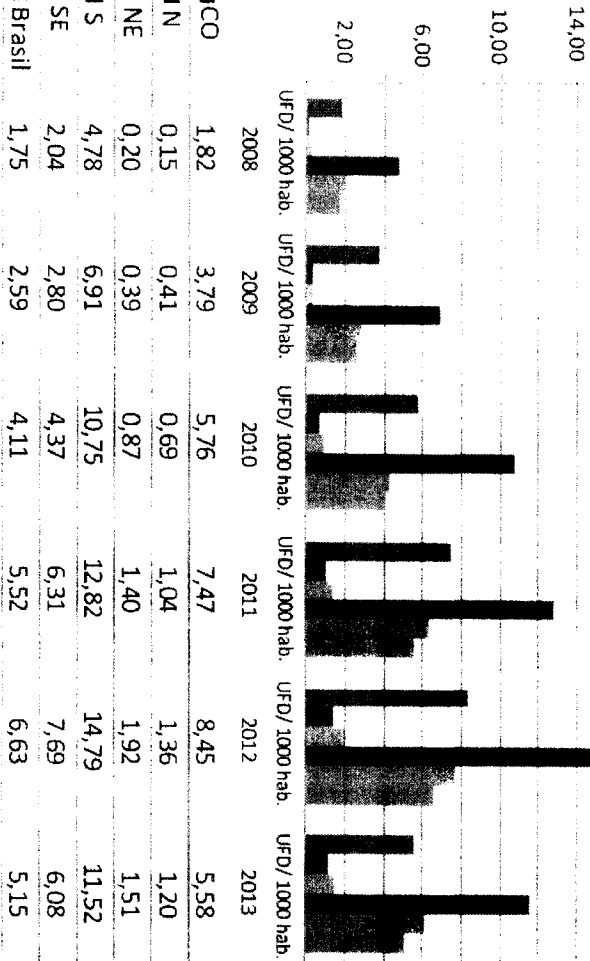
Ranking	UF	Venda	%
1º	SP	1.047.506	20,2
2º	RS	859.979	16,6
3º	MG	806.863	15,6
4º	PR	635.869	12,3
5º	RJ	483.958	9,3
6º	SC	262.698	5,1
Total no Brasil		5.186.981	100,0

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123 SGP-12

FORUM sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



VENDA DE RITALINA® (UFD) POR 1.000 Habitantes



Fonte: SNGPC (2015)

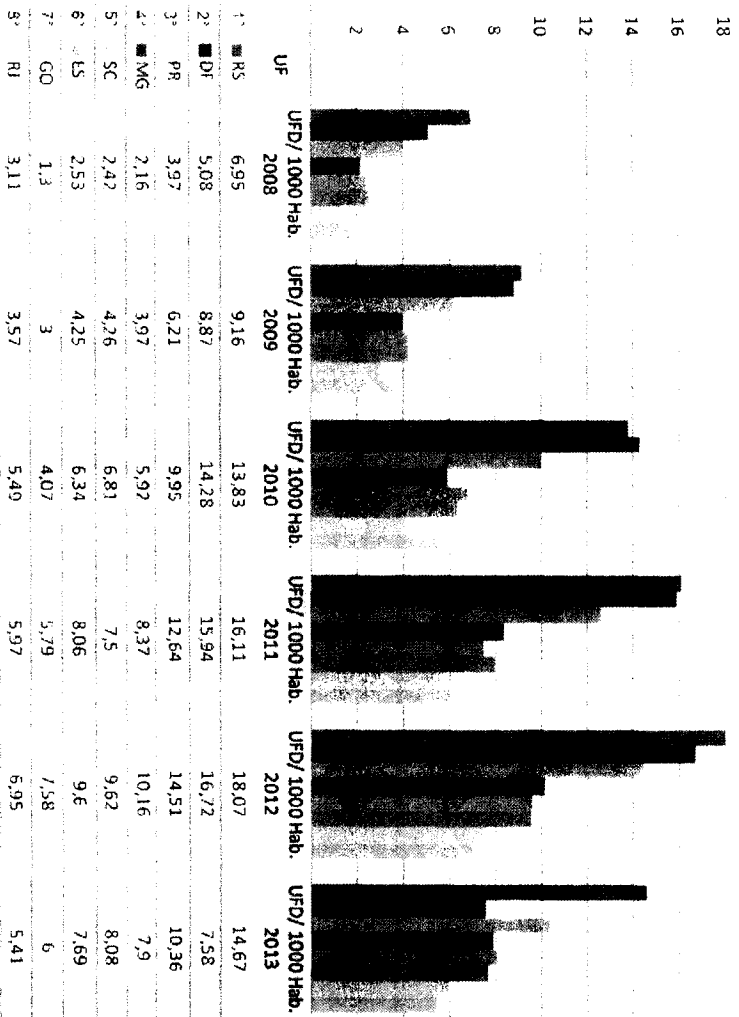


Apesar do Sudeste ser o maior consumidor absoluto, a análise do consumo proporcional, da venda de caixas a cada 1.000 habitantes (habitantes), indica que a Região Sul apresenta o maior índice de consumo de Ritalina®, seguida pela região Centro-Oeste e Sudeste.

Forum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFARMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



**VENDA DE RITALINA® (UFD) POR 1.000 Habitantes
 ESTADOS COM MAIORES ÍNDICES**



Vera Nica Rodrigues
RE 101.123-20P-12

Forum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL
DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



A análise por Unidade Federativa revela que Rio Grande do Sul e Distrito Federal possuem os maiores índices de caixa de Ritalina® a cada mil habitantes. Isso significa que no ano de 2012, no Rio Grande do Sul (18,07 UFD/1mil hab.), cerca de 2 habitantes a cada 100 compraram uma caixa de Ritalina®. Os dados confirmam cálculo apresentado no boletim SGNPC de 2012 que apresentou o consumo de Metilfenidato até o ano de 2010 e que apresentavam os dois estados com os maiores índices de UFD/1000 crianças (6 a 16 anos).

A análise entre consumo na capital x interior apresenta dados importantes para as políticas públicas. Do total de Ritalina® vendido no Brasil (Outubro 2007 - Setembro 2014), os maiores compradores encontram-se no interior dos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. Somados, essas três regiões compreendem 41% do total de vendas de Ritalina® no período.

VENDA DE RITALINA® (UFD) Out 2007 - Set 2014
MAIORES COMPRADORES

Ranking	Região	Total	%
1°	SP interior	951.108	16,5
2°	RS interior	707.961	12,3
3°	MG interior	701.071	12,2
4°	PR interior	567.914	9,9
5°	RJ capital	289.215	5
6°	RJ interior	264.693	4,6
7°	RS capital	261.166	4,5
8°	SC interior	256.486	4,5
9°	SP capital	207.316	3,6
10°	MG capital	186.366	3,2
11°	DF capital	140.444	2,4
12°	PR capital	138.654	2,4
13°	ES interior	131.962	2,3
14°	GO capital	104.534	1,8
15°	GO interior	87.960	1,5

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



VENDA DE RITALINA® (UFD) POR 1000 Habitantes

Ranking	Região	UFD/ 1000 Hab. 2008	UFD/ 1000 Hab. 2009	UFD/ 1000 Hab. 2010	UFD/ 1000 Hab. 2011	UFD/ 1000 Hab. 2012	UFD/ 1000 Hab. 2013
1º	RS capital	15	20,4	29	31,8	36,7	29,5
2º	GO capital	3,9	7,7	9,1	14,2	19,4	16
3º	ES capital	3,8	1,6	2,8	14,8	16,1	14,7
4º	SC capital	4,2	1,9	4,4	13,5	17,9	12,9
5º	MG capital	2,5	10,4	17,2	16,6	19,6	12,5
6º	RS interior	5,7	49,1	76	13,7	15,2	12,4
7º	PR capital	3,8	8,3	15,1	15,7	16,8	11,3

Fonte: SNGPC (2015) e IBGE (2010)



Entretanto, a análise da venda UFD a cada 1.000 habitantes mostra que o consumo é mais intenso nas capitais do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Goiás. Em Porto Alegre, cerca de 3 pessoas a cada 100 compraram uma caixa de Ritalina no ano de 2013.

CONSIDERAÇÕES

O cruzamento dos dados de consumo de Ritalina®, Concerta® e Ven-vanse® apresenta um quadro preocupante sobre o uso de psicofármacos e estimulantes do sistema nervoso central para o tratamento do TDAH.

Após intenso aumento no consumo de 2007 até 2012, a Ritalina® apresentou ligeira queda de venda em 2013, mas foi acompanhada pelo aumento de venda de outras substâncias similares e mais caras, como o

é preocupante, já que pode indicar um aumento de venda do mesmo em substituição dos medicamentos controlados analisados, uma vez que não necessita de talonário especial para sua prescrição.

No quadro nacional, o alto consumo de Ritalina® em Porto Alegre e Distrito Federal pode indicar a necessidade de um monitoramento das prescrições de psicofármacos nessas cidades.

Os dados, que apresentam informações das vendas em farmácias e drogarias particulares, podem ser aprofundados com os dados da compra de tais medicamentos pelo Poder Público, cujas informações não se encontram no SNGPC.

Vera Nice Rodrigues
RF 101123 - SGP-12

Forum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFARMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



CONSUMO DE CLONAZEPAM NO BRASIL (2007-2014)

O Clonazepam é um benzodiazepínico altamente consumido no Brasil.

Atualmente, o medicamento está disponível em 68 diferentes formulações no mercado brasileiro e é prescrito para transtornos de ansiedade e de humor, além de ser cada vez mais consumido por profissionais da educação. Apesar de estar disponível em formulações genéricas (conforme lei 13.021/2014), o Rivotril®, da Roche, foi o 13º medicamento com o maior volume de vendas em reais em 2012, tendo movimentado R\$113,96 milhões.

Clonazepam é um benzodiazepínico usado principalmente como um anti-epiléptico. De 5,2 toneladas em 2004, os dados globais de fabricação do clonazepam aumentaram gradualmente para um novo recorde de 13,8 toneladas em 2012, mas diminuíram em seguida para 8,9 toneladas (1,1 bilhão S-DDD) em 2013. Essa redução foi atribuída principalmente à não-notificação de dados de 2013 pela indústria, tradicionalmente, um dos principais fabricantes dessa substância, tendo fabricado 3,6 toneladas em 2012. Apesar da Suíça ter liderado a fabricação do clonazepam durante duas décadas, até 2010, a Itália foi a líder na fabricação em 2011 e 2012.

Em 2013, o Brasil tornou-se o maior fabricante da substância, com 3,2 toneladas, seguidos pela Itália e Suíça, fabricando 2,3 toneladas cada. Os outros fabricantes de clonazepam foram China (600 kg), Polónia (191 kg), Canadá (164 kg), Argentina (105 kg), Estados Unidos (40 kg) e Costa Rica (19 kg). (ONU 2015:59)

"TOP 15 PRODUTOS FARMACÊUTICOS" (2012)

Ranking	Produto	Laboratório	Vendas (em milhões)
1º	DORFLEX	SANOFI	299,97
2º	NEOSALDINA	TAKEDA	204,4
3º	VICTOZA	NOVO NORDISK	154,13
4º	CERAZETTE	MSD	136,61
5º	CIALIS	LILLY	136,51
6º	NEXIUM	ASTRAZENECA BRASIL	130,5
7º	PURANT-T-4	SANOFI	129,4
8º	SELOZOK	ASTRAZENECA BRASIL	124,72
9º	DIANE 35	BAYER PHARMA	120,35
10º	YAZ	BAYER PHARMA	117,95
11º	SAL DE ENO	GSK CONSUMO	117,6
12º	GUFAGE XR	MERCK SERONO	115,05
14º	CRESTOR	ASTRAZENECA BRASIL	112,66
15º	BUSCOPAN COMPOSTO	BOEHRING ING	111,98

Fonte: IMS Health (2012) e Interfarma (2013)



Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFARMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



MAIORES FABRICANTES DE CLONAZEPAM (2013)

	País	Clonazepam (kg)
1°	Brasil	3200
2°	Itália	2300
3°	Suíça	2300
4°	China	600
5°	Polônia	191
6°	Canadá	164
7°	Argentina	105
8°	Estados Unidos	40
9°	Costa Rica	19

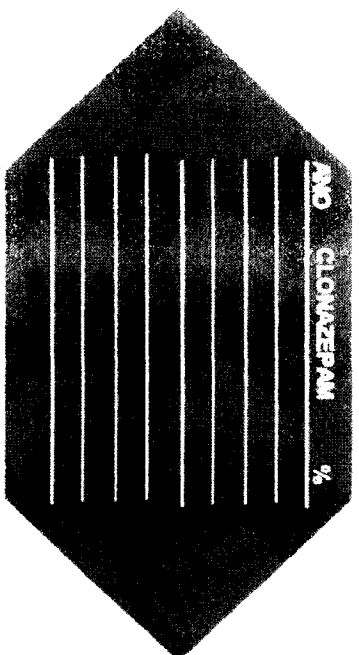
Fonte: Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JINE), 2015
 [Fonte: Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JINE), 2015]

No quadro global, o Brasil tornou-se líder na fabricação de Clonazepam em 2013, com 3,2 toneladas fabricadas no ano.

Essa tendência é confirmada pelos dados obtidos junto ao Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), solicitados pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, por meio da Lei de Acesso à Informação, e que consolidam os dados de venda de UFD (Unidades Físicas Distribuídas), em farmácias e drogarias particulares de todo o Brasil, de Outubro de 2007 à Setembro de 2014.

Segundo os dados do SNGPC, somente em março de 2013 foram notificadas a venda de 835.044 caixas de Clonazepam.

VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) NO BRASIL



* Dados até setembro de 2014.
 Fonte: SNGPC 2015.

[Fonte: SNGPC 2015]

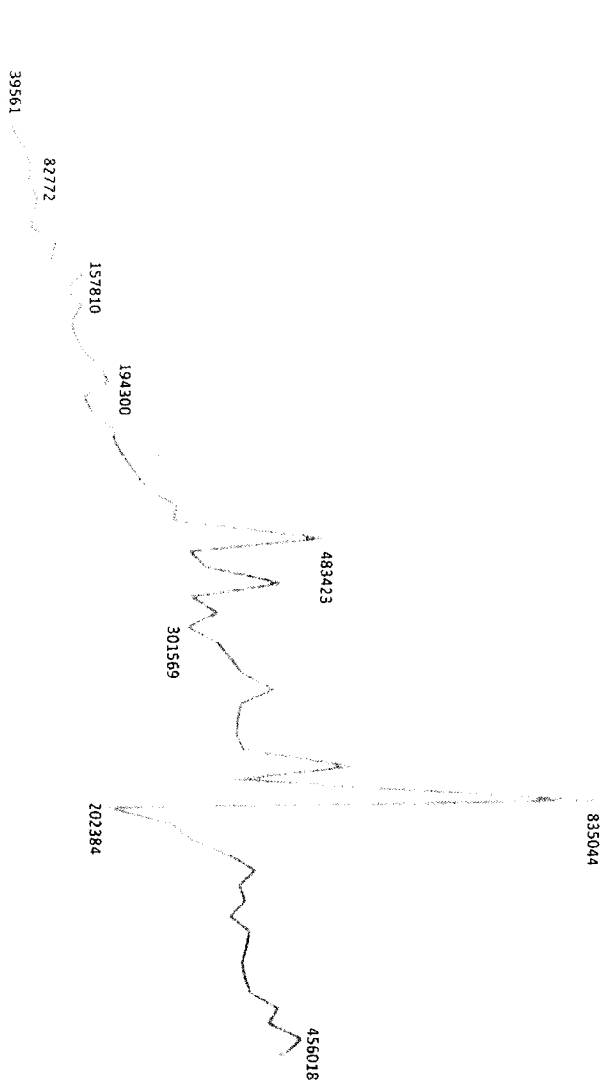
Folha nº 93 do proc.
nº 37 - 04 de 20 15

Vera Nice Rodrigues
RF 101423 - SGP-12

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
**NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL
DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)**

FORUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE
NOTA TÉCNICA Nº 24/2015
10 de março de 2015

VENDA DE CLONAZEPAM (UFD)



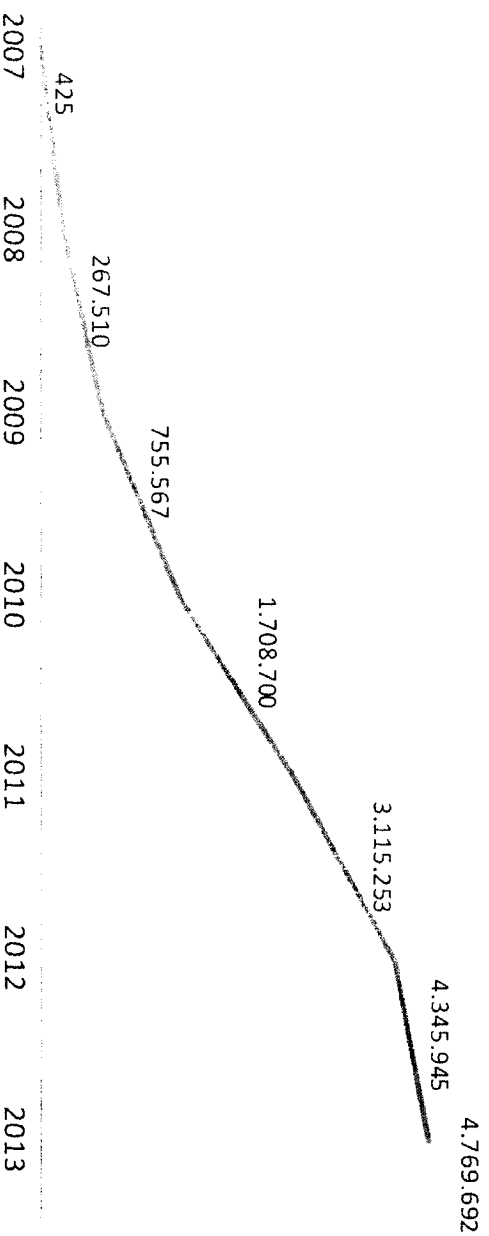
JAN 2009
MAR 2009
MAY 2009
JUL 2009
SEP 2009
NOV 2009
JAN 2010
MAR 2010
MAY 2010
JUL 2010
SEP 2010
NOV 2010
JAN 2011
MAR 2011
MAY 2011
JUL 2011
SEP 2011
NOV 2011
JAN 2012
MAR 2012
MAY 2012
JUL 2012
SEP 2012
NOV 2012
JAN 2013
MAR 2013
MAY 2013
JUL 2013
SEP 2013
NOV 2013
JAN 2014

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



O consumo de Clonazepam apresenta constante aumento com um grande salto a partir de 2010, quando as vendas passaram de 755.567 caixas, em 2009, para mais de 1,5 milhão de caixas (1.708.700 UFD), um aumento de mais de 200%. Se compararmos o total de vendas no ano de 2013 com os dados de Janeiro a Setembro de 2014, percebe-se a projeção do aumento de vendas de Clonazepam em 2014 em relação a 2013. O que significa que, desde a criação do SNGPC, as vendas de Clonazepam crescem ano a ano.

VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) POR ANO



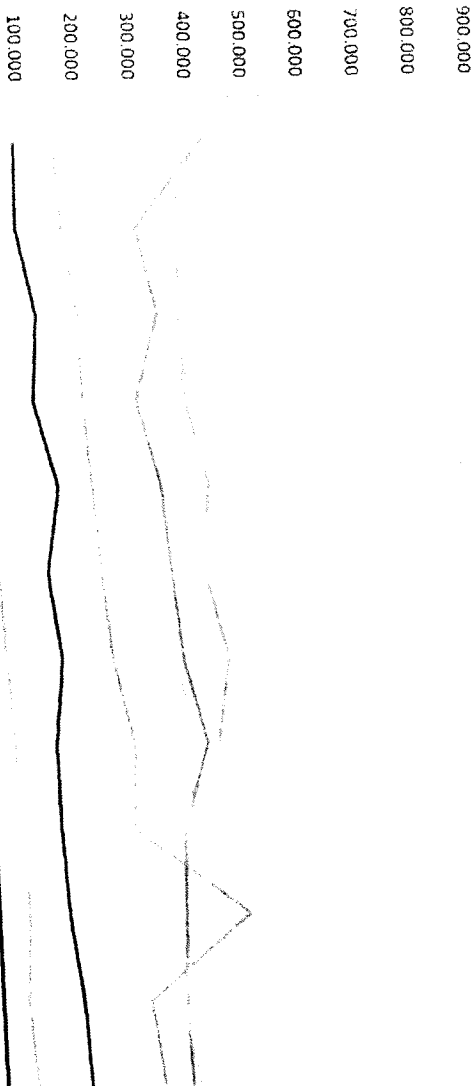
Fonte: SNGPC (2015)

Vera Nice Rodrigues
RF 101.128 - SGP-12

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL
DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) POR MÊS/ANO

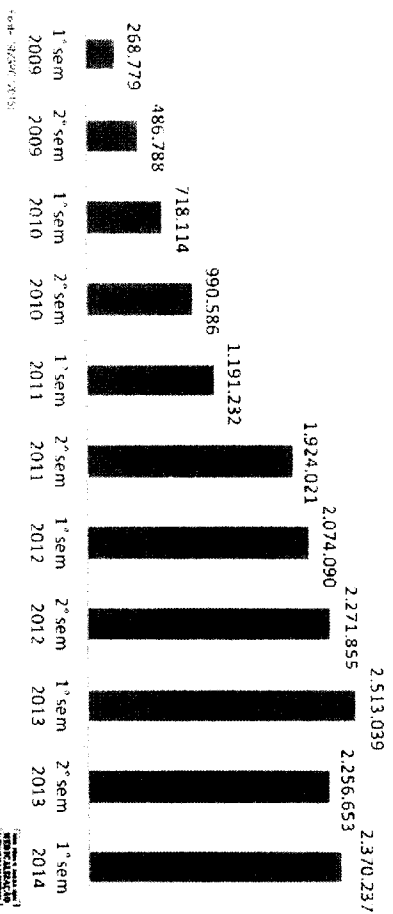


|--|

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) POR SEMESTRE



Fonte: ANVISA, 2015

Em termos absolutos, o maior consumidor de Clonazepam é a região Sudeste, seguido pela região Sul e Nordeste. Entre Janeiro de 2008 a Junho de 2014, a região Sudeste foi responsável pelo consumo de 54,6% do Clonazepam, com a venda de 9.467.154 de caixas do medicamento.

Entre as Unidades Federativas, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro representam metade do mercado consumidor de Clonazepam, entre Janeiro de 2008 a Junho de 2014, e foram responsáveis pela venda de 50,8% de todo medicamento consumido no período.

VENDA DE CLONAZEPAM (UFD)

JAN 2008 - JUN 2014

Ranking	UF	Total	%
1º	SP	3.574.464	20,1
2º	MG	2.821.008	15,9
3º	RJ	2.624.452	14,8
4º	RS	1.724.470	9,8
5º	SC	1.423.273	8
6º	PR	824.507	4,6
7º	PE	784.601	4,4
8º	ES	678.203	3,8
9º	GO	517.777	2,9
10º	BA	500.761	2,8
11º	RN	460.980	2,6
12º	PB	346.880	2
13º	CE	337.351	1,9
14º	DF	208.487	1,2
15º	MT	126.831	0,7
16º	PI	124.361	0,7
17º	PA	124.494	0,7
18º	MA	118.859	0,7
19º	MS	110.402	0,6
20º	SE	108.778	0,6
21º	AL	101.383	0,6
22º	RO	67.268	0,4
23º	TO	26.983	0,2
24º	AM	20.289	0,1
25º	AC	11.299	0,1
26º	AP	3.021	0
27º	RR	2.376	0

Fonte: ANVISA, 2015

UF: Unidades Federativas

%: Porcentagem

Vera Nice Rodrigues
RF 101.125 - SGP-12

Medicallização
O que acontece e na prática

VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) POR SEMESTRE/REGIÃO

VENDA DE CLONALFRIM (COT) FOR SERVICE/RENT/COND

1 sem 2004	2 sem 2004	1 sem 2005	2 sem 2005	1 sem 2006	2 sem 2006	1 sem 2007	2 sem 2007	1 sem 2008	2 sem 2008	1 sem 2009	2 sem 2009	1 sem 2010	2 sem 2010	1 sem 2011	2 sem 2011	1 sem 2012	2 sem 2012	1 sem 2013	2 sem 2013	1 sem 2014	2 sem 2014	1 sem 2015	2 sem 2015	1 sem 2016	2 sem 2016	1 sem 2017	2 sem 2017	1 sem 2018	2 sem 2018	1 sem 2019	2 sem 2019	1 sem 2020	2 sem 2020	1 sem 2021	2 sem 2021	1 sem 2022	2 sem 2022	1 sem 2023	2 sem 2023	1 sem 2024	2 sem 2024	1 sem 2025	2 sem 2025	1 sem 2026	2 sem 2026	1 sem 2027	2 sem 2027	1 sem 2028	2 sem 2028	1 sem 2029	2 sem 2029	1 sem 2030	2 sem 2030	1 sem 2031	2 sem 2031	1 sem 2032	2 sem 2032	1 sem 2033	2 sem 2033	1 sem 2034	2 sem 2034	1 sem 2035	2 sem 2035	1 sem 2036	2 sem 2036	1 sem 2037	2 sem 2037	1 sem 2038	2 sem 2038	1 sem 2039	2 sem 2039	1 sem 2040	2 sem 2040	1 sem 2041	2 sem 2041	1 sem 2042	2 sem 2042	1 sem 2043	2 sem 2043	1 sem 2044	2 sem 2044	1 sem 2045	2 sem 2045	1 sem 2046	2 sem 2046	1 sem 2047	2 sem 2047	1 sem 2048	2 sem 2048	1 sem 2049	2 sem 2049	1 sem 2050	2 sem 2050	1 sem 2051	2 sem 2051	1 sem 2052	2 sem 2052	1 sem 2053	2 sem 2053	1 sem 2054	2 sem 2054	1 sem 2055	2 sem 2055	1 sem 2056	2 sem 2056	1 sem 2057	2 sem 2057	1 sem 2058	2 sem 2058	1 sem 2059	2 sem 2059	1 sem 2060	2 sem 2060	1 sem 2061	2 sem 2061	1 sem 2062	2 sem 2062	1 sem 2063	2 sem 2063	1 sem 2064	2 sem 2064	1 sem 2065	2 sem 2065	1 sem 2066	2 sem 2066	1 sem 2067	2 sem 2067	1 sem 2068	2 sem 2068	1 sem 2069	2 sem 2069	1 sem 2070	2 sem 2070	1 sem 2071	2 sem 2071	1 sem 2072	2 sem 2072	1 sem 2073	2 sem 2073	1 sem 2074	2 sem 2074	1 sem 2075	2 sem 2075	1 sem 2076	2 sem 2076	1 sem 2077	2 sem 2077	1 sem 2078	2 sem 2078	1 sem 2079	2 sem 2079	1 sem 2080	2 sem 2080	1 sem 2081	2 sem 2081	1 sem 2082	2 sem 2082	1 sem 2083	2 sem 2083	1 sem 2084	2 sem 2084	1 sem 2085	2 sem 2085	1 sem 2086	2 sem 2086	1 sem 2087	2 sem 2087	1 sem 2088	2 sem 2088	1 sem 2089	2 sem 2089	1 sem 2090	2 sem 2090	1 sem 2091	2 sem 2091	1 sem 2092	2 sem 2092	1 sem 2093	2 sem 2093	1 sem 2094	2 sem 2094	1 sem 2095	2 sem 2095	1 sem 2096	2 sem 2096	1 sem 2097	2 sem 2097	1 sem 2098	2 sem 2098	1 sem 2099	2 sem 2099	1 sem 2100	2 sem 2100	1 sem 2101	2 sem 2101	1 sem 2102	2 sem 2102	1 sem 2103	2 sem 2103	1 sem 2104	2 sem 2104	1 sem 2105	2 sem 2105	1 sem 2106	2 sem 2106	1 sem 2107	2 sem 2107	1 sem 2108	2 sem 2108	1 sem 2109	2 sem 2109	1 sem 2110	2 sem 2110	1 sem 2111	2 sem 2111	1 sem 2112	2 sem 2112	1 sem 2113	2 sem 2113	1 sem 2114	2 sem 2114	1 sem 2115	2 sem 2115	1 sem 2116	2 sem 2116	1 sem 2117	2 sem 2117	1 sem 2118	2 sem 2118	1 sem 2119	2 sem 2119	1 sem 2120	2 sem 2120	1 sem 2121	2 sem 2121	1 sem 2122	2 sem 2122	1 sem 2123	2 sem 2123	1 sem 2124	2 sem 2124	1 sem 2125	2 sem 2125	1 sem 2126	2 sem 2126	1 sem 2127	2 sem 2127	1 sem 2128	2 sem 2128	1 sem 2129	2 sem 2129	1 sem 2130	2 sem 2130	1 sem 2131	2 sem 2131	1 sem 2132	2 sem 2132	1 sem 2133	2 sem 2133	1 sem 2134	2 sem 2134	1 sem 2135	2 sem 2135	1 sem 2136	2 sem 2136	1 sem 2137	2 sem 2137	1 sem 2138	2 sem 2138	1 sem 2139	2 sem 2139	1 sem 2140	2 sem 2140	1 sem 2141	2 sem 2141	1 sem 2142	2 sem 2142	1 sem 2143	2 sem 2143	1 sem 2144	2 sem 2144	1 sem 2145	2 sem 2145	1 sem 2146	2 sem 2146	1 sem 2147	2 sem 2147	1 sem 2148	2 sem 2148	1 sem 2149	2 sem 2149	1 sem 2150	2 sem 2150	1 sem 2151	2 sem 2151	1 sem 2152	2 sem 2152	1 sem 2153	2 sem 2153	1 sem 2154	2 sem 2154	1 sem 2155	2 sem 2155	1 sem 2156	2 sem 2156	1 sem 2157	2 sem 2157	1 sem 2158	2 sem 2158	1 sem 2159	2 sem 2159	1 sem 2160	2 sem 2160	1 sem 2161	2 sem 2161	1 sem 2162	2 sem 2162	1 sem 2163	2 sem 2163	1 sem 2164	2 sem 2164	1 sem 2165	2 sem 2165	1 sem 2166	2 sem 2166	1 sem 2167	2 sem 2167	1 sem 2168	2 sem 2168	1 sem 2169	2 sem 2169	1 sem 2170	2 sem 2170	1 sem 2171	2 sem 2171	1 sem 2172	2 sem 2172	1 sem 2173	2 sem 2173	1 sem 2174	2 sem 2174	1 sem 2175	2 sem 2175	1 sem 2176	2 sem 2176	1 sem 2177	2 sem 2177	1 sem 2178	2 sem 2178	1 sem 2179	2 sem 2179	1 sem 2180	2 sem 2180	1 sem 2181	2 sem 2181	1 sem 2182	2 sem 2182	1 sem 2183	2 sem 2183	1 sem 2184	2 sem 2184	1 sem 2185	2 sem 2185	1 sem 2186	2 sem 2186	1 sem 2187	2 sem 2187	1 sem 2188	2 sem 2188	1 sem 2189	2 sem 2189	1 sem 2190	2 sem 2190	1 sem 2191	2 sem 2191	1 sem 2192	2 sem 2192	1 sem 2193	2 sem 2193	1 sem 2194	2 sem 2194	1 sem 2195	2 sem 2195	1 sem 2196	2 sem 2196	1 sem 2197	2 sem 2197	1 sem 2198	2 sem 2198	1 sem 2199	2 sem 2199	1 sem 2200	2 sem 2200	1 sem 2201	2 sem 2201	1 sem 2202	2 sem 2202	1 sem 2203	2 sem 2203	1 sem 2204	2 sem 2204	1 sem 2205	2 sem 2205	1 sem 2206	2 sem 2206	1 sem 2207	2 sem 2207	1 sem 2208	2 sem 2208	1 sem 2209	2 sem 2209	1 sem 2210	2 sem 2210	1 sem 2211	2 sem 2211	1 sem 2212	2 sem 2212	1 sem 2213	2 sem 2213	1 sem 2214	2 sem 2214	1 sem 2215	2 sem 2215	1 sem 2216	2 sem 2216	1 sem 2217	2 sem 2217	1 sem 2218	2 sem 2218	1 sem 2219	2 sem 2219	1 sem 2220	2 sem 2220	1 sem 2221	2 sem 2221	1 sem 2222	2 sem 2222	1 sem 2223	2 sem 2223	1 sem 2224	2 sem 2224	1 sem 2225	2 sem 2225	1 sem 2226	2 sem 2226	1 sem 2227	2 sem 2227	1 sem 2228	2 sem 2228	1 sem 2229	2 sem 2229	1 sem 2230	2 sem 2230	1 sem 2231	2 sem 2231	1 sem 2232	2 sem 2232	1 sem 2233	2 sem 2233	1 sem 2234	2 sem 2234	1 sem 2235	2 sem 2235	1 sem 2236	2 sem 2236	1 sem 2237	2 sem 2237	1 sem 2238	2 sem 2238	1 sem 2239	2 sem 2239	1 sem 2240	2 sem 2240	1 sem 2241	2 sem 2241	1 sem 2242	2 sem 2242	1 sem 2243	2 sem 2243	1 sem 2244	2 sem 2244	1 sem 2245	2 sem 2245	1 sem 2246	2 sem 2246	1 sem 2247	2 sem 2247	1 sem 2248	2 sem 2248	1 sem 2249	2 sem 2249	1 sem 2250	2 sem 2250	1 sem 2251	2 sem 2251	1 sem 2252	2 sem 2252	1 sem 2253	2 sem 2253	1 sem 2254	2 sem 2254	1 sem 2255	2 sem 2255	1 sem 2256	2 sem 2256	1 sem 2257	2 sem 2257	1 sem 2258	2 sem 2258	1 sem 2259	2 sem 2259	1 sem 2260	2 sem 2260	1 sem 2261	2 sem 2261	1 sem 2262	2 sem 2262	1 sem 2263	2 sem 2263	1 sem 2264	2 sem 2264	1 sem 2265	2 sem 2265	1 sem 2266	2 sem 2266	1 sem 2267	2 sem 2267	1 sem 2268	2 sem 2268	1 sem 2269	2 sem 2269	1 sem 2270	2 sem 2270	1 sem 2271	2 sem 2271	1 sem 2272	2 sem 2272	1 sem 2273	2 sem 2273	1 sem 2274	2 sem 2274	1 sem 2275	2 sem 2275	1 sem 2276	2 sem 2276	1 sem 2277	2 sem 2277	1 sem 2278	2 sem 2278	1 sem 2279	2 sem 2279	1 sem 2280	2 sem 2280	1 sem 2281	2 sem 2281	1 sem 2282	2 sem 2282	1 sem 2283	2 sem 2283	1 sem 2284	2 sem 2284	1 sem 2285	2 sem 2285	1 sem 2286	2 sem 2286	1 sem 2287	2 sem 2287	1 sem 2288	2 sem 2288	1 sem 2289	2 sem 2289	1 sem 2290	2 sem 2290	1 sem 2291	2 sem 2291	1 sem 2292	2 sem 2292	1 sem 2293	2 sem 2293	1 sem 2294	2 sem 2294	1 sem 2295	2 sem 2295	1 sem 2296	2 sem 2296	1 sem 2297	2 sem 2297	1 sem 2298	2 sem 2298	1 sem 2299	2 sem 2299	1 sem 2300	2 sem 2300	1 sem 2301	2 sem 2301	1 sem 2302	2 sem 2302	1 sem 2303	2 sem 2303	1 sem 2304	2 sem 2304	1 sem 2305	2 sem 2305	1 sem 2306	2 sem 2306	1 sem 2307	2 sem 2307	1 sem 2308	2 sem 2308	1 sem 2309	2 sem 2309	1 sem 2310	2 sem 2310	1 sem 2311	2 sem 2311	1 sem 2312	2 sem 2312	1 sem 2313	2 sem 2313	1 sem 2314	2 sem 2314	1 sem 2315	2 sem 2315	1 sem 2316	2 sem 2316	1 sem 2317	2 sem 2317	1 sem 2318	2 sem 2318	1 sem 2319	2 sem 2319	1 sem 2320	2 sem 2320	1 sem 2321	2 sem 2321	1 sem 2322	2 sem 2322	1 sem 2323	2 sem 2323	1 sem 2324	2 sem 2324	1 sem 2325	2 sem 2325	1 sem 2326	2 sem 2326	1 sem 2327	2 sem 2327	1 sem 2328	2 sem 2328	1 sem 2329	2 sem 2329	1 sem 2330	2 sem 2330	1 sem 2331	2 sem 2331	1 sem 2332	2 sem 2332	1 sem 2333	2 sem 2333	1 sem 2334	2 sem 2334	1 sem 2335	2 sem 2335	1 sem 2336	2 sem 2336	1 sem 2337	2 sem 2337	1 sem 2338	2 sem 2338	1 sem 2339	2 sem 2339	1 sem 2340	2 sem 2340	1 sem 2341	2 sem 2341	1 sem 2342	2 sem 2342	1 sem 2343	2 sem 2343	1 sem 2344	2 sem 2344	1 sem 2345	2 sem 2345	1 sem 2346	2 sem 2346	1 sem 2347	2 sem 2347	1 sem 2348	2 sem 2348	1 sem 2349	2 sem 2349	1 sem 2350	2 sem 2350	1 sem 2351	2 sem 2351	1 sem 2352	2 sem 2352	1 sem 2353	2 sem 2353	1 sem 2354	2 sem 2354	1 sem 2355	2 sem 2355	1 sem 2356	2 sem 2356	1 sem 2357	2 sem 2357	1 sem 2358	2 sem 2358	1 sem 2359	2 sem 2359	1 sem 2360	2 sem 2360	1 sem 2361	2 sem 2361	1 sem 2362	2 sem 2362	1 sem 2363	2 sem 2363	1 sem 2364	2 sem 2364	1 sem 2365	2 sem 2365	1 sem 2366	2 sem 2366	1 sem 2367	2 sem 2367	1 sem 2368	2 sem 2368	1 sem 2369	2 sem 2369	1 sem 2370	2 sem 2370	1 sem 2371	2 sem 2371	1 sem 2372	2 sem 2372	1 sem 2373	2 sem 2373	1 sem 2374	2 sem 2374	1 sem 2375	2 sem 2375	1 sem 2376	2 sem 2376	1 sem 2377	2 sem 2377	1 sem 2378	2 sem 2378	1 sem 2379	2 sem 2379	1 sem 2380	2 sem 2380	1 sem 2381	2 sem 2381	1 sem 2382	2 sem 2382	1 sem 2383	2 sem 2383	1 sem 2384	2 sem 2384	1 sem 2385	2 sem 2385	1 sem 2386	2 sem 2386	1 sem 2387	2 sem 2387	1 sem 2388	2 sem 2388	1 sem 2389	2 sem 2389	1 sem 2390	2 sem 2390	1 sem 2391	2 sem 2391	1 sem 2392	2 sem 2392	1 sem 2393	2 sem 2393	1 sem 2394	2 sem 2394	1 sem 2395	2 sem 2395	1 sem 2396	2 sem 2396	1 sem 2397	2 sem 2397	1 sem 2398	2 sem 2398	1 sem 2399	2 sem 2399	1 sem 2400	2 sem 2400	1 sem 2401	2 sem 2401	1 sem 2402	2 sem 2402	1 sem 2403	2 sem 2403	1 sem 2404	2 sem 2404	1 sem 2405	2 sem 2405	1 sem 2406	2 sem 2406	1 sem 2407	2 sem 2407	1 sem 2408	2 sem 2408	1 sem 2409	2 sem 2409	1 sem 2410	2 sem 2410	1 sem 2411	2 sem 2411	1 sem 2412	2 sem 2412	1 sem 2413	2 sem 2413	1 sem 2414	2 sem 2414	1 sem 2415	2 sem 2415	1 sem 2416	2 sem 2416	1 sem 2417	2 sem 2417	1 sem 2418	2 sem 2418	1 sem 2419	2 sem 2419	1 sem 2420	2 sem 2420	1 sem 2421	2 sem 2421	1 sem 2422	2 sem 2422	1 sem 2423	2 sem 2423	1 sem 2424	2 sem 2424	1 sem 2425	2 sem 2425	1 sem 2426	2 sem 2426	1 sem 2427	2 sem 2427	1 sem 2428	2 sem 2428	1 sem 2429	2 sem 2429	1 sem 2430	2 sem 2430	1 sem 2431	2 sem 2431	1 sem 2432	2 sem 2432	1 sem 2433	2 sem 2433	1 sem 2434	2 sem 2434	1 sem 2435	2 sem 2435	1 sem 2436	2 sem 2436	1 sem 2437	2 sem 2437	1 sem 2438	2 sem 2438	1 sem 2439	2 sem 2439	1 sem 2440	2 sem 2440	1 sem 2441	2 sem 2441	1 sem 2442	2 sem 2442	1 sem 2443	2 sem 2443	1 sem 2444	2 sem 2444	1 sem 2445	2 sem 2445	1 sem 2446	2 sem 2446	1 sem 2447	2 sem 2447	1 sem 2448	2 sem 2448	1 sem 2449	2 sem 2449	1 sem 2450	2 sem 2450	1 sem 2451	2 sem 2451	1 sem 2452	2 sem 2452	1 sem 2453	2 sem 2453	1 sem 2454	2 sem 2454	1 sem 2455	2 sem 2455	1 sem 2456	2 sem 2456	1 sem 2457	2 sem 2457	1 sem 2458	2 sem 2458	1 sem 2459	2 sem 2459	1 sem 2460	2 sem 2460	1 sem 2461	2 sem 2461	1 sem 2462	2 sem 2462	1 sem 2463	2 sem 2463	1 sem 2464	2 sem 2464	1 sem 2465	2 sem 2465	1 sem 2466	2 sem 2466	1 sem 2467	2 sem 2467	1 sem 2468	2 sem 2468	1 sem 2469	2 sem 2469	1 sem 2470	2 sem 2470	1 sem 2471	2 sem 2471	1 sem 2472	2 sem 2472	1 sem 2473	2 sem 2473	1 sem 2474	2 sem 2474	1 sem 2475	2 sem 2475	1 sem 2476	2 sem 2476	1 sem 2477	2 sem 2477	1 sem 2478	2 sem 2478	1 sem 2479	2 sem 2479	1 sem 2480	2 sem 2480	1 sem 2481	2 sem 2481	1 sem 2482	2 sem 2482	1 sem 2483	2 sem 2483	1 sem 2484	2 sem 2484	1 sem 2485	2 sem 2485	1 sem 2486	2 sem 2486	1 sem 2487	2 sem 2487	1 sem 2488	2 sem 2488	1 sem 2489	2 sem 2489	1 sem 2490	2 sem 2490	1 sem 2491	2 sem 2491	1 sem 2492	2 sem 2492	1 sem 2493	2 sem 2493	1 sem 2494	2 sem 2494	1 sem 2495	2 sem 2495	1 sem 2496	2 sem 2496	1 sem 2497	2 sem 2497	1 sem 2498	2 sem 2498	1 sem 2499	2 sem 2499	1 sem 2500	2 sem 2500	1 sem 2501	2 sem 2501	1 sem 2502	2 sem 2502	1 sem 2503	2 sem 2503	1 sem 2504	2 sem 2504	1 sem 2505	2 sem 2505	1 sem 2506	2 sem 2506	1 sem 2507	2 sem 2507	1 sem 2508	2 sem 2508	1 sem 2509	2 sem 2509	1 sem 2510	2 sem 2510	1 sem 2511	2 sem 2511	1 sem 2512	2 sem 2512	1 sem 2513	2 sem 2513	1 sem 2514	2 sem 2514	1 sem 2515	2 sem 2515	1 sem 2516	2 sem 2516	1 sem 2517	2 sem 2517	1 sem 2518	2 sem 2518
------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) POR 1.000 Habitantes - ESTADOS COM MAIORES ÍNDICES

Ranking	UF	UFD/1000 Hab. 2006	UFD/1000 Hab. 2008	UFD/1000 Hab. 2010	UFD/1000 Hab. 2011	UFD/1000 Hab. 2012	UFD/1000 Hab. 2013	Venda UFD 2007-2013
1º	ES	1,25	7,719	16,93	32,444	49,909	52,528	565,136
2º	RS	2,62	6,705	18,546	27,042	36,806	47,081	1,400,898
3º	SC	5,425	17,594	31,99	43,655	51,721	45,607	1,224,650
4º	RN	2,22	6,187	14,263	24,804	31,483	38,288	378,253
5º	RJ	2,988	7,832	16,738	36,196	37,578	37,995	2,227,818
6º	MG	3,205	7,981	12,712	21,907	37,286	37,738	2,360,702
7º	SP	1,222	3,127	8,172	14,971	18,567	29,194	3,105,136
8º	PB	0,886	3,452	7,198	12,598	21,083	27,288	279,613
9º	PE	0,241	1,051	5,07	14,359	23,064	25,712	611,318
10º	PR	1,288	2,618	6,567	14,886	19,918	18,488	408,088
11º	DF	0,93	4,115	9,114	16,253	22,216	16,748	178,303
12º	GO	0,503	3,528	7,887	12,807	35,802	10,188	481,748
13º	RO	0,072	1,102	2,836	5,232	9,567	13,914	50,997
14º	MS	0,247	1,222	3,171	7,108	12,148	12,4	20,805
15º	SE	0,341	1,723	4,193	8,472	12,808	11,85	81,454

Fonte: ANVISA (2015) e IBGE (2016)

Elaboração: Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

Entretanto, a análise de venda de caixas (UFD) a cada 1.000 habitantes mostra o estado do Espírito Santo como o maior consumidor, com 52.528 caixas a cada 1.000 habitantes em 2013. Isso equivale dizer que em 2013, 1 a cada 20 pessoas compraram uma caixa de Clonazepam no Estado.

Ressalta-se que, com exceção do Espírito Santo, o consumo de Clonazepam não é homogêneo quando comparado ao consumo proporcional entre Capital e Interior. As regiões interiores do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Rio de Janeiro apresentaram consumo superior do que em suas capitais, quando analisados os dados UFD/1.000 habitantes.

Em Natal, capital do Rio Grande do Norte, o consumo foi de 51,425 UFD/1000 habitantes, superando o consumo a cada mil habitantes da cidade de São Paulo e sendo o 3º maior consumidor da Clonazepam a

Vera Nice Rodrigues
RF 101.423 - SGP-12

Forum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFARMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)



VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) POR 1.000 Habitantes - REGIÕES COM MAIORES ÍNDICES

Ranking	Região	UFD/ 1000 Hab. 2008	UFD/ 1000 Hab. 2009	UFD/ 1000 Hab. 2010	UFD/ 1000 Hab. 2011	UFD/ 1000 Hab. 2012	UFD/ 1000 Hab. 2013	Venda UFD 2008-2013
1º	ES capital	1.623	10.903	24.045	20.472	57.251	55.168	61.322
2º	ES interior	1.212	7.392	16.198	31.721	49.154	52.258	503.364
3º	MT capital	437	8.161	22.100	22.107	42.218	51.458	1.111.111
4º	SP capital	0.431	1.101	3.948	11.234	12.158	50.879	897.478
5º	RS interior	2.79	7.680	18.422	28.818	37.504	49.477	1.111.111
6º	SC interior	5.595	17.944	32.186	43.548	51.679	45.732	1.146.116
7º	SC capital	3.074	13.775	20.229	28.123	62.315	49.477	1.111.111
8º	RJ interior	3.171	8.154	16.879	46.854	40.431	43.36	1.535.985
9º	PB capital	1.801	5.720	9.983	14.008	34.623	40.280	1.111.111
10º	MG capital	3.877	12.8	19.771	37.642	51.476	40.711	394.934
11º	PE capital	0.805	3.871	8.800	22.407	34.414	38.470	1.111.111
12º	MG interior	3.147	7.235	11.738	19.088	35.33	37.314	1.960.768
13º	RN interior	1.488	5.120	11.808	20.412	27.833	35.700	1.111.111
14º	RS capital	1.498	4.183	14.751	21.895	29.632	31.114	145.267
15º	RJ capital	2.707	7.380	18.601	20.801	33.213	26.800	136.731
16º	GO capital	0.859	6.452	14.988	24.107	18.280	27.519	1.111.111
17º	PA interior	0.645	2.811	5.761	12.247	18.280	22.796	440.765
18º	PE interior	0.102	0.56	4.047	12.558	20.659	21.081	1.111.111
19º	SP interior	1.519	3.880	8.760	16.373	20.971	18.518	539.295
20º	PR interior	1.181	2.65	7.727	13.4	18.564	18.518	1.111.111

Fonte: SINAGE, 2014, BEE, 2015.

CONSIDERAÇÕES

A venda de Clonazepam no Brasil continua crescendo anualmente, apesar da existência de outros medicamentos semelhantes no mercado. Ainda que o Estado de São Paulo seja o maior consumidor de Clonazepam, em termos absolutos, devem ser observados com atenção os dados de consumo nas cidades interioranas.

Alertamos aos riscos do uso abusivo do Clonazepam e do uso contínuo de Clonazepam, em termos absolutos, devem ser observados com atenção os dados de consumo nas cidades interioranas.



HISTÓRICO DA SOLICITAÇÃO DE DADOS

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade é movimento social criado em 2010 com o objetivo de questionar o crescente aumento dos diagnósticos como o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), Dislexia e TOD (Transtorno Opositor Desafiador). Esses diagnósticos são uma das formas de expressão do fenômeno da medicalização da educação e da sociedade.

Em 2010, foram consultados os Conselhos Municipais de Saúde do Estado de São Paulo com o intuito de verificar a quantidade de Cloridrato de Metilfenidato dispensado pela rede pública de saúde.

Desde então, iniciamos o contato com a ANVISA com o intuito de solicitar a quantidade de metilfenidato dispensado na rede particular, em farmácias e drogarias de todo o país.

Em Maio de 2014, iniciamos a consulta à ANVISA, e enviamos ofício para obter os dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC).

O acesso aos dados, solicitados por meio da Lei de Acesso à Informação, foram disponibilizados no dia 02 de Abril de 2015, após forte pressão do nosso movimento social e das entidades e ativistas signatários.

Solicitamos os dados da venda de Clonazepam, Ritalina, Concerta e Venvanse em todo o país, desde 2007, quando o SNGPC foi criado. Vale ressaltar que somente em 2009 que o SNGPC passou a ter dados significativos de farmácias e drogarias particulares.

Os dados representam o consumo das substâncias solicitadas em Unidades Fisicas Dispensadas (UFD). Nesse sentido, são caixas de medicamentos que podem variar em seu conteúdo.

O monitoramento da venda e dispensação de substâncias psicotrópicas é importante. No mundo, diversas pesquisas apontam para a baixa qualidade metodológica das pesquisas que validam a segurança de tais medicamentos, colocando em risco a saúde dos consumidores e cidadãos, e sendo importante questão de saúde pública.

CONCLUSÃO

Com a produção desse documento, o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade afirma seu papel de movimento social em intervir, questionar e subsidiar as políticas públicas. Os dados, obtidos por meio da Lei da Transparência, demonstram o necessário debate sobre o uso dos psicofármacos no Brasil, assim como o urgente comprometimento dos gestores públicos no debate sobre a medicalização.

A partir da publicação desses dados, o uso de psicofármacos ganha um retrato nacional preocupante. O consumo cresce anualmente e está espalhado nos centros urbanos e interiores do país. Esperamos que os dados possam subsidiar novas pesquisas e políticas públicas que questionem e façam o enfrentamento à medicalização.

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123-5GP-12

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
**NOTA TÉCNICA: O CONSUMO DE PSICOFARMACOS NO BRASIL, DADOS DO SISTEMA NACIONAL
DE GERENCIAMENTO DE PRODUTOS CONTROLADOS ANVISA (2007-2014)**



REFERÊNCIAS CITADAS

ANVISA (2013). Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde de (BRATS). N° 23 METILFENIDATO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

ANVISA (2012). Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC Ano 2, nº 2 | jul./dez. de 2012

INTERFARMA. (2013). Guia 2013. Disponível em:

ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 18(3):803-816, 2013. Disponível em: Acesso em: 27/04/2015.

ONU (2015). Report of the International Narcotics Control Board for 2014. United Nations: International Narcotics Control Board, January 2015. (

ORTEGA, F. et al. A ritulina no Brasil: produções, discursos e práticas. (Dossiê) Revista Interface. Comunicação, saúde e educação v.14, n.34, p.499-510. jul./set. 2010. Disponível em: Acesso em: 27/04/2015.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 98 do proc.
nº 37-04 de 20 15

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123 - SGP-12

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Anexo 3

Resumo da Revisão Cochrane

Abstract of Cochrane Review

Gøtzsche PC, Jørgensen K. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5

António Vaz CARNEIRO¹, João COSTA¹
Acta Med Port 2013 Jul-Aug;26(3):301-302

Keywords: Breast Neoplasms/radiography; Diagnostic Errors; Mammography; Mass Screening.
Palavras-chave: Neoplasias da Mama/radiografia; Erros de Diagnóstico; Mamografia; Rastreio.

ABSTRACT

Objectivos: Esta revisão sistemática destinou-se a determinar os efeitos sobre a mortalidade e morbilidade do rastreio do cancro da mama com mamografia em mulheres de risco baixo e em cuidados primários.

Material e Métodos: Foram pesquisadas duas bases de dados - PubMed (Novembro 2012) e a World Health Organization's International Clinical Trials Registry Platform (Novembro 2012) - para identificação de ensaios clínicos aleatorizados, prospectivos e controlados (Randomized Clinical trials - RCTs) comparando o rastreio com a não realização do rastreio. A extracção dos dados foi feita por dois investigadores que contactaram, quando necessário, os autores dos estudos para informação adicional.

Resultados: Foram identificados 8 RCTs cujas amostras somaram 600 000 mulheres com idades entre 39-74 anos. Os resultados agregados dos ensaios de melhor qualidade metodológica (baixo risco de viés de selecção) não detectaram diferenças na mortalidade por cancro da mama aos 7 (risco relativo [RR] = 0,93; Intervalo de Confiança [IC] 95%: 0,79-1,09) ou aos 13 anos (RR = 0,90; IC 95%: 0,79-1,02). Os resultados agregados dos ensaios com maior risco de viés de selecção (por possível aleatorização inadequada) mostraram reduções significativas na mortalidade por cancro da mama aos 7 (RR = 0,71; IC95%: 0,61-0,83) e aos 13 anos (RR = 0,75; IC95%: 0,67-0,83). Não se verificou heterogeneidade entre os resultados dos estudos. Os resultados dos estudos de melhor e pior qualidade metodológica foram semelhantes para as mulheres com menos e com mais de 50 anos de idade. Quer os resultados dos estudos de melhor qualidade, quer os resultados dos estudos com maior risco de viés, não encontraram diferenças na mortalidade oncológica (por todos os tipos de cancro) nem na mortalidade global, quer aos 7, quer aos 13 anos. Devido a deficiente classificação das causas de morte nas amostras dos RCTs, a mortalidade por cancro da mama revelou-se um resultado (outcome) enviesado a favor do rastreio. O número total de lumpectomias e mastectomias foi significativamente superior nos grupos rastreados (RR=1,31, IC95%: 1,22-1,42); no que se refere às mastectomias, os valores foram também mais altos: RR=1,20 (IC95%: 1,08-1,32). Verificou-se ainda uma utilização mais intensiva de radioterapia nos grupos rastreados (dados de 2 RCTs).

Conclusões: Estes resultados indicam que não está demonstrado que o rastreio do cancro da mama com mamografia tenha um benefício-risco favorável em mulheres de baixo risco rastreadas em cuidados primários.

COMENTÁRIO

O rastreio do cancro da mama com mamografia tem sido aconselhado por inúmeras instituições como uma medida preventiva eficaz na diminuição da mortalidade de mulheres assintomáticas de baixo risco em cuidados primários.

Entre nós, a Norma da DGS (051/2011 de 27/12/2011) recomenda a efectivação de mamografias regulares (2-2 anos) em mulheres assintomáticas a partir dos 50 anos.

A ideia que a detecção de um cancro em estadios precoces pode melhorar o prognóstico de um doente parece indiscutível: quanto mais cedo se trata um tumor, maiores são as probabilidades de cura.

No entanto, o problema com este tipo de rastreio - aliás como o de qualquer rastreio - é, em primeiro lugar, o das taxas de falsos positivos e, em segundo, o do sobrediagnóstico (que se define como a detecção de doença que não iria afectar o prognóstico do doente). Esta revisão sistemática discute dados de ambos.

Como apresentar os resultados deste estudo?

Benefícios do rastreio do cancro da mama entre os 50-

69 anos (ver *Mammography screening leaflet* em <http://www.cochrane.dk>).

Se 2000 mulheres forem rastreadas regularmente durante 10 anos, uma irá beneficiar do rastreio, uma vez que irá evitar morrer por cancro da mama graças a uma detecção antecipada do cancro pelo rastreio. Actualmente, devido a avanços do tratamento, talvez esta redução nem sequer se verifique.

Prejuízos do rastreio do cancro da mama entre os 50-69 anos:

Se 2000 mulheres forem rastreadas regularmente durante 10 anos, 10 mulheres saudáveis serão transformadas em doentes com cancro e serão tratadas desnecessariamente. Estas mulheres terão uma parte ou toda a sua mama removida, frequentemente receberão radioterapia e, por vezes, quimioterapia. O tratamento destas mulheres saudáveis aumenta o seu risco de morrer, por exemplo, de doença cardíaca e cancro. Infelizmente, algumas das alterações celulares iniciais (carcinoma *in situ*) são encontradas frequentemente em vários locais da mama. Assim, toda a mama é removida em um em cada quatro destes

1. Centro Colaborador Português da Rede Cochrane Iberoamericana, Lisboa, Portugal.

Recebido: 6 de Julho de 2013 - Aceite: 6 de Julho de 2013 | Copyright © Ordem dos Médicos 2013



casos, apesar de que apenas uma minoria das alterações iria desenvolver-se num cancro

Se 2000 mulheres forem rastreadas regularmente durante 10 anos, cerca de 200 mulheres saudáveis irão passar por um falso alarme. A tensão psicológica até se saber se há ou não um cancro pode ser grave. Muitas mulheres sentem ansiedade, preocupação, desalento, problemas de sono, mudanças nas suas relações com a família, amigos ou conhecidos e uma alteração no desejo sexual que pode

continuar durante meses. A longo prazo, algumas mulheres sentir-se-ão mais vulneráveis às doenças e irão consultar o médico mais frequentemente.

Em termos práticos, e baseado neste estudo (que inclui dados de seguimento a médio-longo prazo), não existe evidência para recomendar o rastreio do cancro da mama com mamografia como uma medida preventiva eficaz na diminuição da mortalidade de mulheres assintomáticas, de baixo risco, em cuidados primários (Fig.1).

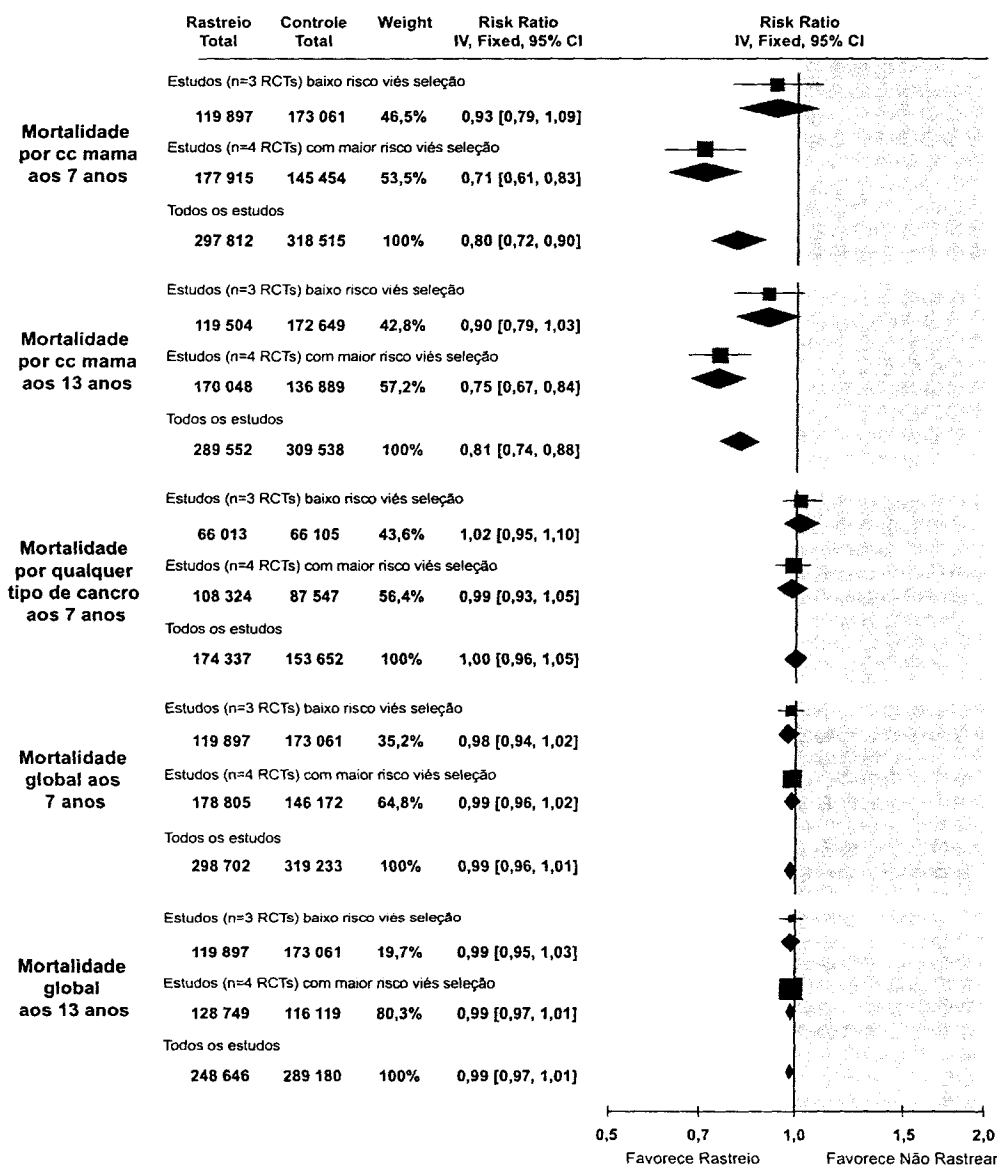
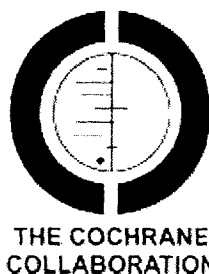


Figura 1 - Demonstração de resultados.

* <http://summaries.cochrane.org/CD001877/screening-for-breast-cancer-with-mammography#sthash.mBC1KzNY.dpuf>





Folha nº 100 do proc.
nº 37-04 de 20 15

Vera Nize Rodrigues
RF 101.123 - SGP-12

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Anexo 4

PORTARIA SMS.G nº 2190/2015

Institui diretrizes para a dispensa de medicamentos sob condições específicas no âmbito da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

A Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos;

A Portaria/GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

A Portaria/GM/MS nº 424 de 19 de março de 2013 que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças crônicas;

A organização da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde;

O Programa de Saúde Integral para a população LGBT;

Que a linha de cuidado é definida como a sequência que expressa o fluxo assistencial seguro e articulação com base na necessidade de saúde do indivíduo sendo potente instrumento de reorganização do processo de trabalho em saúde, facilitando o acesso do usuário às unidades e serviços;

Que a Municipalidade de São Paulo já dispõe na Remume -Relação Municipal de Medicamentos para a Rede Básica, de rol de medicamentos mais amplo que o contemplado no Componente Básico da Assistência Farmacêutica da Relação Nacional de Medicamentos- Rename;

Que, mesmo assim, existem outros fármacos definidos pela Comissão Farmacoterapêutica - SMS que devem ser incluídos na Remume-SP para promover a integralidade do cuidado dos pacientes assistidos pela Rede Municipal, aumentando a resolubilidade dos serviços desta SMS;

Que a utilização desses fármacos deverá se pautar por um cuidado especial na sua prescrição, uma vez que se encontram indicados em condições clínicas específicas;

A importância de adoção de medidas para o emprego racional dos fitoterápicos selecionados na SMS-SP que considerem os critérios adotados pela Comissão Farmacoterapêutica para a sua seleção, especialmente, a existência de evidência eficácia e segurança para afecções definidas e a oferta de alternativas em substituição

a medicamentos existentes na Relação Municipal de Medicamentos- Remume-SP com perfil de segurança menos benéfico.

RESOLVE:

Art. 1º. Instituir a dispensa pela rede municipal de saúde do SUS dos medicamentos a seguir, conforme descrito:

I. Medicamentos exclusivos para os pacientes atendidos no Programa Municipal de DST/Aids:

- a. aciclovir 400 mg comprimido
- b. aciclovir 50 mg/g (5%) creme bisnaga
- c. atorvastatina 10 mg comprimido
- d. cabergolina 0,5 mg comprimido
- e. fluconazol 100 mg cápsula
- f. gabapentina 300 mg comprimido
- g. imiquimode 50 mg/g (5%) creme sachê
- h. loperamida 2 mg comprimido
- i. podofilotoxina 1,5 mg/g creme bisnaga
- j. pravastatina 20 mg comprimido
- k. valaciclovir 500 mg comprimido

II. Medicamentos prescritos após procedimentos médicos exclusivos da Rede Hora Certa:

- a. aciclovir 30 mg/g (3%) pomada oftálmica (também para pacientes atendidos em unidades com oftalmologia)
- b. aciclovir 50 mg/g (5%) creme (também para pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas)
- c. morfina sulfato 30 mg comprimido de liberação modificada
- d. mupirocina 20 mg/g pomada
- e. oximetazolina cloridrato 0,25 mg/mL (0,025%) solução nasal
- f. oximetazolina cloridrato 0,5 mg/mL (0,05%) solução nasal
- g. tramadol 50 mg comprimido

III. Medicamentos exclusivos para o tratamento do glaucoma, doença pulmonar obstrutiva crônica e asma de pacientes atendidos na rede municipal para essas afecções:

- a. brimonidina 2 mg/mL (0,2%) solução oftálmica - prescrição de oftalmologista
- b. formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg pó em cápsula para inalação
- c. formoterol 6 mcg + budesonida 200 mcg pó em cápsula para inalação
- d. pilocarpina cloridrato 20 mg/mL (2%) solução oftálmica - prescrição de oftalmologista
- e. timolol maleato 2,5 mg/mL (0,25%) solução oftálmica - prescrição de oftalmologista
- f. timolol maleato 5 mg/mL (0,5%) solução oftálmica - prescrição de oftalmologista

IV. Medicamentos exclusivos para o tratamento do tromboembolismo venoso de pacientes atendidos na rede municipal e usuárias do Programa Mãe Paulistana:

- a. enoxaparina sodica 20 mg (equivalente a 100 mg/mL) solução inj. seringa 0,2 mL

- b. enoxaparina sodica 40 mg (equivalente a 100 mg/mL) solução inj. seringa 0,4 mL
- c. enoxaparina sodica 60 mg (equivalente a 100 mg/mL) solução inj. seringa 0,6 mL

V. Medicamento exclusivo para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade de acordo com a Rede de Atenção Psicossocial da Rede Municipal que visa o cuidado interdisciplinar e intersecretarial:

- a. metilfenidato 10 mg comprimido

VI. Medicamentos exclusivos para pacientes atendidos na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade da Rede Municipal:

- a. colecalciferol (vitamina D3) 200 UI a 220 UI/gota solução oral
- b. polivitaminico (vitaminas A, C, D, E e do complexo B) comprimido
- c. ranitidina cloridrato 15 mg/mL solução oral

VII. Medicamentos exclusivos para pacientes atendidos no Programa de Saúde Integral para a população LGBT da Rede Municipal:

- a. ciproterona 50 mg comprimido
- b. estradiol valerato 2 mg comprimido
- c. testosterona undecanoato 250 mg/mL solução injetável

VIII. Medicamentos exclusivos para pacientes atendidos pela Rede Municipal com prescrição que atenda às condições definidas no Memento de Fitoterapia da SMS:

- a. *Valeriana officinalis* sesquiterpenos 0,8 mg a 3,5 mg comprimido
- b. *Harpagophytum procumbens* harpagosídeo 5 mg a 50 mg comprimido
- c. *Maytenus ilicifolia* taninos totais 13 mg a 20 mg comprimido

Parágrafo único. A utilização dos medicamentos a que se refere o art. 1º desta Portaria está vinculada aos casos de usuários que sejam previamente atendidos por unidades municipais do SUS ou prestadoras de serviço SUS contratadas em situação de complementaridade, de modo a propiciar a possibilidade de seu acompanhamento e monitoramento sistêmico, bem como a avaliação do impacto desta medida nos indicadores de saúde municipais.

Art. 2º. Instituir que a dispensa dos seguintes medicamentos nas unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo deverá ser realizada exclusivamente nos casos em que o prescritor esteja identificado como médico especialista:

- I. dexametasona 1 mg/mL (0,1%) solução oftálmica frasco 5 mL - prescrição de oftalmologista
- II. hipromelose 3 mg/mL (0,3%) + dextrana 1 mg/mL solução oftálmica frasco 15 mL - prescrição de oftalmologista (exceção ao tratamento da hanseníase)
- III. finasterida 5 mg - prescrição de urologista

Art. 3º. As condições para prescrição e dispensa dos medicamentos com protocolos instituídos devem atender às condições definidas por meio de suas portarias específicas, tais como metilfenidato (Portaria SMS.G nº 986/2014), enoxaparina (Portaria SMS.G nº 2086/2015) e finasterida (Portaria SMS.G nº 2087/2015).

Art. 4º. A prescrição e dispensa de alendronato de sódio 10 mg deve ser exclusivamente para tratamento da doença de Paget e alendronato de sódio 70 mg para o tratamento da osteopenia/osteoporose.

A presente Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Publique-se.

Após, à Assistência Técnica de Saúde Farmacêutica.

São Paulo, 10 de dezembro de 2015.

Alexandre Padilha
Secretário Municipal da Saúde de São Paulo



Folha nº 103 de proc.
nº 37-04 de 20 15

Vera Níca Rodrigues
RF 101.123 - SGP-12

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Anexo 5

Vera Nise Rodrigues
RF 101.723 - SGP-12

LEI Nº 12.401, DE 28 DE ABRIL DE 2011.¹

Mensagem de veto

Vigência

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VIII:

"CAPÍTULO VIII

**DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE
TECNOLOGIA EM SAÚDE"**

"Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado."

"Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS."

"Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

¹ Acessado em 30 de agosto de 2016.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.”

“Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.”

“Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.”

“Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO)."

"Art. 19-S. (VETADO)."

"Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa."

"Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite."

Art. 2º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

Brasília, 28 de abril de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF

Guido Mantega

Alexandre Rocha Santos Padilha

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

Anexo 6

Folha nº 107 do proc.
nº 37-04 de 20 15Vera Lúcia Rodrigues
RP 184-23 - SGP-12**Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade****"Judicialization" of public health policy for distribution of medicines**Ana Luíza Chieffi¹
Rita Barradas Barata²**Abstract**

The supply of medicines in response to court orders or injunctions has become a common practice in the State of São Paulo, Brazil. This "judicialization" of the health system clashes with basic principles of the Brazilian Unified National Health System (SUS), such as equal opportunity to access health services. The aim of this paper is to analyze the legal action used to obtain medicines through the São Paulo State Health Department, from two main angles: judicialization of public policies and breach of the equity principle. This is a descriptive study of legal action taken to obtain medicines through the São Paulo State Health Department, as listed in the Electronic Court Docket System for the year 2006. Most cases were filed through private attorneys: 47% of the patients had obtained their prescriptions through private care; and 73% of the cases involved patients from the three wealthiest areas in the city of São Paulo. The data demonstrate that such legal action violates key principles of the SUS such as equity, thereby privileging individuals with higher purchasing power and more access to information.

Judicial Decisions; Pharmaceutical Care; Drugs; Right to Health

Introdução

O fornecimento de medicamentos por ação judicial tornou-se uma prática rotineira nos últimos anos. No Estado de São Paulo, Brasil, os números dessas demandas vêm aumentando consideravelmente. No ano 2006, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) gastou, com o cumprimento das decisões judiciais da comarca da capital, 65 milhões de Reais, para atender cerca de 3.600 pessoas. Em comparação, no mesmo ano, ela investiu 838 milhões de Reais no Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (alto custo), atendendo 380 mil pessoas. Foram gastos aproximadamente 18 mil Reais por paciente com ações judiciais naquele ano, enquanto o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional consumiu 2,2 mil Reais por paciente¹.

Após a aprovação da *Constituição Federal* Brasileira de 1988 tornou-se cada vez mais frequente a interferência do poder judiciário em questões que, primariamente, são da competência dos poderes executivos ou legislativos. A este novo papel exercido pelo judiciário na garantia de direitos individuais tem sido atribuída a noção de *judicialização*.

No campo específico da política de saúde, a *judicialização* tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio do recurso a ações judiciais. Com o aumento exponencial das ações e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos por elas acarretados, os

¹ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.
² Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

A. L. Chieffi
Secretaria de
Estado da Saúde
de São Paulo,
Av. Ennes de Carvalho
Aguilar 188, São Paulo,
SP 05403-000, Brasil.
ana.chieffi@bol.com.br

gestores do sistema de saúde, nos âmbitos municipal, estadual e federal, tentam resolver de diversas maneiras os impasses criados.

Um dos aspectos da assistência médica que mais tem sido alvo das ações judiciais é a assistência farmacêutica, ou seja, a garantia do acesso a medicamentos não disponíveis nos serviços públicos, em razão de preços abusivos praticados pelos fabricantes ou de falta de estoque, padronização do uso, registro no país e comprovação científica de eficácia.

Na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi previsto o direito do cidadão à assistência farmacêutica, mas esse direito só foi regulamentado após dez anos, com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Esta fortalece os princípios e as diretrizes do SUS, objetivando ainda a garantia da eficácia e segurança no uso racional de medicamentos e o acesso da população aos medicamentos essenciais².

Em 2004, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), cujas diretrizes se baseiam nas doutrinas do SUS e num conceito abrangente de assistência farmacêutica. A PNAF foi estabelecida como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade³.

Assim, com base nas doutrinas e diretrizes e em suas políticas públicas relacionadas com a assistência farmacêutica, o SUS, em seus vinte anos de existência, vem se organizando para fornecer medicamentos essenciais à população. A padronização e descentralização da compra tornam mais ágeis e racionais a aquisição e dispensação dos medicamentos à população. Desta maneira, o Ministério da Saúde⁴, a SES-SP⁵ e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP)⁶ criaram, com base em dados epidemiológicos, programas de dispensação de medicamentos para tratar as doenças que mais atingem a população. Os medicamentos padronizados nesses programas são avaliados no que se refere à eficiência e à efetividade, além da relação custo/benefício. Cada instância de governo tem suas competências e atribuições no gerenciamento, na operacionalização e no financiamento desses programas.

Além da questão orçamentária assinalada, muitas das decisões judiciais infringem ou distorcem princípios do SUS, sobretudo o da equidade.

As ações judiciais para a obtenção de medicamentos não se relacionam diretamente aos princípios da universalidade e ao princípio da integralidade uma vez que não decorrem nem de restrições e nem de exclusões estabelecidas

pelo SUS. O acesso ao tratamento está garantido, seja qual for o tipo e a complexidade do problema apresentado. Entretanto, a maioria das ações ajuizadas contra a SES-SP demanda exclusivamente o acesso a produtos não previstos nos protocolos e programas executados pelo SUS. Desse modo, o acolhimento dessas demandas, no mais das vezes significa o estabelecimento de privilégios para aqueles indivíduos com poder aquisitivo para contratar um advogado e acionar o Estado.

A igualdade de condições, preconizada para a assistência, deveria impedir a existência de privilégios ou preconceitos de qualquer espécie nos serviços de saúde. No entanto, muitas ordens judiciais ferem este conceito por garantir a poucos indivíduos determinados serviços que não são oferecidos pelo SUS, beneficiando-os. Tais decisões interferem de forma negativa na organização do SUS⁷.

Este trabalho caracterizou as demandas judiciais para obtenção de medicamentos junto à SES-SP. As hipóteses que orientaram a investigação foram: (a) há interferência do poder judiciário na esfera executiva das políticas públicas de saúde; (b) essa interferência do poder judiciário na política de saúde rompe princípios básicos do SUS, especialmente a equidade no acesso a bens e serviços.

Metodologia

O presente estudo é um trabalho descritivo baseado na análise dos dados extraídos do Sistema de Controle Jurídico (SCJ), registro eletrônico das demandas, construído pela SES-SP para acompanhar o cumprimento das determinações judiciais.

Os dados selecionados para a análise de cada processo foram: número do processo judicial; advogado; médico prescritor; medicamento solicitado; nome do paciente; endereço de residência do paciente informado no processo; e origem da receita médica.

Como o SCJ é um registro informatizado que não foi organizado como um banco de dados para que as análises de interesse pudessem ser feitas, foi necessário padronizar cada uma das variáveis e codificá-las de forma a poder constituir um arquivo de consultas para a pesquisa a partir dos relatórios extraídos do sistema.

Definiram-se como universo da pesquisa as ações judiciais cadastradas de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2006, movidas por pacientes que, no processo judicial, informaram residir na cidade de São Paulo e receberam medicamentos por meio de processos contra a SES-SP.

As variáveis construídas para o estudo foram:

- a) Representação jurídica privada ou estatal (Procuradoria do Estado e Ministério Público);
- b) Características dos medicamentos requeridos na ação segundo disponibilidade para venda no país (possuir registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – e preço aprovado na Câmara dos Medicamentos – CMED); classe terapêutica (segundo as normas farmacológicas da *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* – AIC – da Organização Mundial da Saúde – OMS) e pertinência a um dos programas de assistência farmacêutica do SUS. Todas essas informações referem-se ao ano 2006;
- c) Características do paciente, incluindo origem da receita médica (rede do SUS ou sistema complementar) e local de moradia do paciente informado no processo, classificado segundo o distrito administrativo de residência (Prefeitura da Cidade de São Paulo. <http://www.capital.sp.gov.br/portalmmsp/homec.jsp>, acessado em 05/Mai/2008).

As análises das características dos medicamentos foram feitas inicialmente no total de itens solicitados nos processos judiciais; posteriormente foram agrupados os itens de medicamentos que geraram mais de trinta processos.

Para avaliar a extensão do processo de judicialização, avaliaram-se o número de ações, a representação jurídica e as características dos medicamentos solicitados.

Na análise da quebra do princípio da equidade utilizaram-se os dados de origem da receita médica, da área de residência referida aos estratos de vulnerabilidade social e do tipo de medicamento mais solicitado em cada estrato.

Os 96 distritos de residência foram classificados em seis estratos sociais, recorrendo-se ao Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Os processos analisados envolviam 2.712 pacientes, dos quais 2.604 com endereço na cidade de São Paulo. Houve 108 perdas (entre endereços mal preenchidos ou localizados fora do Município de São Paulo).

Entende-se por vulnerabilidade social um conjunto de fatores capaz de mensurar a deterioração do nível de bem-estar, em consequência da exposição de pessoas, famílias ou comunidades a determinados tipos de riscos. O IPVS é um indicador desenvolvido pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação Seade), que classifica os setores censitários em seis grupos de vulnerabilidade social: nenhuma vulnerabilidade, vulnerabilidade muito baixa, vulnerabilidade baixa, vulnerabilidade média, vulnerabilidade alta e vulnerabilidade muito alta – estratos de 1 a 6, respectivamente⁹.

O índice foi elaborado segundo uma tipologia derivada da combinação entre as categorizações sócio-econômica e demográfica⁹. Os distritos foram classificados nos estratos de vulnerabilidade social segundo a predominância de setores censitários de determinado estrato.

Análise dos dados

Valemo-nos de estatísticas descritivas para a caracterização das ações segundo os aspectos referidos. Os programas Epi Info, versão 3.3.2 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), e Excel 2003 (Microsoft Corp., Estados Unidos) foram utilizados para o processamento, permitindo a análise dos dados, a tabulação e a montagem dos gráficos e das tabelas da pesquisa.

Os dados analisados são apresentados em gráficos e tabelas na seção de resultados.

Aspectos éticos

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em conformidade com as normas previstas na *Resolução nº. 196/06* do Conselho Nacional de Saúde (projeto nº. 262/07). Os dados utilizados não permitirão, de nenhuma forma, a identificação dos sujeitos demandantes, nem a identificação nominal de prescritores ou advogados.

Resultados

No período estudado foram cadastrados 3.007 processos judiciais, relativos a 2.712 pacientes diferentes. Desse total, 80 (2,66%) não tinham registro do nome do advogado no SCJ, resultando em 2.927 processos analisados neste estudo. A representação jurídica dessas ações foi privada em 74% dos casos e estatal em 26% (Procuradoria do Estado ou Ministério Público).

Foram solicitados 954 itens diferentes de medicamentos, dos quais 28 (3%) não estavam disponíveis para venda no mercado nacional e 77% não pertenciam aos programas de assistência farmacêutica do SUS (Tabela 1). Dos itens fornecidos pelo SUS (23% do total de itens), 120 (13%) pertenciam ao Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Analisados os dados referentes aos itens de medicamentos que geraram mais de trinta processos levados em consideração neste estudo, encontraram-se 42, dos quais 4 (10%) não esta-

Tabela 1

Proporção dos itens de medicamentos solicitados nas ações judiciais em relação à presença ou não nos programas de assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS). Município de São Paulo, Brasil, 2006.

Medicamentos solicitados	Frequência dos itens que geraram mais de 30 processos	Frequência total dos itens
Itens de medicamentos que pertencem aos programas de assistência farmacêutica do SUS	16 (38,10%)	215 (22,54%)
Itens de medicamentos não pertencentes aos programas de assistência farmacêutica do SUS	26 (61,90%)	739 (77,46%)
Total	42 (100,00%)	954 (100,00%)

Fonte: Sistema de Controle Jurídico, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

vam disponíveis para venda no mercado nacional e 26 (62%) não pertenciam aos programas de assistência farmacêutica do SUS (Tabela 1). Dos itens fornecidos pelo SUS, 5 (12%) faziam parte do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Em relação à classificação terapêutica dos medicamentos solicitados segundo as normas da ATC ⁸, verificou-se que: 17% dos itens eram relacionados com o aparelho digestivo e o metabolismo; 17%, com o sistema cardiovascular; e 16%, com o sistema nervoso (Tabela 2).

Considerando-se a classe terapêutica dos medicamentos que geraram mais de trinta processos, detectou-se que: a frequência foi de 33% para antineoplásicos e agentes imunomoduladores; 31%, para o aparelho digestivo e o metabolismo; e 19%, para o sistema cardiovascular (Tabela 2).

Com relação ao local de prescrição, 48% dos pacientes possuíam receitas médicas de estabelecimentos da rede do SUS; 47%, do sistema complementar; e em 4% dos atendimentos não foi possível classificar a origem da receita.

Segundo a classificação do local de moradia do paciente informado no processo pelo IPVS, 16% dos solicitantes pertenciam ao estrato 1; 35%, ao estrato 2; e 22%, ao estrato 3 (Figura 1).

Os medicamentos que geraram mais de 30 processos estudados foram agrupados em oito grupos, conforme a Tabela 3. Foi feita a distribuição desses grupos de medicamentos segundo o local de moradia dos pacientes que ajuizaram a ação, classificando-se por estrato de IPVS (Figura 2). Observa-se que os residentes nas regiões com IPVS 2 representam a maior concentração em praticamente todos os itens de medicamentos, com exceção dos residentes nas áreas com IPVS 3, que têm maior concentração de pedidos entre as insulinas padronizadas pelo Ministério da Saúde pertencentes ao grupo 2 de medicamentos.

Discussão

A equidade em saúde refere-se à diminuição das diferenças consideradas desnecessárias e evitáveis ¹⁰. Para o SUS, todo cidadão é igual perante a lei e deve ser atendido de acordo com suas necessidades. Assim, os serviços de saúde precisam conhecer as necessidades dos diferentes grupos da população e trabalhar para satisfazê-las, oferecendo mais a quem mais precisa, contribuindo para a diminuição das desigualdades existentes.

O direito à saúde é um direito social, de acordo com a *Constituição Federal*, a concretização de tais direitos depende da elaboração e implementação das políticas públicas de saúde. Elas objetivam melhorar as condições de vida da população e realizar a equalização de situações desiguais. As políticas de saúde devem ser implantadas em escala coletiva, a fim de atender a esses preceitos legais ¹¹.

De maneira geral, os juízes, ao deferirem as ordens para o fornecimento de medicamentos como forma de garantir os direitos dos indivíduos, não observam a política de assistência farmacêutica do SUS ^{11,12}. Essas ações têm consequências orçamentárias importantes, uma vez que os recursos são finitos e sua administração deve ser planejada e balizada pelas políticas de saúde. Conseqüentemente, as demandas judiciais prejudicam essas políticas, impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos ¹³, além de interferir no planejamento das ações de saúde ⁷.

Ao se fornecerem medicamentos por ordem judicial, não está sendo avaliado se aquele tratamento realmente é o melhor em termos de relação custo/benefício, se o indivíduo realmente necessita do medicamento pleiteado e este não pode ser substituído por outro disponível nos programas de assistência farmacêutica do SUS, se o paciente tem condições financeiras de pagar o tratamento ou, até mesmo, o advogado e,

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123-50P-12

Tabela 2

Classificação dos medicamentos segundo a classe terapêutica e frequência das solicitações.

Classe terapêutica (ATC)	Frequência dos itens que geraram mais de 30 processos	Frequência total dos itens
Aparelho digestivo e metabolismo	13 (30,95%)	166 (17,40%)
Sistema cardiovascular	8 (19,05%)	166 (17,40%)
Sistema nervoso	1 (2,38%)	152 (15,93%)
Sistema respiratório	1 (2,38%)	80 (8,39%)
Antineoplásico e agente imunomoduladores	14 (33,34%)	73 (7,65%)
Sistema músculo-esquelético	1 (2,38%)	44 (4,61%)
Sangue e órgãos hematopoéticos	1 (2,38%)	43 (4,51%)
Agente anti-infeccioso para uso sistêmico	1 (2,38%)	40 (4,19%)
Dermatológico	-	39 (4,09%)
Órgãos dos sentidos	1 (2,38%)	39 (4,09%)
Hormônios de uso sistêmico, exceto hormônios sexuais	1 (2,38%)	33 (3,46%)
Sistema geniturinário e hormônios sexuais	-	21 (2,20%)
Vários	-	8 (0,84%)
Produtos antiparasitários	-	4 (0,42%)
Medicamentos manipulados *	-	46 (4,82%)
Total	42 (100,00%)	954 (100,00%)

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Classification

* Os medicamentos manipulados não foram classificados pela ATC.

Fonte: Sistema de Controle Jurídico, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

ainda, se não estão sendo infringidos alguma lei ou algum princípio fundamental do sistema de saúde. Apenas se cumpre a ordem determinada pelo juiz.

A maioria das ações analisadas foi ajuizada por advogados particulares. A justiça gratuita contribuiu tão-somente com ¼ das ações. Na maioria dos trabalhos publicados no Brasil predominam ações conduzidas pela representação jurídica estatal^{14,15,16}, ao contrário do descrito neste trabalho. O fato de essas ações geralmente serem ajuizadas por advogados particulares mostra que os pacientes arcaram com os custos dessa representação e em princípio poderiam adquirir os medicamentos solicitados.

A Defensoria do Estado, criada pela *Lei Complementar nº. 988*, de 9 de janeiro de 2006, tem a finalidade de prestar assistência judicial às pessoas carentes do Estado de São Paulo. Anteriormente, a Procuradoria do Estado possuía uma equipe de advogados somente para atender cidadãos sem recursos financeiros que necessitavam do Poder Judiciário. No período de coleta de dados deste trabalho ainda eram os procuradores do Estado que impetravam as ações contra o Estado em nome da população sem recursos.

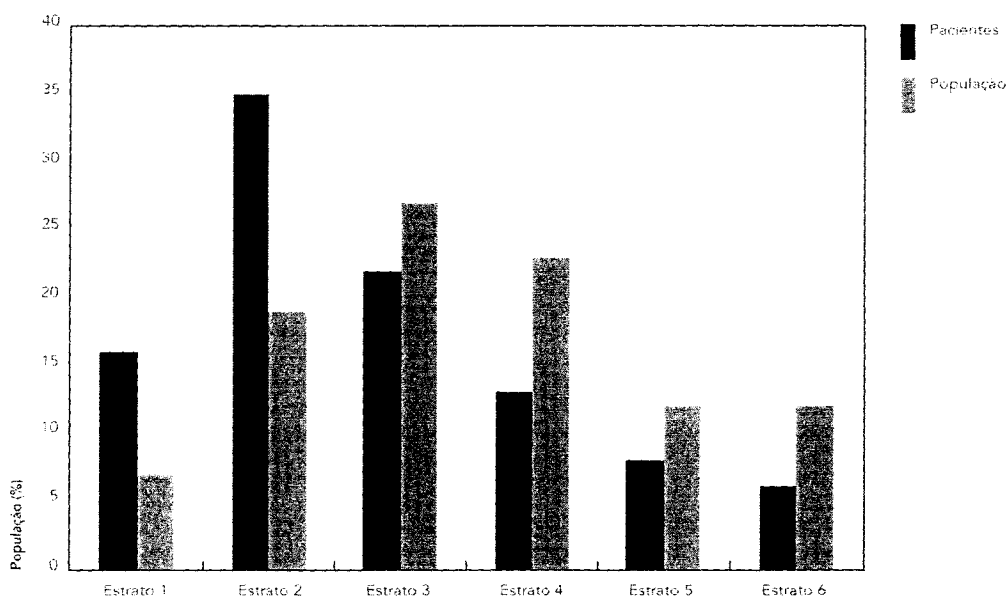
Os direitos sociais, como já abordado, devem ser realizados coletivamente, a fim de que haja

acesso igualitário e universal dos indivíduos aos benefícios oferecidos pelas políticas públicas. Terrazas¹, ao analisar decisões de solicitações de medicamento para tratamento de hepatite C junto à Seção de Direito Público do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, na Comarca da Capital, detectou que, das decisões proferidas entre 1998 a 2005, 98% se referiam a processos individuais e somente 2% a ações coletivas. A maioria dos pacientes dessas ações utilizou a justiça particular para solicitar tais medicamentos. Assim, foram beneficiadas pela intervenção do Poder Judiciário pessoas que possuem melhores condições sócio-econômicas e com acesso à informação. Com essas demandas judiciais, pretende-se garantir direitos sociais que são essencialmente coletivos. Entretanto, como a atuação do Poder Judiciário ocorre no âmbito individual, isto é, de forma individualizada, conforme demonstrado por Terrazas e também pelos resultados do presente trabalho, acaba havendo tratamento diferenciado, privilegiando esses pacientes, o que é incompatível com a idéia de igualdade proposta pelo SUS.

Em relação aos medicamentos solicitados, verificou-se que cerca de 77% não pertenciam aos programas de assistência farmacêutica do SUS. Dos demais itens, aproximadamente 12%

Figura 1

Distribuição proporcional dos pacientes com ação judicial solicitando medicamentos, por estrato do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) de residência (2006), comparando com a população total (2004). Município de São Paulo, Brasil, 2006



Nota: estrato 1: nenhuma vulnerabilidade; estrato 2: vulnerabilidade muito baixa; estrato 3: vulnerabilidade baixa; estrato 4: vulnerabilidade média; estrato 5: vulnerabilidade alta; estrato 6: vulnerabilidade muito alta.

Fonte: Sistema de Controle Jurídico, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

eram do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Vieira & Zucchi¹⁵, analisando as ações referentes ao acesso a medicamentos do Município de São Paulo no ano 2005, mostraram que 62% dos itens solicitados faziam parte de listas de medicamentos do SUS, e, dentre eles, 15% pertenciam ao Programa de Medicamentos Excepcionais. No Estado do Rio de Janeiro, segundo Messeder et al.¹⁴, 30% dos medicamentos foram solicitados por ação judicial sem financiamento definido pelo SUS, vale dizer, não pertenciam aos programas de medicamentos. Dos itens com financiamento, cerca de 1/3 fazia parte do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Já em Brasília, no ano 2006, de acordo com Santos & Gonçalves¹⁶, metade dos itens solicitados era padronizado, e 1/4 se referia a Medicamentos Excepcionais. Portanto, a situação do Estado de São Paulo é diferente da dos demais locais estudados.

O fato de 38% dos medicamentos que geraram mais de trinta processos analisados por

este trabalho pertencerem a algum programa de fornecimento do SUS pode indicar a falta de conhecimento dos médicos quanto aos programas e/ou irregularidade no fornecimento desses itens. Pelo menos 47% das prescrições foram provenientes de estabelecimentos particulares, o que também pode indicar que seus médicos não estão familiarizados com as regras do SUS.

Os dados relativos ao Estado de São Paulo, sistematizados por este estudo, sugerem que a população tem acesso aos medicamentos referentes aos programas e não tem ocorrido descontinuidade de abastecimento, pois a maioria das solicitações se liga a medicamentos não incluídos nos programas. É importante lembrar ainda que os pedidos judiciais podem se referir a receitas médicas que são compostas de vários itens, podendo essas receitas conter medicamentos disponíveis pelos programas de assistência farmacêutica do SUS, explicando-se, assim, a sua presença nas demandas judiciais. Por exemplo, é comum uma prescrição de insulina especial estar associada à insulina humana

Folha nº 110 do proc.nº 37-04 de 20 15

Tabela 3

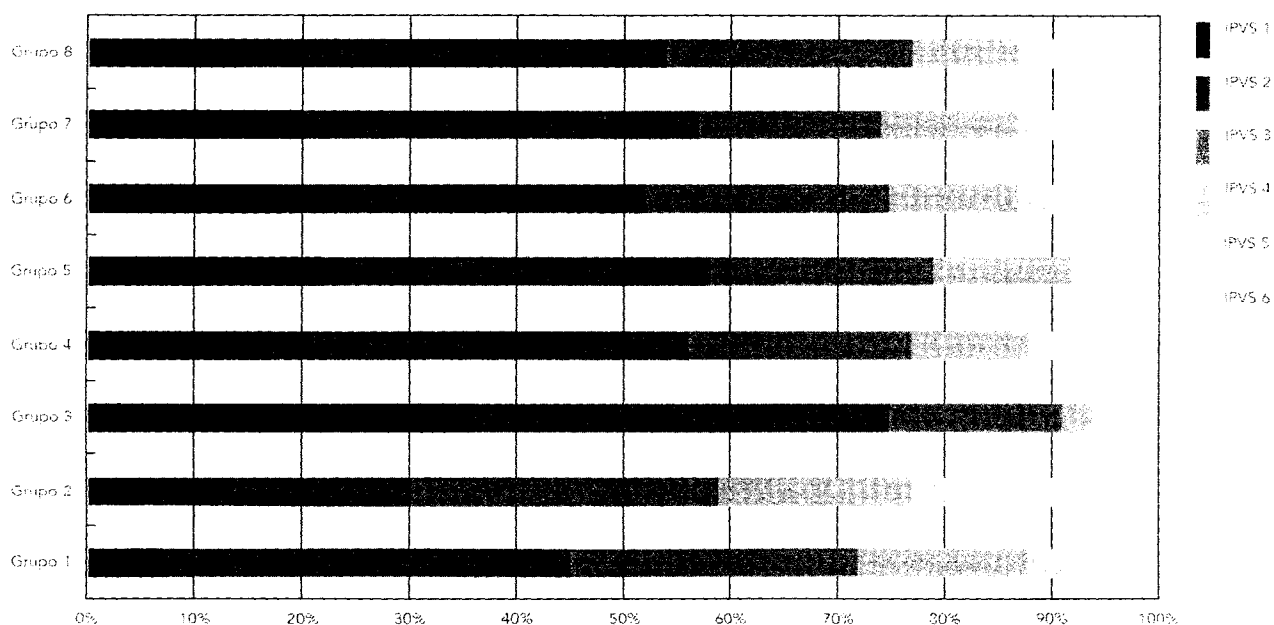
Classificação dos medicamentos que geraram mais de trinta processos, por princípio ativo em grupos.

Vera Nice *[assinatura]*
RF 191.723 - SGP-12

Grupo	Características	Medicamentos
1	Medicamentos básicos fornecidos nas unidades básicas de saúde	Ácido Acetilsalicílico 100mg, Captopril, Furosemida, Glibenclamida, Hidroclorotiazida
2	Insulinas fornecidas nas unidades básicas de saúde	Insulina Humana NPH, Insulina Humana Regular
3	Medicamentos não disponíveis para venda no mercado nacional em 2006 (oncológicos)	Bevacizumabe, Cetuximabe, Erlotinibe
4	Insulinas especiais	Insulina Aspart, Insulina Glargina, Insulina Lispro
5	Medicamentos pertencentes ao Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional	Infliximabe, Alfapecinterferona 180mcg, Ribavirina, Simvastatina 10 mg, Levotiroxina Sódica 100mcg
6	Medicamentos oncológicos	Anastrozol, Imatinibe 100mg, Rituximabe, Temozolomida
7	Medicamentos imunobiológicos	Adalimumabe, Etanercepte
8	Outros medicamentos	Aripiprazol 15mg, Enalapril, Glucagon, Losartana Potássica 50mg, Metformina, Omeprazol 20mg, Palivizumabe, Teriparatida, Timolol, Brometo de Tiotropio

Figura 2

Distribuição dos processos por estrato do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) de residência dos solicitantes e tipo de medicamento solicitado.



Nota: ver Tabela 3 para descrição dos grupos.

Fonte: Sistema de Controle Jurídico, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

NHP ou regular, ao ácido acetilsalicílico de 100mg e a uma atorvastatina ou sinvastatina. Apesar de neste caso somente as insulinas especiais não estarem disponíveis no SUS, o paciente solicita todos os medicamentos que compõem a receita original, mesmo achando-se os demais acessíveis pelas vias regulares de distribuição de medicamentos.

Em relação aos medicamentos excepcionais, não foi verificado neste estudo se as prescrições estavam de acordo com os protocolos e as diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. Frequentemente, nas ações judiciais, medicamentos padronizados para uso em determinadas doenças são prescritos para outras situações não previstas pelos protocolos. A título de exemplo, observase a prescrição de infliximabe para psoríase, e no protocolo a indicação desse medicamento é para doença de Crohn (CID-10 K50, K50.0, K50.1, K50.8 e K50.9) e obedece a critérios de inclusão e exclusão de tratamento ¹⁷. Desta forma, pode haver solicitação que não seja preconizada pelo Ministério da Saúde, gerando-se, desse modo, a demanda judicial.

Em relação à classificação segundo a classe terapêutica dos medicamentos, observou-se no presente trabalho uma frequência de 17% para medicamentos com atuação no aparelho digestivo e no metabolismo, além do sistema cardiovascular, e 16% para o sistema nervoso. Messeder et al. ¹⁴ relataram que 21% dos medicamentos foram utilizados para o sistema nervoso central; 17%, para doenças cardiovasculares; 16%, para o trato alimentar ou o metabolismo, além de três grupos de medicamentos de uso contínuo, para tratamento de doenças crônicas. Vieira & Zucchi ¹⁵, por sua vez, descreveram como doenças mais frequentemente referidas o diabetes e o câncer, com proporções, respectivamente, de 46% e 22%, também enfermidades crônicas que têm custo de tratamento elevado, pois o paciente recebe o tratamento por um período longo.

Nos nossos achados a classificação segundo a classe terapêutica dos medicamentos, para os itens que geraram mais de trinta processos, mostrou que cerca de ¼ deles se refere a antineoplásicos e agentes imunomoduladores; ½ tem ação sobre o aparelho digestivo e o metabolismo; e ½ se destina ao sistema cardiovascular.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. No Brasil, o número de idosos está aumentando de forma rápida, com menores de 15 anos perdendo representatividade e maiores de 65 anos aparecendo em quantidade crescente ¹⁸. A terceira idade apresenta um quadro de enfermidades complexas e onerosas, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, com exigência de medicação de uso contínuo ¹⁹.

O envelhecimento da população em geral poderia explicar o fato de a maior parte dos medicamentos solicitados serem de uso contínuo e uma grande parte se destinar ao tratamento do câncer, mal que normalmente é mais frequente em indivíduos idosos. No presente trabalho, considerando a origem das receitas médicas, aproximadamente metade dos pacientes possuía receitas médicas provenientes de estabelecimentos do sistema complementar. Vieira & Zucchi ¹⁵ encontraram cerca de 70% das receitas prescritas por entidades da rede SUS; na pesquisa de Messeder et al. ¹⁴, a proporção foi de 80%; e na de Santos & Gonçalves ¹⁶, 60%.

Os pedidos encaminhados pela Procuradoria do Estado podem de alguma forma enviesar este dado, já que se exigia do assistido que ele possuísse uma receita médica prescrita em órgão público. Logo, mesmo que o medicamento tivesse sido prescrito por médico de serviço particular, para propor ação judicial por intermédio da Procuradoria, o assistido devia recorrer ao SUS e solicitar um relatório médico e uma receita prescrevendo o medicamento desejado, ocorrendo, desta maneira, a transcrição da receita. Este achado está em concordância com observações realizadas em outros estudos ¹⁵. Dos 2.927 processos analisados, 762 (¼) foram impetrados pela Defensoria Pública. Não se pode afirmar o número real de transcrição de receitas feitas em estabelecimentos do SUS. Provavelmente esse número está superestimado para essa fração dos processos.

Quanto à classificação, segundo o IPVS, do endereço informado pelos pacientes no processo judicial, constatou-se que a maioria reside no estrato 2, caracterizando-se uma sobre-representação desse estrato. Comparando a frequência acumulada, verificou-se que aproximadamente 74% dos pacientes residem em áreas pertencentes aos estratos 1, 2 e 3; já na população em geral esta porcentagem é de 53%. Considerando apenas os estratos 1 e 2, os mais bem aquinhoados da população, a diferença entre a parcela atendida pelas ações judiciais é o dobro de sua distribuição na população geral. Esses dados demonstram que a população com maior poder aquisitivo é que está se beneficiando do resultado das ações judiciais.

Em razão disso, as demandas judiciais estão ferindo o princípio da equidade do SUS, ou seja, as ações judiciais não estão fornecendo medicamentos a quem utiliza exclusiva ou preferencialmente o sistema público de saúde e depende do fornecimento gratuito de medicamentos, exatamente as pessoas residentes nos estratos de vulnerabilidade mais alta. Nesses estratos de maior vulnerabilidade, os setores apresentam nível mé-

dio e baixo na dimensão sócio-econômica, com baixa escolaridade e menores médias de rendimentos do responsável pelo domicílio⁹.

Segundo os dados do presente trabalho, medicamentos dos grupos 3 e 6 são solicitados em maior frequência pelos pacientes residentes nos distritos administrativos pertencentes aos estratos 1 e 2 do IPVS (75% nos oncológicos não disponíveis para venda no país e 52% nos oncológicos disponíveis). Nesses estratos, a média de idade (em anos), o rendimento nominal médio (em Reais) e a escolaridade do responsável pelo domicílio são maiores que para os demais estratos, segundo dados da Fundação Seade⁹. A situação sugere que o envelhecimento da população, melhores condições sócio-econômicas e o acesso à informação aumentem os pedidos de medicamentos oncológicos. Este fato torna-se mais evidente quando os medicamentos não estão disponíveis para venda no país. No SUS, o paciente com diagnóstico de câncer tem atendimento integral em unidades ou centros especializados e habilitados pelo Ministério da Saúde para o tratamento. As demandas judiciais transformam o sistema de saúde em um mero fornecedor de medicamentos. No SUS, a assistência farmacêutica tem de estar vinculada à assistência médica, com as demandas judiciais isso não ocorre, havendo apenas o fornecimento do medicamento, independentemente da origem da assistência médica.

As insulinas do grupo 2, fornecidas pelo Ministério da Saúde (tratamento padrão para o paciente insulino dependente), concentram os pedidos entre os pacientes residentes nos estratos 3 (29%). Porém, as insulinas especiais (grupo 4) estão concentradas no estrato 2 (39%), demonstrando novamente que o nível sócio-econômico mais elevado e o maior acesso à informação estão relacionados com as prescrições mais sofisticadas dos medicamentos.

Vieira & Zucchi¹⁵ classificaram, no Município de São Paulo, o local de moradia dos pacientes pelo índice de exclusão/inclusão, detectando que 62% dos indivíduos residem em áreas com menor grau de exclusão social. Seu estudo conclui que "são os indivíduos menos carentes de proteção social que estão movendo ações contra o poder público municipal e instala a dúvida sobre o descumprimento das ações de equidade propostas pelo SUS"¹⁵ (p. 221).

A análise da distribuição dos processos por estrato do IPVS de residência dos solicitantes e por tipo de medicamento solicitado, bem como a classificação de residência dos pacientes pelo IPVS reforçam a hipótese de que a interferência do Poder Judiciário na política de saúde rompe o princípio da equidade ao favorecer as deman-

das dos que menos necessitam, em detrimento daqueles que só podem contar com o sistema público de saúde, ampliando a inequidade já existente.

As ações judiciais podem ser um canal legítimo de defesa dos direitos fundamentais dos indivíduos à medida que o Estado não implementa de maneira adequada as políticas públicas. Todavia, ao verificar que a maioria dos medicamentos solicitados nessas demandas não pertence aos programas de medicamentos preconizados pelo SUS, isto é, que não são padronizados pelos protocolos do sistema público de saúde, pode-se dizer que as ações judiciais ignoram o que a política de assistência farmacêutica normalizou. Esse fato pode sugerir também a falta ou demora de incorporação de novos medicamentos nas listas de medicamentos padronizados. No caso do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, por exemplo, houve uma incorporação expressiva de novos itens em 2002²⁰ e depois em 2006²¹ e 2008²².

O processo judicial é um espaço limitado e inadequado para considerar decisões a respeito dos direitos sociais, pois elas são complexas e abordam questões coletivas e não individuais como a maioria das demandas judiciais. Além do mais, o processo força o deslocamento de recursos públicos das políticas de saúde para o atendimento das demandas individualizadas. Assim, busca-se uma solução individualizada de uma questão coletiva. Segundo Octávio Luiz Motta Ferraz (2005, *apud* Terrazas¹, p. 16-7), "*o litígio tende a se focar no caso individual e desconsidera o quadro geral, sendo indiferente aos interesses que necessariamente serão afetados pela decisão judicial. Isso resulta no problema da não-representatividade, que traz questões não somente sobre competência institucional, mas também sobre justiça*".

Outra questão que também precisa ser pontuada é a falta de conhecimento técnico dos juízes para tomarem decisões referentes aos direitos sociais¹. Apesar de o Judiciário solicitar informações relevantes em relação às demandas judiciais antes de dar um veredicto, caso elas não estejam no processo, o problema é de que forma elas chegam e são interpretadas.

Limitações do estudo

Este trabalho analisou somente as ordens judiciais ajuizadas na SES-SP e atendidas na cidade de São Paulo. As demais cidades do estado não estão contempladas, pois, quando da realização do estudo, o SCJ possuía somente os dados completos da capital.

Protocolo nº 111 do proc.
nº 37-04 de 20 15

Vera Nice F. de Aguiar
DF 101.173-8 GP-12

O SCJ foi implantado em 2005 e desde então passou por atualizações com o objetivo de melhorar seu desempenho. No primeiro momento os processos foram cadastrados com o histórico dos pacientes existente no local onde era efetuada a dispensação dos medicamentos/produtos envolvidos em ação judicial. Inicialmente, muitos dados precisavam ser digitados no sistema, com ocorrência de erros de digitação.

Outra limitação do estudo foi denotar diferença entre a determinação judicial e o que estava sendo efetivamente atendido pela SES-SP. As novas ações passam a ser incluídas no SCJ assim que ocorre a notificação à SES-SP. Para diminuir o erro de digitação, as atualizações do SCJ têm menos campos a serem preenchidos e mais campos padronizados.

Um último óbice encontrado foi a impossibilidade de acesso a determinadas informações pelo fato de elas estarem ilegíveis ou mesmo indisponíveis no processo.

No período de desenvolvimento deste estudo, aumentou o cadastramento, no SCJ, de pacientes com solicitação de medicamentos para diabetes, os quais já estavam sendo atendidos, contudo ainda não se achavam cadastrados no sistema. Em 2006, os medicamentos adalimumabe e etanercepte foram incluídos no protocolo do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional¹⁶, mas, como isso ocorreu no final do ano, eles foram por nós tratados como não padronizados.

Em relação aos endereços dos pacientes, foram utilizados os que estavam cadastrados no

SCJ, ou seja, os que constavam no processo judicial. No entanto, não se pode saber ao certo se se trata realmente dos endereços de residência do paciente.

Conclusão

A análise dos processos referentes à dispensação de medicamentos mediante demandas judiciais permitiu evidenciar os efeitos que essas decisões têm sobre a formulação e a execução da política de saúde. Os dados mostram que a parcela da população atendida por demandas judiciais tem em média melhores condições sócio-econômicas, residindo em áreas com baixa ou sem nenhuma vulnerabilidade social.

A despeito das intenções de arbitragem de problemas sociais e de defesa dos interesses dos indivíduos diante do poder do Estado, a interferência do Judiciário acaba por atender aos indivíduos que por sua inclusão social já se encontram em posição privilegiada, reforçando ainda mais as desigualdades sociais no campo da saúde.

A interpretação dos direitos sociais apenas na dimensão individual, desconsiderando a dimensão coletiva, não permite considerar o problema em todas as suas dimensões e em toda a sua complexidade, o que resulta em medidas que em vez de promoverem a justiça social acabam prolongando indefinidamente a imensa dívida social com a parcela mais vulnerável da população.

Resumo

O fornecimento de medicamentos por ação judicial, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), tornou-se uma prática rotineira e cada vez mais frequente. A judicialização do sistema de saúde entra em confronto com princípios básicos do SUS, como o da equidade. Este trabalho caracterizou as demandas judiciais para obtenção de medicamentos sob a ótica da judicialização da política pública e da quebra do princípio da equidade na dimensão coletiva. O estudo é um trabalho descritivo dos processos judiciais de solicitação de medicamentos à SES-SP relacionados no Sistema de Controle Jurídico (SCJ) no ano 2006. A

maioria das ações analisadas foi ajuizada por advogados particulares: 47% dos pacientes possuíam receitas da rede privada e cerca de 73% dos processos foram provenientes de pacientes residentes nos três estratos de menor vulnerabilidade social do Município de São Paulo, Brasil. Os dados demonstram que essas demandas judiciais não respeitam princípios do SUS como o da equidade, privilegiando indivíduos com melhor poder aquisitivo e com acesso à informação.

Decisões Judiciais; Assistência Farmacêutica; Medicamentos; Direito à Saúde

Colaboradores

A. L. Chieffi realizou a busca bibliográfica, a coleta e a análise de dados, a discussão dos resultados e a redação do artigo. R. B. Barata contribuiu com a revisão da análise de dados, da análise dos resultados, da discussão e do texto final.

Folha nº 112 do proc.
nº 37-04 de 2015

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123-8GP-12

Referências

1. Terrazas FV. O poder judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais por medicamentos [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo; 2008.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 1 out.
3. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 338, de 6 de maio de 2004. Diário Oficial da União 2004; 7 mai.
4. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica. http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=1000 (acessado em 27/Out/2008).
5. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Assistência farmacêutica. http://portal.saude.sp.gov.br/content/assistencia_farmacutica.nmp (acessado em 27/Out/2008).
6. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Assistência farmacêutica. http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/ass_farmacutica (acessado em 27/Out/2008).
7. Santos L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. Radis Comunicação em Saúde 2006; (49). <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/49/web-02.html> (acessado em 25/Jul/2008).
8. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical classification. <http://www.whocc.no/atcddd/> (acessado em 05/Mai/2008).
9. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. <http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/subpre-feituras.php> (acessado em 06/Jun/2008).
10. Viana ALD, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspect 2003; 17:58-68.
11. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública 2007; 41:1001-7.
12. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Rev Saúde Pública 2008; 42:365-9.
13. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização à saúde: fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Migalhas de Peso 2008. http://www.migalhas.com.br/mostra_noticia_articuladas.aspx?cod=52582 (acessado em 08/Fev/2008).
14. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21:525-34.
15. Vieira FS, Zucchi P. As distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev Saúde Pública 2007; 41:214-22.
16. Santos CC, Gonçalves AS. Análise descritiva de mandados judiciais impetrados contra a Secretaria de Saúde do Distrito Federal para fornecimento de medicamentos [Monografia]. Brasília: Curso de Especialização em Gestão de Instituições de Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; 2006.
17. Departamento de Sistemas e Redes. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
18. Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad Saúde Pública 2008; 24:597-605.
19. Veras RP. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad Saúde Pública 2007; 23:2463-6.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.318, de 23 de julho de 2002. Diário Oficial da União 2002; 24 jul.
21. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.577, de 27 de outubro de 2006. Diário Oficial da União 2006; 13 nov.
22. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.869, de 04 de setembro de 2008. Diário Oficial da União 2008; 4 set.

Recebido em 21/Jan/2009

Versão final reapresentada em 23/Mai/2009

Aprovado em 15/Jun/2009



Folha nº 113 do proc.
nº 37-04 de 2015

Vera Nils Rodrigues
RF 104113-60P-12

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Anexo 7

Legislação Informatizada - LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012 - Publicação Original do proc.

LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no *caput*, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 22 de novembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Alexandre Rocha Santos Padilha

Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial da União - Seção 1, página 1, de 23/11/2012



Folha nº 115 de prez.
nº 37 - 04 de 2015

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123 - 07-12

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade

Anexo 8

Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Resumo

O número de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH cresceu nos últimos anos. As estimativas de prevalência no Brasil desse transtorno variam consideravelmente, de 0,9% a 26,8%. O tratamento é complexo e inclui intervenções sociais, psicológicas, comportamentais e farmacológicas. O metilfenidato é um agente estimulante do sistema nervoso central, indicado como adjuvante a intervenções psicológicas, educacionais e sociais no tratamento de distúrbios de hiperatividade. O aumento do consumo do medicamento, inclusive não prescrito, e seu alto potencial para abuso e dependência, evidenciam a necessidade de se fornecer informação segura e promover seu uso racional e cauteloso. O objetivo deste boletim é avaliar a melhor evidência científica disponível sobre a eficácia e segurança do uso do metilfenidato, comparado a outras alternativas farmacológicas ou placebo no tratamento do TDAH. Assim, foi realizada uma pesquisa sistematizada por ensaios clínicos randomizados (ECR) ou revisões sistemáticas (RS) de ECR com e sem metanálise. Avaliações de tecnologias em saúde (ATS) também foram consultadas. Os critérios de inclusão foram placebo ou intervenção farmacológica como comparadores, e crianças ou adolescentes como população. Foram selecionados um ECR, quatro RS e duas ATS que demonstraram eficácia e segurança do metilfenidato em comparação ao placebo, atomoxetina, bupiriona, dexanfetamina e doses ou apresentações diferentes de metilfenidato. Em geral, os estudos primários apresentaram baixa qualidade metodológica, poucas semanas de seguimento e baixa generalização. Como esperado, o metilfenidato foi superior ao placebo no índice de hiperatividade detectado pelos pais e professores, no comportamento na execução de tarefas, na produtividade em sala de aula e na precisão das atividades. Dose baixa de metilfenidato foi superior à dose alta na melhora do comportamento na execução de tarefas, mas não foi observada diferença para a produtividade em sala de aula. Os resultados não mostraram diferença entre apresentações de longa e curta duração de metilfenidato para desatenção, hiperatividade ou impulsividade relatadas por pais ou professores. Metilfenidato melhorou a resposta ao tratamento e a taxa de abandono foi menor em comparação à atomoxetina. Os benefícios do metilfenidato sobre dexanfetamina são inconclusivos. Comparado à bupiriona, metilfenidato mostrou-se mais eficaz na redução dos sintomas de TDAH. Em relação à segurança, anorexia, insônia, enxaqueca, dor de estômago e tonturas foram frequentemente associadas ao metilfenidato. Apesar de não avaliada, a eficácia de metilfenidato comparado ou associado às intervenções não farmacológicas é de interesse para os serviços de



saúde. Devido às limitações metodológicas dos estudos, a avaliação do efeito do metilfenidato para TDAH deve ser cautelosa. É necessário diagnosticar corretamente os pacientes e encontrar um equilíbrio entre benefícios e riscos antes de se iniciar a administração de metilfenidato em crianças e adolescentes, especialmente quando o tratamento é de longo prazo.

Situação Clínica

O transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), também chamado de Síndrome Hiperkinética, é uma desordem comportamental que tem origem na infância. Suas características essenciais são sinais de impulsividade, hiperatividade ou inquietude e desatenção inconsistentes com o nível de desenvolvimento. Embora muitos indivíduos tenham sintomas tanto de desatenção como de hiperatividade-impulsividade, um ou outro padrão pode ser predominante. O transtorno é mais frequente entre

o sexo masculino. Segundo definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)¹, os sintomas geralmente são atenuados no fim da adolescência, embora uma minoria experimente o quadro completo até o meio da idade adulta. Já a Associação Brasileira de Déficit de Atenção assume que o TDAH é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida².

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico e subjetivo, baseado exclusivamente no histórico do comportamento, devendo ser feito pela exclusão de outras doenças ou problemas socioambientais. Os sintomas levam, obrigatoriamente, a algum tipo de dificuldade ou impedimento para a realização de tarefas.

Existem dois principais conjuntos de classificações diagnósticas de uso corrente, um baseado na Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão - CID-10³, e outro baseado nos critérios do "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV)^{4,5}, que se encontram na quarta edição, publicada em 2000 e revisada em 2004.

O CID-10 identifica o TDAH pelo código F90.0 - *Distúrbios da atividade e da atenção* - que engloba os sinônimos síndrome de déficit da atenção com hiperatividade, transtorno de déficit da atenção com hiperatividade e transtorno de hiperatividade e déficit da atenção.

De acordo com o CID-10, o diagnóstico desse transtorno requer níveis anormais de hiperatividade, desatenção e impulsividade durante pelo menos seis meses. Os transtornos podem ser acompanhados de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares, mais por infrações não premeditadas de regras que por

desafio deliberado. Suas relações com os adultos são geralmente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos são acompanhados, frequentemente, de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem comportamento dissocial e perda de autoestima³.

Sintomas sugestivos de TDAH são frequentemente identificados em crianças e jovens por seus médicos ou professores. Não existe um teste único para detecção do TDAH. As escalas de avaliação ou questionários são instrumentos valiosos para observações de comportamento e são úteis para esclarecer possíveis dúvidas sobre os sintomas. No entanto, a fim de garantir um diagnóstico correto, recomenda-se não detectar o TDAH apenas com base nos questionários ou observações de comportamento, e sim realizar uma avaliação completa, clínica e psicossocial, com o auxílio de um profissional de saúde com formação especializada e experiência nesse transtorno⁶.

O TDAH deve ser diferenciado de outros sinais e comportamentos apropriados à idade em crianças ativas e de sintomas de desatenção, comuns entre crianças com baixo QI (quociente de inteligência) ou entre crianças muito inteligentes⁷.

Crianças com TDAH podem apresentar outras comorbidades, como depressão, ansiedade, transtorno de conduta e abuso de substâncias. A prevalência destas condições em crianças com TDAH varia de 15% a 30%⁷. Assim, o diagnóstico de TDAH deve ser excluído se os sintomas forem melhor explicados por outro transtorno mental¹.

O objetivo do presente boletim é analisar as evidências científicas disponíveis sobre o uso do metilfenidato no tratamento do TDAH em crianças. Para sua elaboração, estabeleceu-se a seguinte pergunta de pesquisa: O metilfenidato é eficaz e seguro comparado a outras al-

ternativas medicamentosas ou placebo, no tratamento do TDAH em crianças?

Epidemiologia

O número de indivíduos com diagnóstico de TDAH tem aumentado nos últimos anos. As estimativas de prevalência desse transtorno variam amplamente. Estudos epidemiológicos relatam que essa variação encontra-se entre 3% e 16%, sendo as diferenças causadas por critérios metodológicos, diagnósticos e perfil da amostra⁸.

No Brasil, as estimativas de prevalência de TDAH em crianças e adolescentes também variam amplamente, com valores entre 0,9% e 26,8%⁹. Nos Estados Unidos, estima-se que esse transtorno afete pelo menos 5 milhões de crianças com idades entre 4 e 17 anos.

Segundo Dobie *et al.* (2012), aproximadamente 50% das crianças estudadas (podendo variar de 32,8% a 84,1% entre os países analisados) permaneceram com TDAH quando adultos, de acordo com os critérios do DSM-IV, demonstrando que o curso da doença é variável⁷.

Tecnologia

O tratamento do TDAH é complexo e inclui intervenções sociais, psicológicas e comportamentais¹⁰. Segundo as recomendações da *American Academy of Pediatrics*, as opções de tratamento para as crianças com idade entre 6 e 11 anos são a terapia comportamental envolvendo pais ou professores e a administração de medicamentos¹¹.

A terapia comportamental envolvendo os pais ou professores engloba o treinamento com um profissional habilitado, objetivando educá-los sobre a doença, os problemas de comportamento das crianças e as dificuldades nas relações familiares. Os programas pretendem melhorar a compreensão dos pais sobre o comportamento dos filhos e ensiná-los a lidar melhor com essa condição¹¹. Além disso, pode-se treinar a criança para o desenvolvimento de habilidades sociais, por meio de técnicas sobre como ajustar seu comportamento em circunstâncias de interação social¹².

1 O BRATS usou o DSM-IV como referência para os critérios diagnósticos de TDAH. Uma versão atualizada do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5^a edição (DSM-V) foi publicada em maio de 2013 (versão não disponível).

No Brasil, estão aprovados pela Anvisa os seguintes medicamentos para TDAH: VENVANSE[®] (lis-dexanfetamina); RITALINA[®] (metilfenidato) e STRATTERA[®] (atomoxetina).

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção, os medicamentos recomendados em consensos de especialistas são os estimulantes (lis-dexanfetamina e metilfenidato), a atomoxetina, os antidepressivos (imipramina, nortriptilina, bupropiona), a clonidina e a modafinila². Os estimulantes são a primeira linha para o tratamento, englobando os grupos do metilfenidato e das anfetaminas, que possuem propriedades e efeitos adversos similares¹¹. Apesar de não serem indicados para o tratamento dessa condição, alguns clínicos prescrevem antidepressivos¹⁰.

O metilfenidato é um agente estimulante moderado do sistema nervoso central (SNC) indicado como adjuvante a intervenções psicológicas, educacionais e sociais no tratamento de distúrbios de hiperatividade¹³. Seu mecanismo de ação não é inteiramente conhecido, mas se acredita que o fármaco inibe transportadores de dopamina e norepinefrina, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica e produzindo efeito excitatório no SNC¹⁴. Os efeitos esperados durante o tratamento do TDAH com esse medicamento são o aumento da atenção e a diminuição da inquietação em crianças hiperativas¹³.

Metilfenidato é comercializado no Brasil com os nomes comerciais Ritalina[®], Ritalina LA[®] e Concerta[®], administrados por via oral. Esses medicamentos possuem diferentes perfis de liberação no organismo: a Ritalina[®] apresenta-se sob a forma farmacêutica de comprimidos de liberação imediata, enquanto a Ritalina LA[®] como cápsulas de liberação modificada, e o Concerta[®] como comprimidos de liberação prolongada. O uso de metilfenidato não é recomendado em crianças menores de seis anos de idade, pois não são estabelecidos os critérios de segurança e efetividade para essa faixa etária. A dose deve ser individualizada de acordo com as necessidades e resposta do paciente. A dose máxima de Ritalina[®] e Ritalina

LA[®] é de 60 mg/dia, e para o Concerta[®], 54 mg/dia.

Segundo Fresse *et al.* (2012), a dose de metilfenidato de liberação imediata no tratamento de crianças com TDAH pode variar de 0,3 a 0,7 mg/kg, administrado 2 ou 3 vezes ao dia, ou seja, 0,9 a 2,1 mg/kg/dia¹⁴. Já a metanálise de Hanwella *et al.* (2011) mostrou que a dose média diária para o metilfenidato de liberação imediata variou de 0,8 mg/kg/dia a 1,12 mg/kg/dia¹⁵. No estudo de Prasad *et al.* (2013) a dose é considerada baixa quando equivale a 0,3 mg/kg ou dose fixa de 10 mg, e é considerada alta quando igual a 0,6 mg/kg ou fixada entre 17,5 e 20 mg¹⁶.

Deve-se suspender o tratamento caso não se observem melhoras nos sintomas após o ajuste adequado das doses e, ainda, periodicamente para avaliar a condição clínica do paciente e os efeitos do tratamento. Muitas vezes, quadros de depressão e efeitos da hiperatividade podem estar suprimidos. Assim, a descontinuação supervisionada do tratamento torna-se recomendada. Ademais, o metilfenidato possui alto potencial para abuso e dependência, por isso deve ser indicado com cautela¹⁷.

O uso de metilfenidato está contraindicado nos casos de angina do peito, arritmias cardíacas, glaucoma, insuficiência cardíaca, hipertensão severa, hipertireoidismo, dentre outros. Os efeitos adversos frequentes são a diminuição do apetite, insônia e dor de cabeça. Os possíveis eventos graves são o comportamento agressivo, função anormal do fígado, acidente cerebrovascular, diminuição do crescimento e outros¹⁷.

Uso Racional da Tecnologia

Segundo o registro concedido pela Anvisa, as indicações legais para o uso de metilfenidato são restritas a crianças diagnosticadas com TDAH¹⁸. Na Europa, o uso em adultos é permitido desde que seja para continuação do tratamento do transtorno, entretanto, restringe-se àqueles em que o medicamento foi eficaz na adolescência. Nesses casos, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda

que se faça uma avaliação anual da necessidade do tratamento em adultos¹⁹.

O metilfenidato consta no rol dos psicotrópicos - lista A3 - da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e sua venda está condicionada à retenção da notificação de receita. Há risco de abuso e dependência e, por isso, a prescrição é controlada. Ademais, o metilfenidato é classificado como droga segundo a Lei 11343 de 2006²⁰.

Entre 2002 e 2006, a produção brasileira do metilfenidato aumentou de 40 Kg para 226 Kg, colocando o País na posição de segundo líder no mundo na prescrição deste fármaco²¹, o que contribui e acirra o debate sobre a adequação diagnóstica de TDAH e o uso crescente, não prescrito, por indivíduos que buscam seus efeitos estimulantes. Nessa linha, alguns estudiosos afirmam que primeiro produziu-se o metilfenidato (descoberto no início da década de 1940 e patenteado em 1954) e, posteriormente, tentou-se configurar cientificamente a doença. Destaca-se que o metilfenidato chegou ao Brasil em 1998 e que em 2011 foram vendidas 1.212.850 caixas do medicamento⁹, elevando-o ao posto do psicoestimulante sintético mais consumido²².

Segundo dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), de 2009 para 2011, a estimativa percentual de aumento real no consumo médio mensal de metilfenidato no País foi de 28,2%⁹. O incremento no consumo pode ser explicado tanto pelo aumento no número de prescrições indicadas para TDAH, quanto pelo uso não prescrito com finalidades de aprimoramento cognitivo ou recreação. Devido aos riscos associados à interpretação de problemas de desempenho como doença e à prática do consumo indevido de metilfenidato, discute-se a questão do uso racional.

Alguns pesquisadores atribuem ao aumento diagnóstico ou a diagnósticos imprecisos a causa do elevado número de prescrições do metilfenidato para TDAH²². Publicação do Governo Basco exemplifica a preferência de alguns clínicos na utilização do DSM-IV, os quais diagnosticam de três ou quatro

vezes mais TDAH em comparação ao CID-10; e destaca que a versão DSM-V amplia ainda mais a faixa etária diagnosticada¹⁹. Alguns psiquiatras acreditam que os critérios do DSM-IV são direcionados ao universo infantil e foram modificados na versão DSM-V. Com isso, pode haver aumento na variedade de sintomas avaliados e redução na exigência de que os mesmos sejam realmente graves e intensos o suficiente e que justifiquem o tratamento medicamentoso para o TDAH. Tais expectativas flexibilizam os critérios diagnósticos e incluem os adultos, ampliando a população sujeita ao uso do metilfenidato²³. No início da década de 1990, a prevalência de adultos com TDAH era de 1% a 2%, mas estimativas recentes sugerem variação entre 2% e 5%²⁴. Fayyad *et al.* (2007) apontam prevalência de 3,4% em adultos.²⁵

Embora pesquisas da indústria farmacêutica afirmem que há escassez de pessoas diagnosticadas no Brasil²⁶, a revisão da literatura nacional de Itaborahy e Ortiz (2013) relatou que apenas três artigos científicos, num universo de trinta e cinco, concordam com essa afirmação. A revisão relata ainda que, de 72 reportagens brasileiras veiculadas na mídia, 35 delas afirmam existir o excesso de prescrições, pois tanto crianças que não possuem TDAH estariam sendo medicadas, quanto casos da doença estariam sendo tratados sem necessidade, diferentemente do preconizado na bula do medicamento²². Destaca-se que nessa revisão não foram encontrados estudos científicos brasileiros sobre a qualidade do diagnóstico, apenas reportagens.

Apesar da polêmica citada, existe uma tendência à ampliação do diagnóstico desde a infância até a fase adulta, e consequente aumento da medicalização desse transtorno. Essa hipótese é corroborada a partir dos dados registrados no SNGPC que mostram também que o aumento no consumo de metilfenidato no País tem comportamento variável, com destaque para redução nos meses de férias e aumento no segundo semestre dos anos estudados⁹.

Com relação à utilização nos estados brasileiros, o Distrito Federal contabilizou o maior consumo de metilfenidato

no triênio de 2009 a 2011, gerando uma estimativa de aumento percentual no consumo médio mensal de 31,4%⁹.

Evidências Científicas

A busca por evidências foi realizada nas bases de dados *Medline* (via Pubmed), *The Cochrane Library* e *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD). Além disso, consultaram-se também os sites das Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde: *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) (ANEXO I).

A busca nas bases de dados foi direcionada para revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos controlados randomizados (ECR) e estudos de ATS. Foram considerados estudos publicados a partir do ano 2000, incluindo crianças e adolescentes (≤ 18 anos) com TDAH, tratados com metilfenidato em comparação a alternativas medicamentosas ou placebo. A seleção foi norteada pelos desfechos de desatenção, hiperatividade, impulsividade, produtividade, comportamento e eventos adversos. Alguns desfechos foram mensurados através da aplicação de questionários validados aos pais e professores. Não foram selecionados os que comparavam o metilfenidato a tratamentos não farmacológicos.

A análise da qualidade dos estudos selecionados foi realizada com base nos parâmetros propostos pelas Diretrizes para elaboração de pareceres técnico-científicos do Ministério da Saúde, conforme o ANEXO II.

Resultados e discussão

Foram incluídos sete estudos, sendo quatro RS com metanálise, um ECR e duas ATS, por serem as melhores evidências para avaliação da eficácia e segurança dos medicamentos. As medidas de efeito de eficácia das RS selecionadas estão apresentadas no ANEXO III. Os resultados foram ordenados segundo tipo de estudo e nível de evidência (revisão sistemática, ensaio clínico randomizado e estudos de ATS, respectivamente).

Schachter *et al.* (2001)²⁷ conduziram uma RS com metanálise de ECR placebo controlados com o intuito de comparar a eficácia e segurança do metilfenidato de curta ação em crianças e adolescentes com déficit de atenção. Foram incluídos 62 estudos envolvendo 2897 participantes com diagnóstico primário de déficit de atenção com ou sem hiperatividade.

A média de idade dos participantes foi de 8,7 anos e 88,1% eram pacientes do sexo masculino. A maioria dos estudos utilizou um desenho *crossover*. A escala de Jadad foi utilizada para avaliação da qualidade metodológica dos estudos. As intervenções duraram, em média, três semanas, e em nenhum deles durou mais de 28 semanas.

O desfecho primário foi o índice de hiperatividade²² (HI), designado como HI-T quando avaliado pelos professores e HI-P, pelos pais.

Além do HI, outros dados secundários relacionados ao déficit de atenção também foram avaliados pelos pais e professores. Os índices foram medidos pela escala *Conners Teacher Rating Scale* (CTRS) e pelo questionário *School Situations Questionnaire* (SSQ). Os dados avaliados foram a hiperatividade, a hiperatividade/impulsividade, a atenção, a falta de atenção, a falta de atenção/hiperatividade, o autocontrole, a agressão, o comportamento opositivo/desafiador, a condução de problemas e a labilidade emocional.

Os professores encontraram diferença para o HI-T. No entanto, os critérios atenção e labilidade emocional não foram diferentes entre os grupos tratados com metilfenidato ou placebo. Para os pais, o metilfenidato apresentou efeito significativo no HI-P. Porém, as estimativas referentes à desatenção, hiperatividade/impulsividade e ao comportamento opositivo-desafiador não foram diferentes. Entretanto, a interpretação dos resultados deve ser feita com cautela, pois os dados para o cálculo do índice dependem da idade

2 O questionário ASQ (Conners' Abbreviated Symptoms Questionnaire) também é conhecido com índice de hiperatividade.

e sexo, e os estudos incluídos na RS consideraram diferentes populações.

Segundo os autores, os estudos selecionados foram considerados de baixa qualidade metodológica. Por isso, a robustez e a validade destes ficaram comprometidas. Tais estudos podem ter superestimado os índices de hiperatividade encontrados. Também foi detectado viés de publicação, ou seja, ausência de eficácia do metilfenidato ou inferioridade em relação ao placebo podem não ter sido publicados.

Não foi possível demonstrar que o efeito de metilfenidato é mantido após quatro semanas, pois poucos estudos (14,5%) incluíram tratamentos desta duração. A escassez de pesquisas em longo prazo é problemática, já que, em contextos clínicos, as crianças recebem metilfenidato por muito mais tempo do que foi observado no conjunto de estudos selecionados.

Quanto à segurança, os participantes que receberam metilfenidato apresentaram uma maior percentagem de eventos adversos. As diferenças foram significantes nos seguintes eventos (relatados pelos pais ou autoavaliados): diminuição do apetite, insônia, tontura, dor de estômago e dor de cabeça, sendo reportados eventos graves nos dois últimos desfechos.

O número necessário para causar prejuízo (NNH)³ também foi apresentado. O metilfenidato tem um perfil de efeitos adversos que requer vigilância e cautela na administração.

Finalmente, assim como os dados de eficácia, não se sabe se esse perfil de segurança de curto prazo persistirá em longo prazo.

A revisão sistemática de Prasad *et al.* (2013)¹⁶, com 43 estudos e 2110 participantes de 5 a 12 anos de idade, avaliou o efeito do uso do metilfenidato, dexamfetamina, formulações mistas com anfetamina e atomoxetina no comportamento dos alunos em sala de aula na execução de tarefas, bem como

no processo de aprendizagem e desenvolvimento escolar das crianças.

Estudos utilizados na avaliação dos efeitos do metilfenidato versus placebo sobre o comportamento dos alunos na execução de tarefas identificaram uma melhora significativa com o uso do medicamento em baixas doses. Para os pacientes que fizeram uso de altas doses de metilfenidato, foi possível observar uma melhora expressiva. O estudo relacionou a melhoria do comportamento na execução de tarefas em função do aumento da dose de metilfenidato. Entretanto, é importante salientar que, para esse desfecho, as metanálises tiveram elevada heterogeneidade, ou seja, há uma grande variabilidade nos resultados dos estudos incluídos na RS.

Na comparação do metilfenidato em altas e baixas doses, observou-se uma pequena melhora do comportamento na execução de tarefas.

Os efeitos do metilfenidato sobre o desenvolvimento escolar foram avaliados em relação à produtividade em sala de aula (porcentagem de atividades finalizadas) ou à precisão das atividades (porcentagem de trabalhos corretamente respondidos). O metilfenidato em baixa dose foi superior ao placebo quanto à produtividade da criança em sala de aula. Dentre as crianças que fizeram uso de altas doses de metilfenidato versus placebo, esse aumento foi um pouco maior.

Em relação à precisão das atividades, não houve diferença entre o uso de baixas doses de metilfenidato e placebo.

Embora estudos descrevam que o uso de doses maiores de metilfenidato esteja relacionado com o aumento significativo da eficiência acadêmica, melhora na conclusão dos trabalhos de sala de aula, aumento da precisão e acurácia do teste de matemática, uma análise estatística desses estudos não encontrou nenhuma diferença entre as doses em relação ao percentual de conclusão das atividades.

As comparações entre o tratamento medicamentoso com metilfenidato e formulações mistas de anfetamina

apresentaram resultados equivalentes em relação à duração da ação e ao tempo necessário para atingir o tempo máximo do fármaco, em medidas de produtividade acadêmica, rigor e comportamento na execução de tarefas.

Apenas seis estudos realizaram comparações entre os efeitos do metilfenidato e da dexamfetamina e entre formulações mistas de anfetamina e dexamfetamina. Dentre eles, quatro não relataram nenhuma diferença entre as formulações dos medicamentos; um mostrou melhora significativa do efeito com a dexamfetamina sobre o metilfenidato em relação à produtividade acadêmica e o outro relatou a diferença apenas no início e na duração da ação do fármaco.

Hanwella *et al.* (2011)¹⁵ realizaram uma RS com metanálise de nove ECR abertos ou duplo-cegos, com um total de 2.762 participantes, comparando a eficácia e a adesão entre metilfenidato e atomoxetina no tratamento de crianças e adolescentes diagnosticadas com TDAH, segundo critério do DSM-IV. A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada por meio da ferramenta *Detsky Quality Scale for Randomized Trials* (Detsky, 1992)⁴. A idade dos participantes variou de 6 a 16 anos, sendo que 77,6% dos pacientes eram do sexo masculino e 47,4% já haviam feito algum tratamento prévio com medicamentos estimulantes para TDAH. O tempo de seguimento dos estudos foi de 3 a 10 semanas e a média de dose do metilfenidato foi de 0,8 mg/kg – 1,12 mg/kg e da atomoxetina foi de 1,25 mg/kg – 1,56 mg/kg.

Os resultados do estudo estão no ANEXO III. A eficácia foi medida pelo *score* da Escala de Avaliação para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (ADHD-RS-IV⁵). Não houve diferença estatisticamente significativa na eficácia entre metilfenidato e atomoxetina.

Foram aferidas também a taxa de resposta e as causas de descontinuação do

⁴ Trata-se de uma escala com critérios de avaliação da qualidade de estudos clínicos randomizados.

⁵ Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV

³ NNH: number needed to harm. Ver Glossário.

tratamento e não houve diferença entre os grupos.

Vale ressaltar que a metanálise apresentou heterogeneidade substancial. A análise de sensibilidade demonstrou que a heterogeneidade estava relacionada aos ensaios clínicos abertos.

Conforme avaliação do *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD) sobre a metanálise de Hanwella *et al.* (2011), os resultados da avaliação da qualidade dos estudos incluídos não foram relatados, tornando a confiabilidade questionável. Portanto, as conclusões dos autores da metanálise exigem cautela devido às limitações da revisão, ao potencial viés de publicação e à informação insuficiente sobre a qualidade dos estudos incluídos.

Punja *et al.* (2013)²⁸ conduziram uma revisão sistemática com metanálise. Os estudos selecionados foram ECR de pacientes com TDAH pediátricos (<18 anos), comparando a forma metilfenidato de ação prolongada (1ª geração e formulação OROS) com a de curta duração (2ª geração). Os 13 estudos selecionados incluíram oito ECR crossover e cinco ECR paralelos, analisando dados de 882 participantes.

A eficácia foi definida como uma melhoria nos sintomas centrais de TDAH (desatenção, impulsividade, hiperatividade) medidos pelos pais e professores por meio de escalas de avaliação. Os desfechos secundários incluíram os eventos adversos.

Para os desfechos desatenção/hiperatividade e desatenção não houve diferença entre as duas formulações nem para os pais, nem para os professores. Para o primeiro desfecho, a heterogeneidade entre os estudos foi elevada.

Da mesma forma, não houve diferença para o sintoma hiperatividade no relato feito pelos pais, nem para hiperatividade/impulsividade relatada pelos professores. Por outro lado, os professores encontraram resultados significativos a favor da forma de curta duração para a hiperatividade e os pais observaram que a forma de ação prolongada melhorou a hiperatividade/impulsividade.

Os estudos tiveram falhas na descrição da alocação dos pacientes, porém a maioria descreveu adequadamente os métodos de cegamento. Dez estudos relataram que foram financiados ou seus investigadores são filiados à indústria farmacêutica.

Estudos de curta duração são particularmente problemáticos em condições crônicas como o TDAH, pois as crianças recebem os medicamentos estimulantes por períodos de tempo mais longos do que o considerado nas pesquisas. Além disso, os resultados desta RS podem ter sido influenciados pela inclusão de vários estudos financiados por empresas farmacêuticas.

Os eventos adversos mais relatados incluíram anorexia, dores de cabeça, dores abdominais e insônia em ambas as formulações. Os pacientes que tomaram o metilfenidato de ação prolongada apresentaram um número total de eventos adversos ligeiramente superior ($n = 578$) quando comparado às formulações de curta duração ($n = 566$).

Mohammadi *et al.* (2012)²⁹ conduziu um ECR duplo-cego, de seis semanas de seguimento, que avaliou o metilfenidato comparado à bupiriona no tratamento de 46 crianças e adolescentes entre 6 e 14 anos de idade com TDAH, segundo critério DSM-IV, e que nunca haviam realizado tratamento prévio para o transtorno. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, e ambos os grupos apresentaram características basais semelhantes.

A média da dose administrada nos grupos bupiriona e metilfenidato foi de 20 a 30 mg/dia (20 mg/dia se peso < 30 kg e 30 mg/dia se peso > 30 kg), respectivamente.

Os desfechos avaliados foram as mudanças no *score* da escala ADHD-RS-IV⁶, feitas pelos pais e professores antes do tratamento, na 3ª semana e ao final da 6ª semana de intervenção, e eventos adversos.

Para os pais, não houve diferença no *score* total entre os grupos antes do

6 Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale - IV.

tratamento. No final da 6ª semana, a diferença foi de $-8,95 \pm 8,73$ e $-15,60 \pm 7,81$ para bupiriona e metilfenidato, respectivamente, o que representa uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,01$).

Para os professores, não houve divergência entre os grupos ($p=0,59$) no início do tratamento. No final da 6ª semana, foi observado benefício do uso do metilfenidato ($-9,80 \pm 7,06$ e $-22,40 \pm 9,90$ para bupiriona e metilfenidato respectivamente; $p=0,001$). Em ambos os grupos, a interação tempo/tratamento foi significativa, indicando que os sintomas da TDAH melhoram ao longo do tratamento.

Foram observados dez eventos adversos moderados e toleráveis durante todo o ensaio. A diferença dos eventos entre os grupos não foi significativa, exceto para a diminuição do apetite ($p=0,03$), dor de cabeça ($p=0,03$) e insônia ($p=0,008$), que foram observados mais vezes no grupo metilfenidato.

O Grupo de Avaliação do NICE (2006)¹⁰ elaborou um estudo em ATS com um total de 64 ECR.

A maioria dos estudos controlados por placebo mostrou que tanto o metilfenidato de curta duração como o de liberação prolongada foram superiores ao placebo na melhoria de um ou mais sintomas centrais da doença. Grande parte dos estudos não indicou diferenças na eficácia quando as formulações de metilfenidato foram comparadas.¹⁰

Em geral, não foram detectadas diferenças na incidência de efeitos adversos entre as apresentações do metilfenidato, com exceção de um estudo em que houve maior incidência de dor de cabeça no grupo que recebeu a formulação de liberação prolongada.¹⁰

Uma comparação direta *crossover* avaliou a dextanfetamina e metilfenidato demonstrando que este foi mais eficaz quando avaliado pela escala dos professores, mas não houve diferença na avaliação dos pais. Este estudo comparou o metilfenidato em uma dose média (0,6 mg/kg/dia), e a dextanfetamina em dose baixa (0,3 mg/kg/dia). Outro

estudo, que comparou metilfenidato, dexanfetamina e cápsulas de cafeína não demonstrou diferenças em relação à eficácia entre metilfenidato e dexanfetamina. Em ambos os estudos, não houve diferença em relação aos efeitos adversos entre dexanfetamina e metilfenidato.¹⁰

Um estudo aberto comparou o metilfenidato de liberação imediata e a atomoxetina em crianças de 7-15 anos que já tinham respondido favoravelmente ao metilfenidato. O tamanho dos grupos foi desigual: enquanto 184 pacientes foram randomizados para atomoxetina, 44 foram alocados no grupo tratado com o metilfenidato. Este estudo não relatou diferença entre os dois medicamentos para hiperatividade, mas a ausência de um grupo placebo pode ter dificultado a interpretação dos resultados.¹⁰

King *et al.* (2006)³⁰ conduziram uma ATS do metilfenidato, dexanfetamina e atomoxetina para o tratamento de TDAH em crianças e adolescentes. Foram incluídos vinte ECR, uma RS e artigos de menor qualidade metodológica.

A maioria dos estudos que avaliaram a eficácia do metilfenidato não informou adequadamente a metodologia de estudo. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados com cautela. Poucas evidências apontam diferenças na eficácia do metilfenidato de curta duração e de liberação prolongada.

Raros estudos fizeram comparações diretas entre os fármacos. Para serem incluídos, estes tinham que ter duração de pelo menos três semanas e tempo mínimo do tratamento escolhido pelos investigadores.

Os estudos compararam o metilfenidato em doses baixas (≤ 15 mg/dia), médias (15-30 mg/dia) ou altas (>30 mg/dia) vs placebo. Os estudos que avaliaram metilfenidato em baixa dose em comparação com placebo demonstraram resultados variáveis para hiperatividade. Não foram encontradas diferenças nos eventos adversos do metilfenidato em doses baixas quando comparado ao placebo. Entre os estudos que avaliaram doses médias,

a maioria demonstrou que o medicamento foi superior ao placebo no que se refere à hiperatividade. Os dois estudos que avaliaram hiperatividade com doses altas demonstraram resultados variáveis, embora haja evidência de que nessas condições os resultados do medicamento sejam melhores. Entre os estudos que compararam doses médias e altas, houve evidência de que o tratamento está associado com alto índice de dor de cabeça, perda do apetite, dor no estômago e insônia quando comparado ao placebo.

Em relação à comparação das formulações de curta duração e liberação prolongada de metilfenidato, os estudos encontrados apresentaram baixa qualidade metodológica e não demonstraram nenhuma diferença para hiperatividade. Quanto aos eventos adversos, um estudo relatou aumento significativo na incidência de dor de cabeça em pacientes do grupo do metilfenidato de liberação prolongada.

Os resultados da comparação entre o metilfenidato (dose média) e a dexanfetamina (<10 mg/dia) foram variáveis. Um estudo relatou que o metilfenidato foi superior às baixas doses de dexanfetamina quando avaliados por professores, mas não quando avaliados pelos pais. Outro estudo não observou diferença entre os dois medicamentos no que se refere à hiperatividade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes no que se refere aos eventos adversos nos dois grupos.

Poucos estudos compararam metilfenidato *vs* atomoxetina. Um deles não demonstrou diferença entre os dois medicamentos quanto à hiperatividade. No entanto, os estudos apresentaram baixa qualidade metodológica. No que se referem aos eventos adversos, os estudos não demonstraram diferenças significativas entre os grupos de tratamentos. Porém, o estudo comparando o metilfenidato liberação prolongada *vs* atomoxetina (doses baixa/média) relatou que os participantes do grupo metilfenidato sofreram maior redução do apetite e insônia do que o grupo atomoxetina. Nenhuma diferença foi detectada na incidência de dor de cabeça ou estômago.

Informações Econômicas

Foi realizada uma busca na literatura por estudos brasileiros de avaliação econômica envolvendo o uso de metilfenidato, e não foi encontrado nenhum estudo concluído.

A Ritalina®, Ritalina® LA e Concerta® não fazem parte da Lista de Medicamentos e Procedimentos no Sistema Único de Saúde, e não constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2012)³¹. Segundo a lista de medicamentos genéricos³² registrados na Anvisa, ainda não foi aprovado medicamento genérico a base de metilfenidato.

Considerando os três medicamentos citados contendo o princípio ativo metilfenidato disponíveis no Brasil, comparou-se, por meio de diferentes cenários de posologia, o custo do tratamento anual do TDHA por paciente. Para os cálculos foram utilizados os preços máximos ao consumidor (PMC), com ICMS de 18%, constantes na Lista de Preços de Medicamentos aprovados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), disponível na página eletrônica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)³³. Considerou-se, ainda, o uso em crianças de 6 anos de idade ou acima, conforme orientação das bulas.

Não existe dose padronizada para o tratamento com o metilfenidato, devendo assim, ser individualizada¹⁷. A posologia pode variar de acordo com o peso, com a resposta clínica apresentada por cada paciente, dentre outros fatores.

Como entre os estudos não há consenso em relação à dose para uso em crianças, neste boletim foram abordados quatro cenários distintos (baixa, média, alta dose e aumento gradativo da dose) com o objetivo de englobar diversas possibilidades de tratamento. Segundo King (2006) é considerada baixa dose quando a administração é ≤ 15 mg/dia, média dose quando entre 15 e 30 mg/dia e alta dose quando ≥ 30 mg/dia. Para os medicamentos Ritalina® e Ritalina® LA foram consideradas as posologias 10 mg/dia, 30 mg/dia e 60 mg/dia como baixa, média e alta dose,

37-04
119

15

respectivamente; já para o Concerta[®], essas posologias foram 18 mg/dia, 36 mg/dia e 54 mg/dia⁴⁰.

No cenário de aumento gradativo, considerando a Ritalina[®], o início do tratamento começa com a administração de 10 mg/dia e a cada primeiro dia do mês são acrescidos 5 mg na dose até o máximo de 60 mg/dia. Para a Ritalina[®] LA, esse acréscimo mensal é de 10 mg. Já para o Concerta[®], a dose inicial do tratamento é de 18 mg/dia tendo acréscimo de 18 mg no primeiro dia a cada 4 meses.

Ao se tratar da Ritalina[®] LA, a administração recomendada é de 1x/dia, pela manhã, com dose inicial de 20 mg, de acordo com a bula, ou de 10 mg quando

a dose inicial prescrita for baixa. Para o paciente que já faz uso da Ritalina[®] e substitui o tratamento para a Ritalina[®] LA, a dose diária permanece a mesma, porém a frequência de administração pode mudar, pois tal medicamento é de liberação prolongada.

O Quadro 01 apresenta o custo anual do tratamento para TDAH para cada medicamento considerando os vários cenários descritos. Como existem diferentes apresentações dos medicamentos com diferentes preços, dentre as possíveis combinações posológicas, foram considerados os menores preços por cenário.

Observa-se uma diferença de preço e de custo de tratamento anual entre os

medicamentos. Os tratamentos com a Ritalina[®] LA e Concerta[®] são mais caros que com a Ritalina[®]. Os primeiros têm duração de ação maior, pois liberam seu princípio ativo mais lentamente, fazendo com que o organismo o absorva aos poucos. Logo, a frequência de administração é menor. A Ritalina[®] possui concentração plasmática máxima obtida, em média, de 1 a 2 horas após a administração, enquanto a Ritalina[®] LA possui biodisponibilidade comparável à Ritalina[®], mas com dois picos distintos de concentração, separados por aproximadamente 4 horas. Já o Concerta[®] tem pico inicial em cerca de 1 a 2 horas, e sua concentração continua a aumentar, ao longo do tempo. A concentração plasmática máxima é atingida em cerca de 6 a 8 horas.

Quadro 01 - Custo anual do tratamento com metilfenidato para TDAH considerando vários cenários distintos.

Ritalina[®]				
	Cenário 1: Baixa dose	Cenário 2: Média dose	Cenário 3: Alta dose	Cenário 4: Aumento gradativo da dose
Posologia	10 mg/dia	30 mg/dia	60 mg/dia	10mg/dia + 5mg a cada 1º dia do mês
Apresentação*	10 mg x 20**	10 mg x 20**	10 mg x 20**	10 mg x 20**
PMC R\$	20,57	20,57	20,57	20,57
Nº de caixas	18,25	54,75	109,5	62,3
Custo do tratamento (R\$)	375,40	1.126,21	2.252,42	1.281,51
Ritalina[®] LA				
	Cenário 1: Baixa dose	Cenário 2: Média dose	Cenário 3: Alta dose	Cenário 4: Aumento gradativo da dose
Posologia	10 mg/dia	30 mg/dia	60 mg/dia	10 mg/dia + 10mg a cada 1º dia do mês
Apresentação *	10 mg x 30	30 mg x 30	40 mg x 30 + 10 mg x 30	10 mg x 30 + 30 mg x 30 + 40 mg x 30
PMC R\$	78,69	220,25	388,61***	-
Nº de caixas	12,17	12,17	36,51****	*****
Custo do tratamento (R\$)	957,65	2.680,44	4.729,38	3.717,74
Concerta[®]				
	Cenário 1: Baixa dose	Cenário 2: Média dose	Cenário 3: Alta dose	Cenário 4: Aumento gradativo da dose
Posologia	18 mg/dia	36 mg/dia	54 mg/dia	18 mg/dia + 18 mg a cada 1º dia de 4 em 4 meses

Apresentação*	18 mg x 30	36 mg x 30	54 mg x 30	18 mg x 30 + 36 mg x 30 + 54 mg x 30
PMC R\$	299,60	407,15	407,18	
Nº de caixas	12,17	12,17	12,17	
Custo do tratamento (R\$)	3.646,13	4.955,02	4.955,38	4.455,72

Notas: *As apresentações aqui consideradas são: Ritalina® - comprimido sulcados em embalagens contendo 20 unidades, Ritalina® LA - cápsula gelatinosa dura com microgrânulos de liberação modificada em embalagens contendo 30 cápsulas de 10, 20 e 40 mg e Concerta® - comprimido de liberação prolongada em embalagem com 30 comprimidos de 18, 36 e 54 mg. Mais apresentações desses medicamentos podem ser encontradas na lista de preços de medicamentos da CMED.

** Todos os cálculos foram feitos considerando caixa de Ritalina com 20 comprimidos, pois o preço é equivalente às embalagens com 60 comprimidos.

*** O preço de R\$ 388,61 foi encontrado a partir da soma do valor de 1 caixa de 40mg e 2 caixas de 10mg.

**** O número de caixas de 36,51 foi encontrado a partir da soma de 12,17 caixas de 40mg por ano e 24,34 caixas de 10 mg por ano.

***** Cálculos baseados na combinação de caixas com os menores preços.

***** Como o comprimido não pode ser partido, os cálculos foram feitos a partir da posologia adequada.

Conclusão

O metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central (SNC), que age bloqueando a recaptação de catecolaminas e aumentando o nível de produção de neurotransmissores fundamentais para a memória, a atenção e a regulação de humor. Seu principal emprego se faz no âmbito educacional para o tratamento de crianças com TDAH, no intuito de diminuir a inquietação motora e aumentar a concentração.

As evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização. Além disso, a heterogeneidade entre os estudos foi um dos problemas mais frequentes nas revisões sistemáticas selecionadas.

Os desfechos de eficácia, avaliados por instrumentos e critérios diagnósticos variados, apresentaram resultados heterogêneos que, em geral, não demonstraram benefício clínico superior em comparação com alternativas farmacológicas ou com apresentações e doses diferentes do metilfenidato, principalmente para o desfecho de hiperatividade.

Com relação ao perfil de segurança do medicamento, os estudos demonstra-

ram que alguns dos eventos adversos mais comuns foram: supressão do apetite, aumento do estado de vigília e de euforia, insônia, cefaleia, dor de estômago e tonturas.

É necessário fazer um balanço entre benefício e risco antes de se iniciar a administração do metilfenidato, principalmente quando o tratamento for de longo prazo.

Alternativas terapêuticas, como intervenções sociais, psicológicas e comportamentais para terapia do TDAH, que não foram avaliadas neste boletim, devem ser consideradas. Neste sentido, recomenda-se o uso do metilfenidato em casos estritamente necessários e avaliar também, a concomitância do seu uso com tratamento psicológico ou comportamental.

Atualmente, há um consumo crescente do medicamento no país, que ainda não é comercializado, no mercado nacional, como similar ou genérico. Há evidências de que crianças que não possuem TDAH estariam sendo medicadas e casos da doença sendo tratados sem necessidade. O diagnóstico deste transtorno é dimensional, pois envolve padrões típicos de comportamento da faixa etária e os apresentados pelos indivíduos. Ademais, os sintomas do

transtorno podem ser encontrados no comportamento dos indivíduos com desenvolvimento típico.

Por todas essas questões e, considerando seu alto potencial de abuso e dependência, torna-se premente a adoção de debates que abordem a atual problemática do consumo indevido do metilfenidato, alertando a população para o mau uso, os efeitos adversos e as consequências jurídicas.

Abstract

The number of individuals diagnosed with ADHD has increased in recent years. Prevalence of this disorder in Brazil range widely, from 0.9% to 26.8% among children and adolescents. The treatment is complex and includes social, psychological, behavioral and, in some cases, pharmacological intervention with methylphenidate. Methylphenidate is a stimulant agent of the central nervous system indicated as an adjunct to psychological, educational and social interventions in the treatment of hyperactivity disorders. The increased consumption of this medicine, including through non-prescribed ways, and its high potential for abuse and dependence demands secure information, besides its rational and cautious use. The aim

37-04
120
25

of this study is to evaluate the best available scientific evidence about the efficacy and safety of methylphenidate, compared to other pharmacological alternatives or placebo in the treatment of ADHD. To achieve it, a systematic research was conducted looking for randomized clinical trials (RCTs) or RCTs Systematic Reviews (SR) with and without meta-analysis. Health technology assessments (HTA) studies were also searched. Inclusion criteria were placebo or pharmacological intervention as comparators, and children or adolescents as population. Then, one RCT, four SR and two HTA were selected demonstrating the efficacy and safety of methylphenidate compared to placebo, atomoxetine, bupirone, dexamphetamine and dose or different presentations of methylphenidate. In general, the primary studies showed poor methodological quality, short period of monitoring and low generalization. As expected, methylphenidate was superior to placebo in the hyperactivity index detected by parents and teachers, behavior in task performance, classroom productivity, and precision in activities. Methylphenidate low dose was superior to high dose in improving behavior in task performance, but no difference was observed for classroom productivity. Results show no difference between long and short acting methylphenidate presentations in inattention, hyperactivity or impulsivity reported by teachers or parents. Methylphenidate had improved responses to treatment and causes less discontinuation compared to atomoxetine. The benefits of methylphenidate over dexamphetamine are inconclusive. Compared to bupirone, methylphenidate showed to be more effective in reducing ADHD symptoms. Regarding to safety, anorexia, insomnia, migraine, stomachache and dizziness were often associated with methylphenidate. Although not presented here, the efficacy of methylphenidate

compared or linked to non-pharmacological interventions is interesting to health services. Finally, due to methodological limitations of the studies, the results presented in this bulletin should be taken with caution. It is necessary to correctly diagnose and find a balance between benefits and risks before starting the administration of methylphenidate in children and adolescents, especially in long-term treatments.

Resumen

El número de individuos con diagnóstico de TDAH ha crecido en los últimos años. Estimativas de la prevalencia de esa enfermedad en Brasil oscilan de 0,9% hasta 26,8% entre los niños y adolescentes. El tratamiento es complejo, incluyendo intervenciones sociales, psicológicas, conductuales y en algunos casos intervención farmacológica con metilfenidato. Metilfenidato es un agente estimulante del sistema nervioso central indicado como complemento a las intervenciones psicológicas, educativas y sociales en el tratamiento de los trastornos de hiperactividad. Debido al mayor consumo de este medicamento, incluyendo el uso sin prescripción médica, y su alto potencial de abuso y dependencia, es necesario proveer información segura y promover el uso racional. El objetivo de este estudio es evaluar la mejor evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad del uso de metilfenidato en comparación con otras alternativas farmacológicas o placebo para el tratamiento del TDAH. Para lograrlo, fue realizada investigación sistemática buscándose por ensayos clínicos aleatorios (ECA) o revisiones sistemáticas (RS) de ECA con y sin el metanálisis. También fueron consultados estudios de evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS). Los criterios de inclusión fueron: placebo o intervención farmacológica como comparadores y los niños o adolescentes como población. Como resultado

de la búsqueda, fueron seleccionados un ECA, cuatro RS y dos ETS que demostraron eficacia y seguridad de metilfenidato en comparación con el placebo, la atomoxetina, bupirone, dexamfetamina y dosis o diferentes presentaciones de metilfenidato. En general, los estudios primarios mostraron baja calidad metodológica, unas pocas semanas de vigilancia y baja generalización. Como era de esperarse, metilfenidato fue superior al placebo en el índice de hiperactividad detectado por los padres y profesores, el comportamiento en la ejecución de tareas, la productividad en el clase y en la precisión de las actividades. Dosis bajas de metilfenidato fueron superior a la alta dosis en la mejora del comportamiento en la ejecución de tareas, pero no se observaron diferencias de productividad en el clase. Resultados no mostraron diferencias entre las presentaciones de largo y corto actuaciones de metilfenidato en la falta de atención, hiperactividad o impulsividad reportados por los maestros o los padres. Las tasas de respuesta al tratamiento y abandono fueron mejores en comparación con la atomoxetina. Los beneficios de metilfenidato comparados con dexamfetamina no son concluyentes. En comparación con bupirone, metilfenidato demostró ser más eficaz en la reducción de los síntomas del TDAH. Refiriéndose a la seguridad, anorexia, insomnio, cefaleas, mareos y dolor de estómago a menudo fueron asociadas con metilfenidato. Se puede concluir que la eficacia del metilfenidato comparada o vinculada a intervenciones no-farmacológicas, aunque no la ha evaluado, es de interés para los servicios de salud. Debido a las limitaciones metodológicas de los estudios, la evaluación del efecto del metilfenidato para el TDAH debe ser cautelosa. Es necesario diagnosticar correctamente y encontrar un equilibrio entre riesgos y beneficios antes del inicio de la medicación de metilfenidato en niños y adolescentes, especialmente cuando el tratamiento es a largo plazo.

Referências

- 1 Descritores em Ciências da Saúde (Decs). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acessado em: 28 de outubro de 2013.
- 2 Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Disponível em <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/tratamento.html>. Acesso em 05 de novembro de 2013.
- 3 Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Disponível em http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f90_f98.htm#F90. Consulta em 30/09/2013. CID
- 4 Sítio do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php?busca=tdah>. Consulta em 30/09/2013. DSM-IV
- 5 FS Brzozowski e S Caponi, 2009. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados.
- 6 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Collaborating Centre for Mental Health. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Sep. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/QS39/>. Acessado em: 28 de outubro de 2013.
- 7 Dobie C, Donald WB, Hanson M, Heim C, Huxsahl J, Karasov R, Kippes C, Neumann A, Spinner P, Staples T, Steiner L, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Mar. 79 p. Disponível em <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=36812&search=Attention+deficit+disorder+with+hyperactivity+and+attention+deficit+hyperactivity+disorder>. Acessado em: 28 de outubro de 2013.
- 8 The New England Comparative Effectiveness Public Advisory Council (CEPAC). An Action Guide for ADHD: Next Steps for Patients, Clinicians, and Insurers. August 2012. Disponível em http://www.idaamerica.org/about/ld/resources/pubs/1208_adhd-action-guide-NECEPAC-2012.pdf. Acessado em: 28 de outubro de 2013.
- 9 Brasil. Anvisa. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Boletim de Farmacoepidemiologia. Ano 2, nº 2; jul./dez. de 2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4038b004e996487ada1af8a610f4177/boletim_sngpc_2_2012+corrigido+2.pdf?MOD=AJPERES. Acessado em: 28 de outubro de 2013.
- 10 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. 2006. Disponível em www.nice.org.uk/TA098. Acesso em 30 de outubro de 2013.
- 11 American Academy of Pediatrics. Implementing the Key Action Statements: An Algorithm and Explanation for Process of Care for the Evaluation, Diagnosis, Treatment, and Monitoring of ADHD in Children and Adolescents. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html>. Acesso em 30 de outubro de 2013.
- 12 Storebo O J; Gluud C; Winkel P; Simonsen E. Social-Skills and Parental Training plus Standard Treatment versus Standard Treatment for Children with ADHA – The Randomised SOSTRA Trial. PLoS ONE 7(6): e37280. Doi:10.1371/journal.pone.0037280.
- 13 Sweetman S, ed. Martindale: The Complete Drug Reference. [Internet database]. London: Pharmaceutical Press. Electronic version, Greenwood Village, Colo: Thomson Healthcare. Updated periodically
- 14 Freese L, Signor L, Machado C, Ferigolo M, Barros HMT. Non-medical use of methylphenidate: a review. Trends Psychiatry Psychother. 2012. 34(2):110-115.
- 15 Hanwella R, Senanayake M, de Silva V. Comparative efficacy and acceptability of methylphenidate and atomoxetine in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2011 Nov 10;11:176. doi: 10.1186/1471-244X-11-176.
- 16 Prasad V, Brogan E, Mulvaney C, Grainge M, Stanton W, Sayal K. How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behavior and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013 Apr;22(4):203-16. doi: 10.1007/s00787-012-0346-x. Epub 2012 Nov 21.
- 17 DRUGDEX® System [Internet database]. Greenwood Village, Colo: Thomson Healthcare. Updated periodically.
- 18 Bula do medicamento Ritalina®, produzida pela Novartis. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B26162-1->>. Acesso em 01/11/2013. Bula do medicamento Ritalina® LA, produzida pela Novartis. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B26162-1->>. Acesso em 01/11/2013.
- 19 Osakiderza. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): ¿Infra o sobrediagnosticado? ¿Infra o sobremedicalizado? Una reflexión. Información Farmacoterapéutica de la Comarca – Infac. 2013. v. 21 (5). Disponível em: http://www.psicologiaenmadrid.es/wp-content/uploads/INFAC_vol_21_n_5_TDAH.pdf. Acesso em 18.10.2013.
- 20 BRASIL. Lei no 11343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários

37-04

121

45

e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

21 Finger G, da Silva ER, Falavigna A. Use of methylphenidate among medical students: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras.* 2013 May-Jun;59(3):285-9. doi:10.1016/j.ramb.2012.10.007. Epub 2013 May 13.

22 Itaborahy C, Ortega F. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicação. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013. 18(3):803-816.

23 Ortega F, Barros D, Caliman L, Itaborahy C, Junqueira L, Ferreira CP. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2010. v.14(34):499-510.

24 CESAR, Eduardo Luiz Da Rocha *et al.* Uso prescrito de cloridrato de metilfenidato e correlatos entre estudantes universitários brasileiros. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2012, vol.39, n.6, pp. 183-188. ISSN 0101-6083.

25. Fayyad J, de Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, et al: Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007, 190:402-409.

26 Matto P, Rphde LA, Polanczyk GV. O TDAH é subtratado no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012. 34:513-516.

27 Schachter HM, Pham B, King J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 2001 Nov 27;165(11):1475-88.

28 Punja S, Zorzela L, Hartling L, Urichuk L and Vohra S. Long-acting versus short-acting methylphenidate for paediatric ADHD: a systematic review and meta-analysis of comparative efficacy. *Centre for Reviews and Dissemination.* 2013, e002312.

29 Mohammadi MR, Hafezi P, Galeiha A, Hajiaghache R, Akhondzadeh S. Bupirone versus methylphenidate in the treatment of children with attention- deficit/ hyperactivity disorder: randomized double-blind study. *Acta Med Iran.* 2012 Nov;50(11):723-8.

30 King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, Golder S, Taylor E, Drummond M, Riemsma R. A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine

and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Health Technol Assess.* 2006 Jul;10(23):iii-iv, xiii-146.

31 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2012 (Brasil). [acesso em 22 de outubro de 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/renome_anexos_versao_08_08_2013.pdf

32 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil) [homepage na internet]. Lista de medicamentos genéricos registrados na Anvisa. [acesso em 22 de outubro de 2013]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8ca559804e5f54a09761dfd762e8a5ec/Registrados_por_ordem_alfabetica_DCB.pdf?MOD=AJPERES

33 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil) [home page na internet]. Lista de Preços de Medicamentos. [acesso em 22 de outubro de 2013]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/55d9e8041151a71ad7eaf0ea338d2ac/LISTA+CONFORMIDADE_2013-09-11.pdf?MOD=AJPERES

Glossário

Declaração de Conflitos de Interesse

Em Destaque

Formação de Recursos Humanos em Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS**Parcerias Decit/SCTIE/MS - REBRATS - PROADI-SUS**

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE), constituiu a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) (Portaria nº 2.915 de 12 de dezembro de 2011) com o objetivo de implantar e assegurar infraestrutura básica para o desenvolvimento da ATS no Brasil.

A REBRATS é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País, voltada à geração e à síntese de evidências científicas no campo da ATS no Brasil e no âmbito internacional.

A Rede possui seis grupos de trabalho, sendo que um deles - o Grupo de Trabalho de Formação Profissional e Educação Continuada - é voltado, exclusivamente, para o tema da edu-

cação e capacitação em ATS com planejamento das respectivas atividades no âmbito da rede.

Paralelamente, o Ministério da Saúde possui uma ação dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com seis hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida, denominados Hospitais de Excelência - o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Esse programa reflete o comprometimento do Ministério com a melhoria da qualidade das condições de saúde da população brasileira, mediante transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o sistema, além de forte contribuição na formação e qualificação de recursos humanos para a Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Com o incentivo governamental e as parcerias firmadas para a execução de capacitações para profissionais de saúde e docentes da área de ATS, foram desenvolvidos, em 2013, cursos de curta e longa duração com a finalidade de disseminar o conhecimento em torno da Avaliação de Tecnologias em

Saúde, com o total de 2.225 alunos capacitados.

Destacam-se as oficinas para elaboração de parecer técnico científico (com 156 participantes) e de Avaliação de Equipamentos Médicos-Assistenciais (16 capacitados), capacitação em revisão sistemática (28), e os cursos de longa duração realizados com recursos do PROADI-SUS: Capacitação em Saúde Baseada em Evidência (1809 capacitados), MBA Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde (31 participantes), Curso básico de ATS para Gestores do SUS (185) e Mestrado profissional em Tecnologia e Inovação em Saúde (em curso).

Em 2014, além das novas turmas para os cursos já existentes, está sendo programado, por meio do PROADI-SUS, no âmbito da SCTIE/MS, o curso de capacitação para Tomadas de Decisões em Direito à Saúde Baseada em Evidências, promovido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês.

Acompanhe a divulgação dos cursos de capacitação no portal da REBRATS - www.saude.gov.br/rebrats - e participe.

Expediente

Redação

Aline Silveira Silva¹
Betânia Ferreira Leite¹
Gabriela Vilela de Brito¹
Júlia Souza Vidal¹
Kathiaja Miranda Souza¹
Marina Gonçalves de Freitas¹
Nashira Campos Vieira¹
Roberta Moreira Wichmann¹

Coordenação

Cíntia Maria Gava²
Misani Akiko Kanamota Ronchini²

Núcleo Editorial

Gabrielle C. B.C. e Cysne Troncoso
Clarice Alegre Petramale
Maria Eugênia Carvalhaes Cury
Roberta Moreira Wichmann

Conselho Consultivo

Afrânio Lineu Kritski
Alexandre Lemgruber Portugal d'Oliveira
Andrès Pichon-Riviere
Bernardo Rangel Tura
Carlos José Coelho de Andrade
Cid Manso de Mello Vianna

Cláudia Garcia Serpa Osório
Everton Nunes Silva
Giácomo Balbinotto Neto
Hillegonda Maria Dutilh Novaes
Lenita Wannmacher
Luis Guilherme Costa Lyra
Margareth Crisóstomo Portela
Marisa da Silva Santos
Maria Eduarda Puga
Otávio Berwanger
Rosimary Terezinha de Almeida
Sebastião Loureiro
Suzana Alves
Thais Queluz

Projeto gráfico e diagramação

Assessoria de Comunicação, Cerimonial e Eventos - ASCEC

¹ATS/DECIT/SCTIE/MS

²GERAE/NUREM/Anvisa

Envie sugestões de temas, críticas e questionamentos sobre o BRATS para o e-mail: brats@anvisa.gov.br

Conheçam os estudos da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Acesse www.saude.gov.br/rebrats

ANEXO I

Estratégia de busca atualizada em agosto de 2013

Base	Termos	Resultados	Estudos Selecionados
Medline (via Pubmed)	((“Child”[Mesh]) AND “Attention Deficit Disorder with Hyperactivity”[Mesh]) AND “Methylphenidate”[Mesh] Filters: Systematic Reviews	61	3
	Methylphenidate AND children AND attention-deficit disorder. Filters activated: Systematic Reviews, Randomized Controlled Trial, Publication date from 2005/01/01 to 2013/12/31.	297	1
	(“Attention Deficit Disorder with Hyperactivity”[Mesh]) AND “Methylphenidate”[Mesh]. Filters activated: Randomized Controlled Trial. Publication date from 01/01/2012 to 31/12/2013.	31	1
The Cochrane Library	Attention Deficit Disorder AND Methylphenidate. “Cochrane Reviews” and “Other Reviews”.	29	1
CRD	Attention Deficit Disorder AND Methylphenidate.	7	0
NICE	Attention Deficit Disorder AND Methylphenidate.	31	1
CADTH	Attention Deficit Disorder AND Methylphenidate.	53	0

Nota: Elaboração própria.

ANEXO II

Avaliação da qualidade das RS selecionadas:

	Prasad, 2013	Punja, 2013	Hanwella, 2011	Schachner, 2001
A revisão se baseou numa pergunta estruturada, explícita e sensível?	Sim	Sim	Sim	Sim
A busca por estudos relevantes foi detalhada e completa?	Sim	Não	Não	Sim
Os estudos primários apresentavam qualidade metodológica adequada para a pergunta?	Não	Não	Não	Não
A avaliação dos estudos incluídos pode ser reproduzida?	Não	Sim	Sim	Sim
Os resultados foram semelhantes de estudo para estudo?	Não	Não	Não	Parcialmente
O estudo apresentou estimativa de precisão para os efeitos do tratamento?	Sim	Sim	Sim	Sim
O desfecho apresentado pelo estudo é relevante clinicamente?	Sim	Sim	Sim	Sim
Os potenciais conflitos de interesse foram declarados?	Sim	Sim	Sim	Não

Nota: De acordo com as Diretrizes para elaboração de pareceres técnico-científicos do Ministério da Saúde. Disponível em: http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/diretrizes_PTC_medicao.pdf

Avaliação da qualidade do ensaio clínico selecionado:

Parâmetros	Mohammad, 2012
O estudo foi randomizado?	Sim
A alocação dos pacientes nos grupos foi sigilosa?	Sim
Os pacientes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados (a análise foi por intenção de tratar)?	Sim
Os pacientes dos dois grupos eram semelhantes com relação a fatores de prognóstico previamente conhecidos?	Não está claro
O estudo foi cego?	Sim
Fora a intervenção experimental, os grupos foram tratados igualmente?	Sim
As perdas foram significativas?	Não
O estudo apresentou estimativa de precisão para os efeitos do tratamento?	Não
Os pacientes do estudo são semelhantes aos de interesse?	Sim
Os desfechos apresentados pelo estudo são relevantes clinicamente?	Sim
Os potenciais conflitos de interesse foram declarados?	Não

Nota: De acordo com as Diretrizes para elaboração de pareceres técnico-científicos do Ministério da Saúde. Disponível em: http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/diretrizes_PTC_medicao.pdf

ANEXO III

Resultado dos desfechos de eficácia das RS selecionadas.

Estudo	Comparação	Controle	Desfecho	Efeito
Schachter, 2001	Metilfenidato curta duração	Placebo	HI-T	0,78 (IC95% 0,64 a 0,91)
			HI-P	0,54 (IC95% 0,40 a 0,67)
Prasad, 2013	Metilfenidato em baixa dose*	Placebo	Comportamento na execução de tarefas	9,72 (IC95% 5,69 a 13,76)
	Metilfenidato em alta dose**	Placebo		14,04 (IC95% 8,63 a 19,44)
	Metilfenidato em baixa dose	Metilfenidato em alta dose		2,96 (IC95% 1,34 a 4,59)
	Metilfenidato em baixa dose	Placebo	Produtividade em sala de aula	11,76 (IC95% 9,63 a 13,90)
	Metilfenidato em alta dose	Placebo		14,40 (IC95% 10,91 a 17,90)
	Metilfenidato em baixa dose	Metilfenidato em alta dose		2,04 (IC95% -2,43 a 6,50)
	Metilfenidato em baixa dose	Placebo	Precisão das atividades	1,66 (IC95% -0,12 a 3,43)
Hanwella, 2011	Metilfenidato***	Atomoxetina	Score da escala ADHD-RS-IV	SMD 0,09 (IC95% -0,08 a 0,26)
			Taxa de resposta ao tratamento	RR = 0,93 (IC95% 0,76 a 1,14)
			Causas de descontinuação do tratamento	RR = 1,22 (IC95% 0,87 a 1,71)
Punja, 2013	Metilfenidato de ação prolongada	Metilfenidato de curta duração	Desatenção/hiperatividade (relato dos professores)	SMD = -0,04 (IC95% -0,31 a 0,23)
			Desatenção/hiperatividade (relato dos pais)	Dados não apresentados
			Desatenção (relato dos professores)	SMD = 0,07 (IC95% -0,11 a 0,24)
			Desatenção (relato dos pais)	SMD = -0,12 (IC95% -0,31 a 0,06)
			Hiperatividade (relato dos professores)	SMD = 0,29 (IC95% 0,05 a 0,52)
			Hiperatividade (relato dos pais)	SMD = -0,01 (IC95% -0,28 a 0,25)
			Hiperatividade/impulsividade (relato dos professores)	SMD = 0,00 (IC95% -0,24 a 0,24)
			Hiperatividade/impulsividade (relato dos pais)	SMD = -0,31 (IC95% -0,51 a -0,08)

*baixa dose = 0,3 mg/Kg ou 10 mg dose fixa

**alta dose = 0,6 mg/kg ou 17,5 - 20 mg dose fixa

***dose 0,8 mg/kg - 1,1 mg/kg

SMD = desvio padrão da média

GLOSSÁRIO

Abuso: caracterizado como uma desordem mental na qual a ingestão da substância induz uma disfunção significativa na vida do usuário¹.

Drogadição: transtorno relacionado ao abuso de substâncias, efeitos colaterais de uma medicação, exposição a toxinas. São sinônimos: abuso de substâncias, toxicomania, transtornos por uso de drogas, uso indevido de drogas².

Dependência: uso cotidiano e prolongado de substâncias trazendo importantes mudanças no organismo, o qual passa a se adaptar à substância em uso³.

Estudo crossover: Estudos comparando dois ou mais tratamentos ou intervenções nos quais os sujeitos ou pacientes, após terminado o curso de um tratamento, são ligados a outro. No caso de dois tratamentos, A e B, metade dos sujeitos são randomicamente alocados para recebê-los pelo método A, B e metade para recebê-los pelo método

B, A. Uma crítica deste desenho experimental é que os efeitos do primeiro tratamento podem ser transportados para o período quando o segundo é executado.²

Tolerância: ato de tolerar; resistência; capacidade de resistir ao uso continuado ou a doses aumentadas de determinado medicamento³.

Área sob a curva: medida estatística utilizada com frequência em farmacologia clínica onde a ASC dos níveis de soro pode ser interpretada como a captação total do que quer que tenha sido administrado. Como um gráfico da concentração de uma droga em oposição ao tempo, após uma única dose de medicamento, produzindo uma curva padrão, é uma medida comparativa da biodisponibilidade da mesma droga feita por diferentes companhias¹.

Labilidade emocional: ou instabilidade afetiva, é um estado especial em que se produz a mudança rápida e imotivada do humor ou estado de ânimo,

sempre acompanhada de extraordinária intensidade afetiva⁴.

NNT: (number needed to treat) Essa medida representa o número de pacientes que necessitam de tratamento para prevenção de mais um prognóstico ruim, isto é, prevenir-se um evento indesejado (ex: morte, recaída). É o inverso de "redução do risco absoluto". É influenciado pela frequência do evento que se está avaliando^{2,5}.

NNH: Semelhante ao NNT, o NNH (number needed to harm) indica o número necessário para produzir dano ou evento(s) adverso(s)⁵. Logo, evidencia o número de pessoas que se esperaria tratar para observar um evento ruim em uma única pessoa. Tal ótica é importante quando se considera que alguns tratamentos podem aumentar consideravelmente a chance de obter-se um benefício, mas, por outro lado, podem também majorar as chances de resultar um malefício. Números negativos indicam que a condição controle é mais susceptível a prejuízos que o tratamento⁶.

Referências do Glossário:

- 01 Sítio do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM.IV). Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php?busca=tdah>. Consulta em 30/09/2013. DSM.IV.
- 02 Descritores em Ciências da Saúde (Decs). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acessado em: 28 de outubro de 2013.
- 03 Dicionário Médico. Disponível em <http://www.dicionariomedico.com/>. Acesso em 23.10.2013.
- 04 Dicionário PsiquWeb. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimp.aspx?area=ES/VerDicionario&idZDicionario=411>. Acesso em 07/11/13.
- 05 Coutinho, Evandro Silva Freire e Cunha, Geraldo Marcelo da. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. Rev. Bras. Psiquiatr., Jun 2005, vol.27, no.2, p.146-151. ISSN 1516-4446.
- 06 Moore, A. What is na NNT? What is...? series: Statistics. Hayward Group Ltd. Second edition. April 2009. Disponível em: www.whatisseries.co.uk.

Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS):
Metilfenidato (Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta®) no tratamento
de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

	Equipe responsável pela redação do reexo	Aline Silveira Silva	Betânia Ferreira Leite	Gabriela Vilela de Brito	Júlia Souza Vidal	Kathiaja Miranda Souza	Nashira Campos Vieira	Roberta Moreira Wichmann
1 – Nos últimos cinco anos você recebeu os suportes financeiros, abaixo listados, de alguma instituição ou organização que possa, de alguma forma, se beneficiar ou ser financeiramente prejudicada pelo conteúdo do BRATS?								
a) Reembolso por comparecimento a simpósio?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
b) Honorários por apresentação, conferência ou palestra?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
c) Honorários para organizar atividade de ensino?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
d) Financiamento para realização de pesquisa?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
e) Recursos ou apoio financeiro para membro da equipe?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
f) Honorários para consultoria?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
2 - Durante os últimos cinco anos você prestou serviços a uma instituição ou organização que possa de alguma forma se beneficiar ou ser financeiramente prejudicada pelo conteúdo do BRATS?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
3 - Você possui apólices ou ações em uma instituição que possa de alguma forma se beneficiar ou ser financeiramente prejudicada pelo conteúdo do BRATS?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
4 - Você atuou como perito judicial sobre o assunto do BRATS?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
5 - Você tem algum interesse financeiro conflitante?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
6 - Você possui um relacionamento íntimo ou uma forte antipatia por uma pessoa cujos interesses possam ser afetados pelo conteúdo do BRATS?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
7 - Você possui uma ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados pelo conteúdo do BRATS?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
9 - Você possui profunda convicção pessoal ou religiosa que pode comprometer o que você irá escrever e que deveria ser do conhecimento dos tomadores de decisão na aplicabilidade do conteúdo do BRATS?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não
10 - Você participa de partido político, organização não-governamental ou outro grupo de interesse que possa influenciar o conteúdo do BRATS?	Não		Não	Não	Não	Não	Não	Não

³ Adaptado de modelo disponível em www.pqbr.uepb.br/revistas/revista01/revista010608/revista010608.htm, acessado em 12/06/2012.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

**Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade**

Anexo 9

Notas Taquigráficas

Segue juntado, nesta data, documento(s)
e papel de informação rubricado sob folha(s)
nº 126 a 150. em 03 / 10 / 17


Inácio Veiga
RE. 11.132-SGP/12



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

FL. Nº 126
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº 37 - 04/2015
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF

Inácio Veiga
RF. 11.132

SUBCOMISSÃO DE MEDICALIZAÇÃO – COMISSÃO DE SAÚDE

PRESIDENTE: ANIBAL DE FREITAS

REUNIÃO

LOCAL: CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

DATA: 19 DE NOVEMBRO DE 2015

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Exibição de imagens
- Documento lido a ser encaixado pela Secretaria da Comissão

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Prezados amigos, quero cumprimentá-los e agradecer a presença de todos neste evento, a primeira reunião desta Subcomissão da Medicalização.

Presidindo, nos termos do artigo 43, do Regimento Interno, declaro abertos os trabalhos da 1ª reunião ordinária, da Subcomissão da Medicalização, tendo como pauta a apresentação e consideração sobre o tema, analisar e formar críticas ao processo de medicalização da vida cotidiana, no campo da educação e da sociedade.

Informo que esta reunião está sendo transmitida através do portal da Câmara Municipal de São Paulo, no endereço www.camara.sp.gov.br, link Auditórios On-Line.

Comunico a presença do querido Vereador atuante, médico, Gilberto Natalini, que faz parte desta Subcomissão. Como o Vereador tem compromisso em outra comissão... Como falei ontem, a Comissão de Saúde é muito atuante. Hoje, os membros estão visitando alguns setores, prédios municipais de saúde, outros tratando também sobre saúde. É brincadeira. Estou muito orgulhoso de fazer parte desta Comissão, que temos como presidente o Vereador Rubens Calvo.

Peço ao nobre Vereador que faça as primeiras considerações. Por favor.

O SR. NATALINI - Obrigado, Presidente Vereador Aníbal.

Quero cumprimentar a todos, os representantes, na pessoa do Padre Mildner, que representa o Cardeal D. Odilo Scherer, aqui entre nós. Há vários dirigentes de conselho, lideranças, enfim.

Quero parabenizar V.Exa. pela proposta que fez na Comissão de Saúde, para criar esta Subcomissão. Estava passando da hora de a Câmara Municipal se debruçar sobre esse assunto.

A medicalização, o abuso da medicalização no Brasil e em São Paulo é um assunto muito grave. Eu sei que senhor pautou o tema por um assunto particular específico, mas é grande o uso de remédio pelos brasileiros, sem necessidade.

Inácio Veiga
RF 11.132

Hoje mesmo está nos jornais que o uso de antidepressivo no Brasil aumentou 11% nos últimos anos. A crise econômica aprofunda e as pessoas afundam junto, vão no comprimido, no remédio, para tentar resolver um problema que é da economia e da política.

Eu quero dizer que é muito importante. Vim a seu convite. Participo de oito comissões na Câmara. Não tenho tempo nem para ir ao banheiro, só de vez em quando, mas eu quis vir porque é um assunto que me diz respeito.

Sou médico em exercício da profissão, tenho meu consultório, meu voluntariado há 40 anos, prescrevo para os pacientes, mas com muita parcimônia.

Às vezes o doente briga comigo porque me nego a dar remédio e, às vezes é mais fácil receitar qualquer vidrinho para ele e não brigar, do que explicar toda a missa de que aquilo não é necessário. Eu prefiro explicar a missa. Tenho essa conduta.

Além disso, eu uso muito fitoterápico, muito. Acredito em fitoterápico e uso muito na minha clínica do dia a dia. Porque o abuso de medicamento tradicional no Brasil é muito grande, assim como a automedicação.

Os médicos, como às vezes não têm uma formação boa e fazem a coisa malfeita, prescrevem, muitas vezes, sem necessidade.

A Subcomissão procede, Vereador Aníbal, vou fazer parte dela. Ficará o Ivan que me representará. Sei que a discussão vai ser boa, porque há pessoas presentes de alta qualidade. Está o Zé e outras pessoas que eu conheço, são pessoas de alta capacidade, vai ser muito bom, mas vou ter de ir para a Comissão do Idoso para dar quórum e abrir a reunião da qual sou membro também e às 13h30 tenho de estar lá também.

Para concluir minha participação nesse primeiro dia, os outros, estamos alterando a data para quarta-feira, acredito que não coincide com nada, posso vir.

Encerrando, quero convidar a todos, para o dia 27, das 15 às 18hs. nas escadarias da Praça da Sé, vamos fazer um ato, uma panfletagem, um corpo a corpo com a população, com material para alertar sob a questão do mosquito Aedes Aegypti, da dengue e das outras

doenças. O padre está prometendo para nós, padre quando promete não pode furar, porque perde um pouco a moral na praça. Está prometendo levar um grupo de pessoas. O nobre Vereador Aníbal, está dizendo que vai levar, nós vamos levar, pode ser que lá tenha 100, 150 pessoas para abordar os paulistanos e levantar essa especulação do mosquito que está ganhando a guerra. Aqui está o conselho dos fonoaudiologias. Esteve presente na nossa reunião de segunda-feira, o Sr. Donine, que representa o fórum dos conselhos, ele é da área de Veterinária e também a Psicologia.

Eu vou ter de me retirar.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Antes de V. Exa. se retirar temos de votar um requerimento, 8/15. Como é de minha autoria, peço ao nobre Vereador que leia o requerimento para colocarmos em votação.

- É lido o seguinte: (requerimento 8/15...)

Inácio Velga
RF. 11.132

- Assume a presidência o Sr. Natalini.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) - A votos o requerimento. Os Srs. Vereadores favoráveis permaneçam como estão. (Pausa) Aprovado.

- Assume a presidência o Sr. Aníbal de Freitas.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Para compor a mesa, convido os Srs. Padre João Inácio, da Arquidiocese de São Paulo; Cibele Siqueira, do Conselho Regional de Fonoaudiologia; Rui Orehama e José Rubens de Alcântara Bonfim, palestrantes.

Tudo isso começou quando recebemos alguns ofícios com o inconformismo de certas tramitações e projetos de lei, que estavam ocorrendo, alguns devem estar ocorrendo aqui na Câmara Municipal de São Paulo, a respeito dos distúrbios e aprendizagem. Como ficamos até curioso, pelo assunto. Nós tínhamos a impressão de que aqueles projetos, eram bons projetos que ajudariam muita coisa, ajudaria as crianças, aos jovens, mas mesmo assim fomos atrás, porque a Comissão, não é assim, vai aprovando, vai aceitando o que viram. O corporativismo do Vereador, vamos atrás, procuramos conselhos, conselhos regionais existentes de Fono, psico, de farmácia, enfermagem, e deparamos, tivemos um susto na verdade, das coisas que estavam acontecendo e de quanto, não que estariam errados esses projetos, mas a maneira de como estavam sendo elaborados. Descobrimos isso, pegamos grandes informações, dados e ficamos um pouco assustados. Quando a ficamos preocupados com cocaína, craque, essas coisas todas que estão por aí, temos um mal maior, e esses medicamentos são vendidos alienatoriamente. Todo mundo se automedica. De repente, pior ainda, nas próprias escolas, nas próprias unidades básicas de saúde, os médicos receitando, simplesmente, porque a pessoa não consegue dormir, toma um remedinho. Que absurdo isso está acabando com o ser humano. Muitas vezes não estão sabendo o que está acontecendo, que mal estamos fazendo para essas pessoas. Então a partir daí a comissão de saúde, decidi montar uma subcomissão. Fazer algo para prevenir isso, criar um protocolo, tomar atitudes em algumas coisas que impeçam essa maneira inadvertida, irresponsável de medicar. Essa

subcomissão, pessoas dizem: “Aníbal, vocês estão mexendo em vespeiro, em alguma coisa que não boa”. É estranho ouvir isso. Mexer com pessoas? Eu sou vereador para cuidar de pessoas. Não é cuidar da Cidade, não! Quero cuidar das pessoas. quero acomodar à Cidade que atenda às pessoas. Isso é a coisa mais importante que temos. vamos sim! Doa o que doer. O que vir pela frente pouco importa. Desde que tenhamos um resultado positivo e que essa subcomissão seja bastante produtiva. Quero ver muita motivação das pessoas, os próprios conselhos virem aqui massivamente, em prol dessa causa nobre.

Chamo para compor a mesa o Sr. Arnaldo Ribeiro dos Santos, da Profen; Maria Rosinete, do Conselho Regional de Psicologia. Graça a todos esses conselhos que conheci o Rui, que faz parte do Fórum de medicalização.

Inicialmente, passo a palavra o Sr. Rui, que irá fazer uma apresentação do que está acontecendo, para que os senhores tenham o conhecimento por meio de números, a gravidade do que está sendo submetidos nossas crianças, nossos jovens e os adultos também.

O SR. RUI – Agradeço a Casa, principalmente esta Subcomissão. Acho que é importante essa aproximação que a gente começa a construir para criar canais de diálogo. Acho que conseguíamos, sobretudo, fazer algo muito mais ligado a academia; tínhamos um diálogo na Câmara, junto com outros Vereadores que apoiam a causa; mas precisamos ocupar sistematicamente essas duas pastas que são caras a qualquer Município, educação e saúde, onde as nossas lutas se concentram.

Antes de começarmos a falar sobre medicalização, como o Vereador mencionou que se trata de um vespeiro, precisamos começar a especificar o que é isso. Então, falar de medicalização é falar sobre uma série de outros medicamentos e outras influências, outras tensões, que estão no cotidiano da sociedade.

É importante explicar que medicalização não está só relacionada ao uso de medicamentos, então, é sobretudo um fenômeno que faz interface com o que se chama de “medicamentização”, “farmaticalização”, então acho que a ata desse encontro tem de ser

RF. 11.132

encaminhada inclusive para o Vereador Natalini, porque a terceira idade sofre muitas consequências com essa polifarmácia, que chamamos.

Moro na região da Saúde, perto das grandes redes de farmácia de medicamentos genéricos; e percebemos que, para uma pessoa de terceira idade na cidade de São Paulo, essas idas às farmácias começam a se tornar um palco de sociabilidade. Então fico imaginando uma Cidade aonde as pessoas vão à farmácia para encontrar amigos. Por isso, temos de repensar nessa relação, sobretudo, com os produtos de saúde que vão para além da indústria farmacêutica, como os alopáticos, fitoterápicos, terapias alternativas, que a gente batalha para serem inseridos como produtos de saúde e, muitas vezes, eles começam a criar formas e vida para além da nossa própria existência. Ou seja, há pessoas que não se sentem saudáveis se não tomar um Ômega 3. Então isso também faz parte de um projeto de medicalização, esse fenômeno, que começa a incutir nas pessoas um problema de saúde. Logo, problema de saúde não vem mais das condições de vida, e normalmente vai se tornando da pessoa e do cérebro.

Por que falamos em medicalização da sociedade? Porque isso tem um lastro histórico e social. Ao longo do tempo, desde o nascimento, o corpo sofre patologizações e medicalizações, normalmente por questões políticas e sociais. Por exemplo, temos a batalha pela humanização do parto entre as parturientes e os médicos, brigando para que tenha um direito de promover esse ato, se o parto é um ato médico ou um ato da mulher, que vai sendo despatologizado e tendo outras formas de ocorrer.

Não podemos nos esquecer que algumas categorias da sociedade, como negros, homossexuais e mulheres, sempre foram tratadas de forma patológica, psiquiatricamente. Temos o clássico exemplo da petomania: Logo após a libertação dos escravos, quando deixam de ser mercadorias e passam a ser considerados seres humanos, eles começam a ser tratados como doentes patológicos. Também temos a drapetomania, que é uma doença que foi descrita que diziam que causava a fuga dos negros, ou seja, por que negros, ou seres humanos da

raça negra, têm essa patologia, esse comportamento não aceitável de fugir do seu confinamento. Embora isso seja absurdo, está na história. Mas esse é uns dos transtornos psiquiátricos que, reformados, retornam para a população carcerária. Existe todo o estresse do confinamento, que também é tratado de forma patologizante, medicalizante, que chamamos de contensão química.

Esses movimentos, essas lutas históricas da população negra, da população LGBT e das mulheres, para deixarem de ser tratadas como doentes biológicos, no caso dos negros; ou para curar a histeria, como doença psiquiátrica das mulheres; e para deixar de tratar a opção sexual como sendo patológica, como era considerada até a década de 90.

Esse é o gráfico que mostra como se deu a venda da Ritalina, Concerta e Venvanse.

Por esse motivo, o fórum sobre medicalização da educação e da sociedade permanece ativo na luta há cinco anos, já que esse tipo de estereótipos e de patologizações adentra no ambiente escolar de forma muito fácil.

Por exemplo, há escalas distribuídas para os professores para fazerem uma busca ativa entre seus alunos de crianças com transtorno de déficit de atenção e de aprendizagem. Entre as questões que vêm nesse questionário, se “evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental e prolongado”.

Cabe ao professor observar se há alguma criança com esse tipo de perfil, e a gente fica imaginando com que frequência encontramos isso em uma sala de 40 alunos, com esse tipo de resistência, ainda mais numa segunda-feira, num dia de chuva, ou muito sol. O humor das crianças varia, com certeza, então a gente fica se perguntando para que tentar quantificar e colocar esse tipo de dado. Lembrando que, nesses questionários, são questões subjetivas que partem do ponto de vista e da experiência do próprio professor. E esse questionário é distribuído largamente em todas as escolas.

Também há outras ações em outras áreas que são entendidas como promoção de

RF. 11.132

saúde que esse tipo de associação vem fazendo, sobre a importância de fazer uma identificação precoce da patologia, como o transtorno de déficit de atenção, por exemplo.

No começo do fórum, este quadro vai falar sobre a promoção da dislexia. E acho importante a gente pautar isso, porque quando o fórum vai conversar com os legisladores, os grupos, é com a ideia de criar discussões, consensos ou alternativas de lidar. Acho que as verdades nunca precisam ser absolutas, mas esse é um clássico exemplo de que os fonoaudiólogos começaram a perceber que a dislexia também poderia ser uma questão que eles conseguiam acolher. Não há dúvidas de que os profissionais de saúde consigam acolher esse tipo de problemas de aprendizagem, mas a questão é que há uma diferença entre fazer um acolhimento e fazer um tratamento com uma busca ativa desse tipo de questionamento.

Para fazer o tratamento da dislexia, o fonoaudiólogo precisa estar convencido de que a dislexia é um problema existente que precisa ser tratado. E uma das palavras que o Conselho Federal expôs para falar da dislexia é a palavra “exporte”, que existe na língua portuguesa. Acho que esse é um exemplo clássico, porque, fora de contexto, o problema individual do aluno, a palavra, não faz sentido; não sabemos se o aluno que escreve errado vem de uma tradição dentro da família, assim como eu que troco o L e R porque venho de família japonesa, ou se é um problema só de conceito. Se no momento ele está falando “exporte”, de exportar uma foto para o *Facebook*, ou se está falando de “esporte”, de um time de futebol. Então, precisamos sempre considerar dentro dessa multifatorialidade de visões.

Quando não há esse tipo de questionamento, a gente vê esse quadro. Em 2013, o Brasil importou 1.820 quilos do cloridrato de metilfenidato, que é uma substância da qual se produz a Ritalina e o Concerta, duas substâncias manipuladas e vendidas no Brasil.

Cada caixinha normalmente vem 10 mg, 20 mg, então dá para imaginar 1.820 kg importados pelo Brasil. Dentro do quadro mundial, a cada ano, isso vai batendo uma escala de recordes. O recorde de 2013 foi a fabricação de 72 toneladas de metilfenidato no mundo.

É interessante notar que essa evolução acontece com a diminuição do uso desse

medicamento nos Estados Unidos. Ou seja, enquanto os Estados Unidos começam, junto com as pesquisas da indústria farmacêutica, produzir outros psicofármacos para o tratamento de TDAH, no mundo todo, Brasil, Alemanha, Finlândia, começará a usar esse tipo de farmacoterapêutico.

Esse gráfico mostra como se deu a venda de Ritalina, Concerta e Venvance, que são os três medicamentos liberados para tratamento de metilfenidato para tratamento do TDAH no Brasil; e que, desde 2008, quando surge o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, a venda desse medicamento cresce, com algumas quedas, sobretudo na época em que houve o incêndio daquela indústria farmacêutica em Diadema.

Há uma tendência cada vez maior num país que vem discutindo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, vem discutindo promoções de saúde, com campanhas nacionais para além do sistema público, a nível nacional, pensando na questão do álcool, do cigarro; do uso de psicofármacos indicados para criança.

Esse gráfico mostra que esse medicamento é utilizado, sobretudo, a partir do segundo semestre, quando há essas tensões que permeiam um ambiente escolar entre alunos, cuidadores, pais, professores e trabalhadores da educação, vai tornando os contornos mais críticos; se pensar que o aluno pode repetir, esse tipo de tensão, o consumo aumenta. O que nos chama a atenção é que, se em janeiro de 2010, 34 mil caixas foram vendidas no Brasil, em 2014, foram 78 mil. Ou seja, a cada ano, o consumo é maior, e o consumo contínuo é maior também.

Se procurar a bula do metilfenidato, a Ritalina, está prescrito que não deve ser administrado nas férias, nem aos finais de semana. Então, como um medicamento de uso contínuo tem de ser suspenso no final de semana e nas férias? A gente fica pensando, porque são períodos escolares, não são períodos biológicos.

Podemos ver a importância do Município de São Paulo e do Estado de São Paulo, que tem um caráter de liderança: está em primeiro no *ranking* no consumo e na compra de

Inácio Veiga

RE 11.132

Ritalina, seguido dos outros Estados do Sul e do Sudeste. Então há um cinturão muito feio de pessoas que usam tarja preta para conseguir aprender matemática.

Pensando na municipalidade, sem considerar as pessoas que vêm de outro Município para comprar em São Paulo, ou pessoas daqui que compram em outro Município, a Ritalina, no primeiro semestre de 2009, vendeu 1.569 caixas; já no primeiro semestre de 2014, vendeu 30.671 caixas. Houve um aumento de 3000% nesse período.

Diante disso, a gente fica pensando qual é o caldo cultural, o que os paulistanos entendem sobre viver bem, pensando numa sociedade que deixa a criança e os adolescentes tomarem esse tipo de medicação? Acho que o resultado é isso. A gente só deixa as crianças usarem psicofármacos a torto e a direita porque nós, adultos, também somos cada vez mais dopados.

Aqui é o gráfico da venda de clonazepam, que é o princípio ativo do Rivotril, na cidade de São Paulo. Do primeiro semestre de 2009 para o primeiro semestre de 2014, só tivemos o "módico" aumento de 1.500%. Só que esses 1.500% significa 163.210 caixas. E estamos falando do clonazepam que é um dos benzodiazepínico disponíveis no mercado. Sabemos muito bem que quem faz uso de tarja preta, desses medicamentos controlados, principalmente psicofármacos, sabe que cada vez mais você tem esses depressivos de nova geração, que são mais caros, têm uma ação um pouco menos danosa, dizem os estudos, só que esquecemos que eles são, de fato, tarja preta, são medicamentos que precisam ser associados a outros tipos de terapia ou as pessoas vão simplesmente se dopar cada vez mais.

Pode passar ao próximo *slide*.

Esse é o resultado que vemos se colocamos isso em proporção. A venda de psicofármacos na cidade de São Paulo, pensando a cada mil habitante, em 2011 foi de 5,8 caixas a cada mil paulistanos de ritalina; de clonazepam tivemos 11,2. Em 2013, temos um aumento um pouco mais discreto, no caso da ritalina – 6,8 caixas de cloridrato de metilfenidato para cada mil paulistanos – só que o de clonazepam foi para 50, 9.

Vemos isso não só nos dados quantitativos, mas no nosso dia a dia quando fazemos oficina com os professores. Eles falam do quão vulgarizado é o uso do rivotril - eles chamam de rivotril. Você tem um clonazepam hoje de forma muito mais democrática. Além de ser barato, vem em gotas, enfim. É uma maravilha. Há professores que fazem uso desse remédio com café: você coloca duas gotas de rivotril e duas gotas de adoçante. E aí você fica pensando que lugar é esse da escola e que sociedade, que cidade é essa que se coloca nesse tipo de situação para conseguir viver.

Sabemos que São Paulo é uma cidade estressante, mas ficamos imaginando se esse estresse é produto ou consequência do que estamos fazendo. De que forma temos de lidar com esse tipo de discussão.

Pode passar para o próximo *slide*.

E sabemos que isso está ligado com o mercado também. Em 2012, o MSHealth, que foi reproduzido pela Interfarma, vai mostrar que o Brasil consumiu, em valores brutos, muito mais Rivotril patenteado, sem contar os genéricos, do que o Buscopan composto. Então, vendemos 130 milhões em Rivotril contra 112 milhões de Buscopan composto. Temos muito mais problemas de cabeça do que de cólica. Imagine que país é este que ganha, novamente, o primeiro lugar no quadro mundial de fabricação de clonazepam.

Próximo *slide*.

Aqui é um dado em que precisamos sempre bater. Quando estamos falando sobre discutir, colocar em uma discussão democrática o que são esses distúrbios de aprendizagem, estamos falando sobre o mercado não só de produtos de medicação, dos psicofármacos, das terapias, mas também de uma indústria de produção de dados científicos.

Esse é um ciclo clássico que mostramos: quando vamos buscar na base dos Estados Unidos os grupos e os centros que estão fazendo pesquisas sobre dislexia, sobre transtorno de comportamento na infância e na adolescência, eles estão financiando pesquisas que acontecem no Brasil e que acabam promovendo grupos de promoção de

direitos. É o que denominamos promoção de patologias, principalmente dos transtornos de déficit de atenção e da dislexia.

Então, são as pessoas que começam a achar que estão com TDH porque há um protocolo dos Estados Unidos que precisa testar uma nova farmacoterapia no Brasil e começa a exigir do próprio Governo esse tipo de tratamento e de indicação. Por isso esse tipo de projeto de lei começa a invadir as Câmaras Municipais, as Câmara Estaduais e até o Congresso Federal.

Só que quando vamos fazer uma busca da análise de como esses dados são produzidos, a própria meta-análise vai falar que esses estudos que são normalmente financiados pela indústria farmacêutica têm baixa qualidade metodológica, curto período de segmento e pouca capacidade de neurolização. O que quer dizer com isso? Estou aqui fazendo um estudo de duas semanas com uso de metilfenidato e você vai comparar com outro que é feito com dois meses. Aí você tem que comparar um que é feito de indicação, estudo de caso. Outro você vai fazer com quantitativo. Você começa a produzir dados para falar que a medicação é eficiente no tratamento, só que não se consegue sistematizar isso de uma forma mais robusta, porque cada um que vai fazer essa pesquisa, a depender dos recursos – porque sabemos como é caro fazer pesquisa em qualquer lugar do mundo –, começa a cortar essas outras variáveis, para transformar o seu dado em algo um pouco menos científico, mas com uma áurea científica, com argumento de validade.

Falamos sobre esses processos de judicialização porque, quando tem esses psicofármacos indicados para tratamento, onde a própria bula fala que deve ser útil ao tratamento a ser indicado, começa-se a colocar uma incerteza, principalmente em relação às políticas públicas que vêm a reboque, evitando a compra compulsória desse tipo de medicamento. Então tem uma estratégia que vem sendo judicialização, que na sua face mais nefasta – embora haja nuances mais positivas, como a incorporação de tecnologias – vão agregar advogados financiados pela indústria farmacêutica para a compra de medicamentos

específicos. São as ações judiciais, estratégicas da indústria farmacêutica para a introdução de novos medicamentos.

Quando o Vereador Aníbal fala sobre Concerta e Ritalina, a gente quer falar sobre isso: enquanto um comprimido de Ritalina custa em média R\$ 1,10, um comprimido do Concerta custa R\$ 14,59. Então, em dois dias de tratamento com o Concerta, você consegue fazer um mês de tratamento de Ritalina.

Só que estamos falando de uma discussão sobre saúde pública, sobre crianças e adolescentes, então temos que falar em português clássico.

Quando falamos em psicofármacos, sobretudo as anfetaminas, falamos em substâncias estimulantes do sistema nervoso central. Então não adianta uma política pública vir de um lado falar sobre o debate, sobre o antiproibicionismo, sobre o consumo consciente de álcool, o consumo consciente de tabaco, e nós obrigarmos as crianças e/ou adolescentes usarem psicofármacos como a Ritalina, o metilfenidato, entre outros, porque a classe dos estimulantes vai desde o café, o cloridrato de metilfenidato, a bola, a cocaína, o rebite, a Ritalina LA e o crack.

Esse gráfico vai mostrar a diferença entre a cocaína e o metilfenidato, que são substâncias muito similares. Tem toda uma discussão no âmbito da literatura científica que indica que não é possível diferenciar um de outro. O que eles vão dizer é que a diferença que vai marcar o uso de um para o outro são ponderações sociais, e é uma coisa que os pesquisadores das ciências humanas observam. Uma coisa é você obrigar uma pessoa a usar uma anfetamina, outra coisa é a pessoa usar anfetamina por lazer. Não é à toa que esses benzodiazepínicos, essas outras substâncias, como a Ritalina, vem sendo cada vez mais utilizados de forma recreativa. Então você vê que, *a pari e passu*, o consumo de Ritalina que vem sendo compulsório nas escolas vem sendo de recreação nos finais de semana. Os jovens, quando estão no ensino médio, quando precisam de algum dinheiro para fazer alguma coisa, eles normalmente vendem Ritalina, quando são usuários, para os universitários. E você fica

imaginando que a inserção desses alunos, além de ser por uma estigmatização, porque eles têm um problema psicológico, um problema psiquiátrico, neurológico, neurobiológico, normalmente também começa a inseri-los dentro de um circuito no qual eles são gente somente como negociantes ou consumidores de psicofármacos. É isso que temos.

Temos uma agenda grande para esmiuçar os efeitos da medicalização tanto na cidade de São Paulo quanto na macrorregião. Novamente quero agradecer o empenho desta subcomissão, que vai ser importante para pautarmos para além da discussão da Ritalina e dos outros psicofármacos, que vem cada vez mais não apenas trazendo importantes discussões sobre o campo da judicialização na saúde pública, mas dos efeitos – alterações cardiovasculares, pessoas que vão se tornar prováveis usuários crônicos do sistema público de saúde. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Esses dados são alarmantes. Como eu falei antes, vocês viram a proporção que está assumindo o consumo desses medicamentos. Que queria convidar para a nossa Mesa a Dra. Isabel do Amaral Sampaio Castro, nossa Promotora de Justiça da Infância e Juventude do Ministério Público de São Paulo. Fico muito feliz por termos convidado o Ministério Público e por ele estar presente.

Faremos assim: passaremos a palavra o Dr. Bonfim, que irá falar por uns 20 minutos, e depois vamos abrir para algumas perguntas, porque a Casa tem limite de horário. Hoje, nós conseguimos fazer essa reunião da subcomissão, mas depois só vamos ter lá para fevereiro, porque, infelizmente, no final de ano, todos os salões são ocupados.

Tem a palavra o Dr. Bonfim, nesta reunião representando a Secretaria Municipal de Saúde. Uma pessoa superadequada para o tema.

O SR. BONFIM – Muito obrigado, Vereador Aníbal de Freitas.

Eu não vou esmiuçar esta apresentação que eu fiz. Quem desejar recebe-la de pronto, é só me procurar, que eu terei o prazer de enviar. Solicitaria também à Comissão, uma vez que há registro dos e-mails das pessoas, que ela fosse encaminhada. Isso porque, em

realidade, eu recebi previamente, de uma forma muito organizada, o temário subsequente das atividades desta comissão. Então eu pensei em fazer uma introdução ao assunto, mas talvez vá causar surpresa para algumas pessoas.

Eu estou tratando das doenças crônicas, da medicalização entre aspas e a iatrogenia, quer dizer, a geração de doenças. Eu não quero discutir os muitos conceitos que existem em medicalização, mas, na prática, vocês vão ver que um dos agentes mais importantes, pelo menos como fio condutor da medicalização, é o médico. É claro que eu tenho convicção, pelos meus estudos há mais de 20 anos a respeito de fármacos, que o fator gerador da chamada medicalização é a indústria farmacêutica; porém, ela não consegue realmente atingir as suas intenções se ela não conta com a ativa participação do médico, que, regra geral, não tem compreensão do assédio que sofre, tornando-se também uma vítima. Mas eu sempre penso o que o filósofo Jean Paul Sartre disse uma vez, quando lhe perguntaram o que ele achava dos colaboracionistas franceses: “Metade vítimas, metade culpados”. Então eu não eximo o médico de qualquer responsabilidade. De forma alguma.

Veja, toda a minha apresentação está em hiperlinks. Basta clicar na referência bibliográfica para ter acesso ao documento que estou citando. Veja, em inglês isso é um acrônimo. *Steps* significa passos. *Safeting* quer dizer segurança em português; *tolerability* é tolerabilidade; *effectiveness* é efetividade; *P* é price; e *S* é simplicity of use. Ou seja, um fármaco, qualquer que seja, antigo como o ácido acetil salicílico, que tem mais de 120 anos, ou o mais moderno fármaco que tenha sido aprovado ontem pela FDA ou pela *European Medicines Agency*, precisa preencher a contento esses critérios, senão não deve ser usado. Aliás, é uma coisa contra a ética um médico prescrever um fármaco que não tenha a melhor pontuação desses aspectos.

Eu não vou me deter nesse assunto, mas eu vou deixar para vocês analisarem em casa. E estou à disposição de vocês para dialogar.

Tecnologia médica, para que e para quem.

Isso está tudo em inglês, mas não se assustem, porque trata de problemas do cotidiano de vocês, do meu cotidiano. Por exemplo, esse quadro mostra exemplos de afecções em que a tecnologia mudou a identificação da doença. É isso que os operadores de direito, especialmente os magistrados, não entendem. Não é uma ofensa, mas os magistrados são ignorantes em medicina. Se eles fossem conhecedores de medicina, não seriam magistrados, evidentemente. Então vejam bem: dependendo da técnica que se usa para a identificação de uma afecção, de uma enfermidade, muda-se completamente o entendimento que se tem da doença. Isso é muito importante de se pensar, porque a pessoa não precisa ser de um estrato social elevado. Qualquer pessoa que entre num consultório está submetida à compreensão errônea que um médico tem a respeito disso. Eu sou nordestino, posso falar essa expressão: os médicos pedem uma ruma de exames sem nenhum sentido. Nenhum sentido. Mas isso é uma outra questão que podemos discutir depois.

Câncer de mama: um dos maiores equívocos que existe é se fazer rastreamento por mamografia. O mês passado, o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer, já pela quinta ou sexta vez, fez uma enorme publicidade no chamado Outubro Rosa. Trata-se de um erro gravíssimo. Se vocês quiserem, eu mando para vocês um documento que foi traduzido em 17 línguas já há algum tempo. É um documento do Centro Nórdico, da Colaboração Cochrane. E foi traduzido também para o português de Portugal. Esse documento tem uma versão inicial de 2008 e outra de 2012. De lá para cá, os pesquisadores nórdicos, em contato com muita gente de toda parte do mundo, resolveram não fazer uma nova edição. Não é necessário. Lá está cabalmente comprovado, por uma análise seriíssima da literatura, que é um erro se fazer rastreamento de câncer de mama por meio de campanhas. Isso é uma coisa muito séria. Isso é uma medicalização promovida pelo ministério da saúde, secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais de saúde. Esse assunto nós discutimos na Secretaria Municipal de Saúde, e jamais a Secretaria Municipal de Saúde vai apoiar uma campanha desse tipo, porque, se apoiar, é porque não está protegendo a saúde da população, porque os danos causados por

uma campanha de identificação em massa do câncer de mama são muito superiores aos poucos benefícios. Então, doutora, o Ministério Público precisa saber profundamente disso, para entrar com contestações ao Poder Público, porque ele existe para defender o bem público. Não é possível que vá acontecer, o ano que vem, mais um Outubro Rosa.

Eu poderia falar sobre cada um desses problemas: doença renal crônica; osteoporose, então, é o filé mignon da indústria de equipamentos hospitalares. O que essa gente ganha de dinheiro vocês não têm a menor ideia. Eu não tinha. Eu não tinha a menor ideia.

Câncer de próstata eu não vou nem comentar, é outra besteira. Essa não é apoiada pelo Ministério da Saúde, mas as sociedades médicas ligadas ao assunto criaram um tal de Novembro Azul, que é outra estupidez. Há vasta literatura a respeito disso.

Hipertensão é outro problema, porque existe uma quantidade muito grande de diagnóstico excessivo de hipertensão. Eu vejo na minha prática. E eu não estou fazendo clínica atualmente, eu oriento médicos e farmacêuticos. Mas eu tenho um contato indireto com os pacientes, e eu sei que há uma prescrição excessiva de anti-hipertensivos, porque uma parte expressiva dos médicos, pelo menos, não cumpre os requerimentos indispensáveis para o diagnóstico de hipertensão arterial.

Outra coisa que deveria acabar, por ser lesiva à população: essas feiras que existem aí. Uma farmácia só poderia fazer aferição de hipertensão arterial se o farmacêutico fosse uma pessoa que se tornasse capaz de fazer o esfigmomanômetro, não é... hoje qualquer um pode comprar um esfigmomanômetro digital, de pulso, seja lá como for, e medir sua pressão. E daí? Gente, a Medicina não é, e jamais será, a matematização da vida.

Os médicos, de modo geral, estão em busca de números nas pessoas, e isso não tem o menor sentido. A função da Medicina, da prática médica, não é essa. A função da prática fisioterapêutica, de aconselhamento psicológico, não é essa. Com a prática médica, os médicos podem curar às vezes, mas a maioria das doenças os médicos não curam. Agora, a

atitude de confortar, essa deve ser permanente. E os médicos precisam fazer uma coisa que está na tradição, nas origens da Medicina, desde a época hipocrática, os médicos precisam começar sua atividade aprendendo a arte da compaixão, o resto vem de benesse. Não é a técnica que precisam aprender. É muito mais difícil saber cuidar do outro.

Nos próximos *slides* vemos o circulo vicioso do diagnóstico e do tratamento excessivo, a alça de autoperpetuação da tecnologia diagnóstica. Olhe, o mundo ocidental, ou melhor, o mundo inteiro está metido nisso. Isso aí é um poço sem fundo, não há saída. Ou se rompe radicalmente com isso ou então nunca realmente saberemos cuidar de alguém.

Nos *slides* anteriores estão descritos os alertas para um possível diagnóstico excessivo, e algumas questões que devem ser respondidas. Pode passar.

Aqui há um trecho, uma frase. Eu fiz uma tese imensa a respeito dessas coisas, citei esse autor e depois vocês poderão ler. É uma reflexão: "Há algo além do efeito de um fármaco".

Aqui estão os "Fatores que influem na prescrição médica". Prescrever é difícil, os médicos pensam que é fácil, e é um grave equívoco, pois requer um conhecimento completo e a compreensão da fisiopatologia das doenças, das propriedades farmacológicas de fármacos relevantes e dos meios pelos quais os dois enfoques se encaixam.

Olhe, eu exerço uma atividade pedagógica, e não faço qualquer censura. Às vezes, vejo barbaridade em uma consulta que um médico me faz, e faço de conta, dou um parecer orientando como deve cuidar melhor do seu paciente dele, não o censuro. E em cada afirmação que faço ponho uma referência bibliográfica. A minha atividade, a atividade de qualquer cidadão tem de ser pedagógica, se não, nunca sairemos disso. E estou falando de intervenção simples, não estou falando de transplante, de tratamento de câncer. Não, estou falando de qualquer intervenção. Nenhuma intervenção simples pode ser confiável para melhorar a prescrição e uma combinação de intervenções pode ser requerida. Entretanto, a Educação pode ser o carro-chefe. Quer dizer, se não houver métodos pedagógicos bem

conhecidos por quem está aplicando e bem difundido a quem são destinados, nós não avançaremos em nada.

Vemos agora a “Regulação farmacêutica e o aumento da capacidade de decidir do paciente”. A obrigação dos profissionais de Saúde é aumentar a capacidade de decidir do paciente. É o que se chama na linguagem inglês de *empowerment*, que as pessoas por não saberem nem inglês nem português traduziram por “empoderamento”. Não há “empoderamento” nenhum! *Empowerment* quer dizer: aumento da capacidade de decidir. A minha ação vai ser tão mais efetiva como profissional de Saúde se eu aumento a capacidade de decidir de quem estou me relacionando, compreendem? Isso vale pra qualquer profissão.

Então, para usar otimamente os fármacos você tem de percorrer os seguintes princípios: primeiro, entender a experiência do paciente. Se o médico ou qualquer outro profissional não entende, já começou errado, completamente errado. Segundo, escolher os fármacos com base em provas. É preciso que tenha certeza de que aquele fármaco que você está prescrevendo, que os benefícios superam em muito os riscos porque não há fármacos destituídos de risco. Terceiro, assegurar o uso de fármacos com a maior segurança possível. Finalmente, tornar o uso ótimo dos fármacos como parte prática da rotina. Olhe, na Prefeitura estamos há anos- luz de atingir essa meta. Aliás, nem começamos.

Próximo. Por que nós não começamos? Quando eu mostro essa projeção – esse levantamento eu fiz recentemente – é o levantamento completo de 2013, 2014 e 2015. Eu poderia falar uma hora sobre os distúrbios de cada um desses fármacos.

A Prefeitura distribuiu, em 2013, 183.117.781 milhões de comprimidos de Omeprazol, praticamente o Omeprazol é a farinha da prescrição. O médico prescreve alguma coisa e, de cambulhada, vai o Omeprazol. Compreendem? Tá tudo errado, gente! Isso é um escândalo. No dia em que o exterior souber que a nossa situação é essa, na cidade mais importante da América do Sul, será motivo de escárnio. Olhe, todo dia eu não sei como consigo dormir e acordar. Não sei! Fico pensando: que estratégia nós temos de ter pra sair dessa? Isso

é uma mácula farmacológica. Só há um país que tem um problema como o nosso, e não tão grave: a Espanha.

Olhe, levotiroxina só serve para tratar, na prática, o hipotireoidismo. Eu duvido que na cidade de São Paulo exista explicação para 62.945.164 milhões de comprimidos de levotiroxina distribuídos em 2013. Olhe, fluoxetina e sertralina somadas, porque são fármacos semelhantes, a coisa vai lá pra cima. Furosemida, um diurético potente, que só se usa praticamente em doença renal, não é possível, os médicos prescrevem para hipertensão comum, não tem sentido. O próximo é o clonazepam, que é o Rivotril, e por aí vai. Aqui está a metildopa, medicamento hipertensivo só para grávidas, e no entanto foram distribuídos 13 milhões de comprimidos de grávidas hipertensas. As estatísticas em 2014 não mudam nada, e no primeiro semestre de 2015 também. Tudo igual, só piorou, piorou!

Aqui temos a concepção de assistência farmacêutica, da SMS, e vocês poderão meditar sobre o tema.

Pode ir passando.

Aqui temos o seguinte, e é muito importante. Como vamos discutir fármaco-vigilância se no Brasil não há fármaco-vigilância, em nenhum lugar do Brasil há, nem na Secretaria em que eu trabalho porque depende de muitas coisas. Ninguém sabe que efeito os remédios estão causando nas pessoas, mas, às vezes, um desenho vale por um milhão de palavras.

Eu coleciono cartuns a respeito do assunto, naturalmente quase todos feitos fora do País. Aí o médico chega à cabeceira do doente, é um cartum americano: “menos de um em dez mil, na verdade cerca de um em 14 mil apresenta esses efeitos colaterais. Difícilmente alguém tem esses efeitos, que são extremamente raros, e você deveria estar muito orgulhoso”.
(Risos)

Aqui é uma homenagem que faço a um grande clínico, que morreu em 1934. É nome de hospital no Rio de Janeiro e naturalmente o seu nome aparece em sambas, no Rio de

Janeiro. E nós precisamos conhecer a vida dele como médico e como educador, ele foi brilhante. A obra dele nunca foi reeditada, nunca. Ele disse - numa época em que não havia farmacêuticos, os quais eram chamados de boticários. Esse texto foi escrito há 90 anos. Eu peguei a primeira e a última frase: "Vede que na garrafa entrou toda a botica só faltando o boticário, a imaginar como ficou tonta a natureza para atender a tantas ordens ao mesmo tempo. Cuidado! Pela simples leitura de uma receita se julga a cultura de seu autor." Não é um sábio? Eu acho...

Aqui está a minha tese. Não se impressionem com o volume, são 773 páginas, é que há muito material empírico, eu estava procurando demonstrar se os médicos estavam prescrevendo bem ou não.

E aqui é um agradecimento que fiz aos colegas que me deram os dados.

Muito obrigado.

(Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal Freitas) – Realmente, foi fantástico, Dr. Bonfim. Vi no semblante do Rui, estava feliz! (Risos) É incrível.

O nosso tempo está mais do que *estourado*. Estava ao telefone porque haverá outra reunião. A Vereadora Juliana está tendo boa-vontade. Vereadora Juliana, obrigado pela boa-vontade. Estamos passando em 15 minutos do tempo.

Então não vamos fazer as perguntas, mil perdões. O tema é polêmico, e realmente é bacana.

Vou dar a palavra para a Dra. Maria Izabel, do Ministério Público, por favor, para um breve relato.

A SRA. MARIA IZABEL CASTRO – Obrigada a todos. Primeiramente, agradeço o convite e ressaltar, de fato, a importância do tema.

Atualmente, estou no órgão de Assessoria do Ministério Público, área da Infância e Juventude, mas o meu cargo é na Promotoria da Infância e Juventude do Ipiranga.

O que me assustava muito nos processos em que eu lá trabalhava era a quantidade de crianças e adolescentes que estavam tomando medicamentos, Rivotril, Concerta, etc. Tentava até anotar, queria ter a perspectiva de quantos, na realidade, dentro dos processos em que a gente trabalhava, de quantas crianças e adolescentes, de fato, estavam usando esse tipo de medicamento controlado. Não consegui fazer essa minha pesquisa caseira, mas era algo que, de fato, me assustava demais. A impressão que eu tinha era que mais de 90% dos processos tinha sempre uma criança ou adolescente ingerindo uma dessas drogas.

De uma maneira muito superficial, vejo que a prescrição desenfreada me dá a ideia de que realmente estamos num mundo onde, como não temos tempo nem paciência para trabalhar as diferenças individuais, buscamos a homogeneização do ser humano. Toda criança tem de ser igual, todo adolescente tem de ser igual e para aqueles que fogem um pouco do padrão damos uma droga porque aí ele fica dentro do nível que, sob essa minha ótica, é o mais recomendado.

Gostaria de ter mais oportunidade para participar dessas discussões. Tenho grande interesse no tema. Vi com grande satisfação a portaria da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que estabeleceu um protocolo de dispensação. Li a Carta-Aberta da Associação Brasileira de Psiquiatria, que me deixou, de certa forma, muito inconformada com a contrariedade quanto à postura adotada pela Prefeitura do Município de São Paulo.

Espero que por conta de não termos tido oportunidade de estabelecer conversa por mais tempo, com mais calma, e ouvir todos os entendidos e a população a respeito do tema, que seja marcada uma nova data e assim teremos mais tempo pra discutir tema de tamanha importância.

Obrigada.

(Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal Freitas) – Agradeço a Dra. Maria Izabel.

Como falei, temos grande problema de espaço, de locais. A nossa subcomissão se estenderá por cinco ou seis reuniões. A nossa próxima reunião está agendada para 17 de fevereiro de 2016, das 11h às 13h. Terá uma hora a mais.

A ideia é falar sobre a Medicalização na Vida Cotidiana, e com mais tempo haverá maior aprofundamento. E as demais serão às quartas-feiras, às 11h. Vocês serão comunicados. Todos se cadastraram, com seus e-mails e, com certeza, receberão os comunicados.

A todas as autoridades da Mesa, peço mil desculpas pelo fato de não poder dar a palavra a vocês. Sei também que havia pessoas querendo fazer perguntas, mas conversarei com os palestrantes que aqui estão para virem outras vezes.

Quero enaltecer a presença do Dr. Eurípedes. Dr. Eurípedes, o senhor perdeu a aula do Dr. Bonfim. Parabéns, e muito obrigado por ter indicado essa pessoa maravilhosa, pessoa que muito dignificou a nossa reunião.

Um abraço a todos!

Está encerrada a nossa primeira reunião.

Boa tarde!



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

FL. Nº 138
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº 37-04/2015
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF


Inácio Veiga
RF. 11.132

SUBCOMISSÃO DE MEDICALIZAÇÃO
COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

PRESIDENTE: ANÍBAL DE FREITAS
TIPO DA REUNIÃO: ORDINÁRIA
LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo
DATA: 02 DE MARÇO DE 2016

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Exibição de imagens

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Na qualidade de presidente da Subcomissão da Medicalização, constituída no âmbito da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho, Idoso e Mulher, declaro abertos os trabalhos da segunda reunião ordinária de 2016.

Informo que esta reunião está sendo transmitida através do portal da Câmara Municipal de São Paulo, no endereço www.camara.sp.gov.br, link Auditórios On-Line. Na pauta de hoje temos a palestra de dois convidados.

Para compor a mesa convido os Srs. Jason Gomes, do Instituto Palavra Criativa; Beatriz de Paula Souza, do Instituto de Psicologia da USP; Arnaldo Ribeiro dos Santos, da Aprofen; Dirce Cruz Marques, da Secretaria Municipal da Saúde; Padre João Inácio Mildner e Monica Petit Madrid, Conselho de Fonoaudiologia.

Vou explicar o que está acontecendo com a nossa Subcomissão e com a Comissão de Saúde. Nós formamos essa subcomissão no final do ano, onde conseguimos fazer, a duras penas, uma reunião. Devido à falta de local, final de ano aqui na Câmara Municipal de São Paulo é muito complicado, muito difícil, até peço desculpas que só conseguimos fazer uma reunião. Agora no início do ano, começa um novo ano, novas atividades, só que tem um problema, todo início de ano, existem mudanças partidárias, então a formação da Comissão de Saúde, ela altera. Ontem, apenas ontem, formamos uma nova comissão de Saúde. O nobre Vereador Rubens Calvo, continua como Presidente; Vereadora Patrícia, vice-presidente, eu como membro. E, infelizmente, o Dr. Gilberto Natalini, nosso amigo, poderoso, acredito que será uma perda, irreparável, não vai poder estar na Comissão de Saúde. Está o nobre Vereador Wadih Mutran; Vereador Vavá e a nobre Vereadora Noemi Nonato.

Está feita a composição da Comissão de Saúde. Serão com eles, que a Comissão irá trabalhar. São pessoas valorosas, acredito que deva continuar assim os trabalhos como aconteceu ano passado. Houve muito trabalho. Reconheço. Não estou aqui fazendo média com nenhum outro vereador, mas essa comissão foi uma das que mais trabalhou durante o

ano de 2015.

Estamos aqui, hoje, por exemplo, estou aqui presidindo, mas terei de ser eleito na comissão a uma hora, para ser o presidente e outros membros da comissão. Porque é uma nova comissão. Acredito que continuarei aqui, porque não fui o idealizador dessa comissão. Não haveria problema nenhum. Mas novos vereadores virão a essa comissão que irão muito a contribuir, ao um tema que estava falando, tão conhecido e ao mesmo tempo desconhecido. Que coisa incrível que estamos desconhecendo o problema, e está aí acontecendo e ninguém está se tocando, ninguém está se percebendo do crime que está ocorrendo, e nós mesmos estamos fazendo.

Vamos dar início aos trabalhos desejando que 2016, seja um ano de muita saúde, paz e que nossos objetivos sejam alcançados e para isso precisamos de todos os senhores, e que cada um faça alguma coisa, e fazendo isso, com certeza alcançaremos nossos objetivos, não plenamente, mas alguma coisa sim. O importante é comunicar, falar, esclarecer a todas as pessoas a gravidade do problema.

Com a palavra a Sra. Beatriz de Paula Souza, do Instituto de Psicologia.

A SRA. BEATRIZ DE PAULA SOUZA – Primeiramente vou falar, a partir de lugar, vou estar trazendo uma série de informações, reflexões para vocês. Sou Psicóloga, trabalho no Instituto de Psicologia da USP, onde coordeno um serviço de atendimento psicológico a queixas escolares. Pessoas que nos procuram pedindo ajudando para situações de dificuldades na vida escolar. A maioria crianças e adolescentes é por isso que a temática é infância e juventude e medicalização. Trabalhei muitos anos, comecei a trabalhar em 81 com educação, fui psicóloga escolar da Prefeitura, quando existia esse corpo de psicólogos na Secretaria de Educação. Conheço muito o dia-a-dia, as rotinas escolares. Depois fui trabalhar no serviço de psicologia escolar da USP, então é a partir desse lugar que me encontrei com o tema da medicalização e a partir desse lugar que vou trazer muito das reflexões.

Quero dizer que estou encantada, sinceramente com essa iniciativa da Câmara de

promover um ciclo de estudos sobre esse tema da medicalização, porque como o nobre Vereador Aníbal falou tem muito desconhecimento e tem muita gente muito bem intencionada, inclusive, muitos vereadores, e outros legisladores, muito bem intencionados que promovem ações e lutam por projetos de lei, ou recuperam projetos de lei, que tinham deixados de ser propostos, com a melhor das intenções, de fazer bem para crianças que precisam de socorro. Porque não tem informação das polêmicas que existem a respeito, não tem informação dos interesses que existem envolvidos nesse tema. E que mudam de posição quando tomam contato com essas informações.

Antes de mais de nada, gostaria de esclarecer esse termo Medicalização, porque gera muito mal entendido. Às vezes as pessoas pensam que somos contra a medicalização e confundem medicalização com medicação. Não somos contra medicação, eu mesmo tomo remédio em várias ocasiões que acredito ser apropriado e dou graças a Deus que eles existem. Medicalização não é medicação. Medicalização a gente entende que é uma operação artificial de transformar questões que são de uma natureza outra, do campo da saúde, e aí falo inclusive da saúde mental, de saúde vocal - o Jaison, é fonoaudiólogo – em questões que são individuais. Transformar questões coletivas em questões individuais. Não! O que está acontecendo com você não é um problema institucional, não é um problema social, é um problema de um transtorno pessoal, seu, genético, neurológico, ou psicológico, e com isso a sociedade, as relações sociais, as instituições ficam isentas de questionamentos. Porque aquele que não se encaixa, ou aquele que tem no seu não se encaixar, a potencialidade de trazer o que não está funcionando bem em poder transformar para ele e para outros, aquela instituição, isso é calado, desqualificado, porque você não vale, você é café com leite, porque você é doente, tem um transtorno, então desqualifica esse indivíduo, ou compense até quimicamente.

Acredito ser importante ter em mente que tem grandes interesses econômicos por trás. A indústria farmacêutica - não sei se os senhores sabem - é a segunda mais poderosa do

mundo. Só perde para a indústria bélica, anda enriquecendo alucinadamente. Eu trouxe para os senhores alguns dados da venda de um remédio que está cada vez mais tornando-se uma coisa comum, igual aspirina, que é o Cloridrato de Metilfenidato, que as marcas comerciais mais conhecidas são a Ritalina, Concerta e Venvanse. Vejam a escalada das vendas de caixas de Metilfenidato no Brasil. Em 2000, vendia-se 71 mil caixas, em 2013, dado mais recente, 2 milhões e 600 mil caixas por ano. Uma escala, - não tenho nem palavras para descrever as dimensões e a velocidade dessa escalada.

Tem, sim, muito dinheiro sendo movimentado e o Brasil é o segundo mercado para essa substância no mundo. Então tem, sim, muito dinheiro sendo movimentado. E o Brasil é o segundo mercado para essa substância no mundo; só perdemos para a matriz, que são os Estados Unidos.

São dados que conseguimos das vendas em São Paulo. São compras de secretarias municipais de saúde para distribuição. Só temos os dados até 2011. Isso foi conseguido pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Eu conheço muito o que acontece com a Ritalina porque, como eu lido com questões escolares, ela é muito receitada para crianças que estão perturbando na escola, ou que não estão tendo um comportamento satisfatório, ou muito distraídas, ou não prestam atenção, não estão interessadas. Não é que a aula está chata, é déficit de atenção da criança. Ou estão muito agitadas. Não é que ela fica lá contida o tempo todo, depois vai para o apartamento e fica presa e precisa se movimentar. Não, o problema é que ela tem hiperatividade, um transtorno pessoal. Então conheço muito o que está acontecendo com a Ritalina, é uma conhecida muito próxima minha. Mas o que está acontecendo com o Rivotril, o Clonazepam, é, na verdade, numa proporção muito maior. Vocês vejam que em 2010 – quer dizer, um dado já velho – já tinha ultrapassado os dez milhões. Não sei em quanto que está agora, porque só vinha crescendo.

Tem outra função da medicalização que é mais sutil: a função de controle social.

Estamos diante de algo que serve a conservar as estruturas e as instituições tais quais elas estão, porque os indivíduos que questionam são desqualificados ou são contidos quimicamente ou via tratamentos psicológicos por convênio – imaturidade, problema pessoal, conflito com o pai ou com a mãe. E como se faz isso? Como se opera?

Um dos mecanismos é promovendo uma fragmentação. Por exemplo, você pega uma criança que não se encaixa na escola, e não tem um olhar para ver em que contexto ela se comporta de determinada maneira, porque pode ter alguma coisa no contexto, ou não considera o histórico. Ela sempre foi assim ou foi a partir de um ano que ela sofreu *bullying* que ela mudou completamente o comportamento? Nada disso é visto.

Eu tenho recebido muito laudo de diagnóstico de TDHA ou dislexia. Olha, não tem um que dê para minimamente respeitar. E olha que eu tenho recebido diagnóstico inclusive feito por instituições que são referência em TDHA e dislexia. É muito comum ter um relatório em que se pede uma descrição da criança, como se as pessoas se comportassem numa bolha, independentemente do contexto. Todos nós sabemos que nós somos de um jeito ou de outro conforme o contexto em que nos encontramos, conforme o momento de vida em que estamos. Então vocês podem reparar que é tudo descontextualizado.

Olha, o serviço de orientação escolar que eu coordeno existe desde 2000. Eu nunca chegar um laudo com uma boa investigação do que está acontecendo na escola – se a metodologia é adequada, se o conteúdo é de um nível que a criança consegue desempenhar, se o que está dando para ela é o que realmente ela precisa. Cansamos de ver, é o nosso arroz com feijão, criança que está no quarto ano precisando ser alfabetizado, porque foi passando de ano sem que ninguém a alfabetizasse, e foi aumentando a exigência cada vez mais. Então ela já está num ponto em que ela está o tempo todo submetida a tarefas em que ela precisa saber ler e escrever, e ela não sabe. E aí, quando essa criança fica valentona ou agressiva, deprimida, ou não presta atenção, ou se distrai com estímulos externos. Enfim, nada dessas questões de contexto são minimamente investigadas nesses processos de diagnóstico que têm

chegado para nós. E nós não temos comprovado nenhum diagnóstico que nos chamou de TDAH ou de dislexia. Nenhum. A gente nunca comprovou esses distúrbios, de modo que a nossa prática concorda com a literatura crítica que existe. E aqui vou ser radical com vocês: essa literatura crítica diz que esses distúrbios não existem, eles são inventados. Não é que doenças não existam, não é que problemas neurológicos não existem, mas esses dois não existem. Pegam várias situações diferentes em que o comportamento é o mesmo... Agitação tem várias coisas que podem causar. Põem tudo no mesmo rótulo e fecham o diagnóstico.

Inclusive, antes de começar o evento, soube que tem uma biblioteca aqui na Câmara, no segundo andar, e eu faço questão de doar um livro que foi o nascedouro do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade do qual eu faço parte. E convido todos para visitarem o nosso site, para assinar o nosso manifesto e para aderir ao fórum, porque essa é uma luta em que o enfrentamento é local, é na nossa vida particular, mas, se não tiver a dimensão coletiva, a gente não vai ganhar, porque tem forças muito potentes, poderosas e ricas envolvidas. Esse livro se chama *Medicalização de crianças e adolescentes*, e tem artigos de psicólogos, fonoaudiólogos, médicos, professores, pedagogo, de diversas linhas científicas diferentes. Então ele é muito rico. E ele termina com indicação de outras leituras, vídeos. E tem o site do fórum, que depois eu vou passar numa projeção, num slide, além do Facebook.

Tem diversos campos que estão medicalizados. Eu estou vendo que tem um padre presente. Eu não sei qual é a atuação do senhor. (Pausa) Hospitalar? Ah, porque eu sei que tem muita gente da igreja que lida com crianças em situação de vulnerabilidade social, e esse é um campo que está supermedicalizado. Nos internos ou no pessoal das casas abrigo, agora descobriu-se essa maneira de conter crianças que não tem por que ser fáceis. Então falam que ela tem uma doença e dopa. Então esse é um campo que eu sugiro à Subcomissão para que se aprofunde, dentro da questão da infância e da adolescência.

No trabalho, a gente sabe a quantidade de pessoas que têm conseguido ir trabalhar e enfrentam situações que precisam ser mudadas. Não é possível o nosso trabalho ser um

lugar onde há metas impossíveis de se cumprir, ambiente competitivo onde um trai o outro, um prejudica o outro. São coisas vistas com naturalidade, porque faz parte, é assim mesmo. Não é mais possível tanta gente trabalhando tomando calmante, antidepressivo, para aguentar. É preciso que isso tudo exploda mesmo para essas coisas mudarem.

A velhice a gente sabe o quanto está medicalizada, o parto, a estética. Nós mulheres sabemos muito bem, o quanto a gente tem de ficar todas padronizadas, sermos todas loiras, tem que ter certo formato de corpo, não pode ter rugas, cabelos brancos. Há toda uma padronização. Os homens também estão entrando nessa agora. Há muitos campos aí.

Inclusive, a linguagem cotidiana, que mostra a força da penetração do pensamento biologizante e medicalizante.

Eu brinquei que queria ficar de pé porque sou hiperativa. Hoje em dia a gente fala hiperativo do mesmo jeito que se falava agitado, uma criança muito viva. Hoje em dia se fala hiperativo. Hiperativo é nome de patologia. Deprimido, estou deprimido. Não, se você está deprimido é muito grave. Você está triste, está muito triste. A gente usa os nomes de patologia, isso mostra a força do pensamento biologizante e patologizante.

Não é à toa que nas escolas, hoje em dia, me assusta o quanto as crianças que não se encaixam, cada vez mais, estão sendo encaminhadas para neurologistas e psiquiatras.

Não estou falando por briga de mercado, não: tem que ir para o psicólogo. Acho que muitas vezes precisa ir para um bom pedagogo. Cada vez mais as pessoas pensam sempre pela vertente biológica. Pode passar.

É isso, o fracasso, sofrimento da vida escolar de crianças e adolescentes, produzidos essencialmente pelas graves dificuldades do sistema de ensino, vem sendo cada vez mais atribuídos a doenças e distúrbios individuais dessas crianças. Em especial se fala nesses dois distúrbios: o TDAH – Transtorno Deficit de Atenção, que pode com ou sem hiperatividade, para o qual se indica o Metilfenidato; a Dislexia, vou deixar para o meu colega Jason, meu parceiro de Fórum de Medicalização de Primeira Hora, que vai aprofundar mais a

questão. Pode passar.

Só lembrando que uma criança que não vai bem na escola não é nenhuma grande exceção. Nós temos um sistema de ensino que precisa ser revisto, investido e transformado, inclusive, estruturalmente. Eu acho que o que aconteceu nas escolas paulistas pôs muito em pauta isso. É preciso que o ensino aconteça de maneira diferente.

Essa relação meio como... eu estou com vocês agora, eu fico aqui e vocês ficam todos um olhando para a nuca do outro. Eu detenho o saber e vocês ficam quietos. Mas os estudantes não estão suportando mais, ainda mais no mundo cheio e interatividade onde eles nasceram e estão crescendo. Eles não aguentam mais esse tipo de situação. A gente tem visto que as escolas estão explodindo, e os professores adoecem, porque eles são os executores de um projeto impossível, e tudo de forma padronizada, como se os estudantes tivessem os mesmos interesses, o mesmo estímulo cognitivo. É a mesma aula, a mesma lição de casa, é o mesmo percurso para se aprender, além de muitas outras precariedades que nos levam a ter péssimos resultados na área do ensino.

Ações de órgãos centrais, ao invés de organizar, desorganizam a vida escolar, até em coisas do dia a dia em sala de aula. Mas não vou ter tempo de me aprofundar nisso. Na área de saúde, essas questões escolares não são vistas frequentemente; as escolas não são contatadas, não há um interlocutor que leve a informação entre saúde e educação.

Sobre o caso do TDAH, há uma definição vaga e abrangente, uma controvérsia enorme em meios científicos a respeito da existência dessa patologia, não há uma comprovação cabal; embora muitos digam que exista, são provas que não resistem minimamente a um exame de rigor científico.

Acho que há muita coisa na saúde para ser revista, e vem sendo revista; e eu gostaria muito de mostrar uma coisa muito importante que mudou na saúde recentemente. Recentemente, na Secretaria de Educação, houve uma mudança em relação a isso, criou-se o protocolo de dispensação de metilfenidato. É um questionário.

Vamos fazer uma brincadeira de diagnóstico coletivo? Levanta a mão quem tem dificuldade de executar tarefas e atividades; quem se distrai com estímulos externos? Vocês repararam que não está perguntando o que está acontecendo lá fora e o que está acontecendo

aqui dentro. Entenderam quando falam de contextualização? Outro detalhe: não há idade especificada. É a mesma coisa uma criança que se distrai fácil de um adulto de 50 anos que se distrai fácil? É esquecido em atividades do dia a dia? Então, vocês já perceberam como é o espírito da coisa. Esse questionário está na internet, chega um monte de gente com um autodiagnóstico, e era a política oficial. Vocês perceberam a facilidade com que a gente se encaixa nesses indicadores? É muito fácil ter um diagnóstico desse. Além disso, quem está respondendo muitas vezes pede para o professor, ou a mãe, preencher para descrever uma criança ou um adolescente. Isso depende da paciência que a pessoa tem. Vocês vejam como é altamente subjetivo. Daí, diagnostica e faz estudo sobre essas pessoas desse jeito. Vejam a falta de cientificidade dos critérios.

Eu falei que aconteceu uma coisa maravilhosa, um avanço enorme que aconteceu na Secretaria Municipal de Saúde, que caiu esse protocolo, e a Secretaria passou a adotar outro protocolo que já está sendo modelo no Brasil todo, indicado por instâncias governamentais de âmbito federal, porque está um abuso tão grande em tantos lugares...

Agora há pouco, alguém me mostrava uma pessoa de cárceres no Mato Grosso, falando da epidemia, entre aspas, de TDH de lá.

Então, que haja protocolos não medicalizantes em todas as Secretarias de Educação. Isso precisa ser regulamentado porque é uma das coisas que faz com que as vendas subam extraordinariamente, tanto que houve uma gritaria quando a Secretaria de Saúde do Município mudou o protocolo para algo absolutamente criterioso.

Quer dizer, chegar a se medicar é a última das coisas a serem feitas e não, a primeira.

Isso se mostrou muito eficiente porque foi uma gritaria, exatamente, dos que mais têm compromisso com a indústria farmacêutica.

Bom, gente, é isso.

Claro que tem milhões de outras coisas para conversarmos, mas eu acho que já devo ter estourado o meu tempo.

Quero convidar todos para conhecerem e aderirem, se se identificarem com o

Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade.

Pode passar os slides.

Temos desenvolvido várias ações.

Uma delas foi a publicação dessas recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais de serviços de educação e saúde, que está, on line, no site do fórum.

Acabei não falando sobre esse livro, mas vou doar um exemplar em nome do Fórum para a Biblioteca da Câmara, para que fique acessível a todos.

Pode passar.

Um site em que encontrarão muito material é muito fácil de se lembrar:
www.medicalizacao.org.br.

Temos uma pagina muito ativa no facebook, que é fórum sobre medicalização da sociedade.

É isso.

Muito obrigada pela atenção. (Palmas)

Boa noite.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Agradeço a nossa palestrante e, como vocês viram, é só mostrar dados que a coisa fica horripilante.

Onde já se viu, em três anos, o rivotril passar de 29 mil caixas para 10 milhões? Alguma coisa está acontecendo.

E de uma coisa eu sei: nós precisamos agir. Quem não participa do Fórum tem que participar, sim, independente da atividade que cada um exerça.

Eu fico muito contente quando falam que a Secretaria Municipal está atuando, está se movimentando. Eu estava falando com a Dirce, que é a nossa representante. Falo muito com o Padilha, nosso Secretário, que está muito preocupado, ele é um dos batalhadores também sobre o tema. Isso desanima, porque é uma grande autoridade e vem também combater o uso indiscriminado desses remédios. Drogas, na verdade, o que é uma porcária.

Mas, vamos ainda dar mais dados. O Jason sempre vai ficar por aqui, fique à vontade.

O SR. JASON GOMES – Eu vou ficar por aqui, também tenho um problema de pernas inquietas, quando fico sentado minhas pernas ficam tremendo.

Bom, vamos lá. Bom dia ainda, boa tarde. Acho que já é boa tarde, passou do meio dia. Boa tarde a todas e todos. Quero cumprimentar todos da Mesa, o Vereador Aníbal de Freitas e também quero parabenizar essa iniciativa, é muito importante mantermos esses espaços de diálogo com a Casa do Povo, que é a Câmara.

Fico sempre feliz quando esses canais estão abertos para que a sociedade possa trazer questões; possa trazer o diverso e o divergente do que acontece na sociedade para que tenhamos cada vez mais seriedade na condução dos rumos da nossa Cidade, do nosso Estado e do nosso País.

Falei brincando da síndrome das pernas inquietas, mas a síndrome das pernas inquietas também é um diagnóstico. Então, quando falamos sobre o processo de medicalização, estamos falando sobre um caminho muito perigoso, porque todo e qualquer comportamento humano tem sido traduzido dentro de uma linguagem biomédica e tem sido enquadrado dentro de um olhar, que é o que a gente chama de medicalizante.

E como o discurso da saúde tem uma representação social muito forte, quando pensamos em saberes científicos, é muito difícil ver alguém questionar, falar de um profissional da saúde. Ele muitas vezes se torna quase que dogmático, porque quem questiona – a Bia brincou e falou que parece que são os lobos que estão questionando -, mas a gente precisa questionar muitas vezes, porque o caminho começa a seguir por um lugar muito perigoso e muito tortuoso.

Sou fonoaudiólogo de formação e há pouco tempo defendi o meu mestrado em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência, na Unifesp. Então, esse também é o meu tema de pesquisa de campo científico. Esse é o meu tema de desenvolvimento pessoal, porque desde que me formei venho trabalhando nessa interface e talvez algumas pessoas possam perguntar: “Bom, a gente pode estar num lugar de saúde, porque estamos discutindo dentro de uma comissão de Saúde e porque as falas remetem muito à questão educacional. Por que não estamos pensando só em questão do medicamento? A Bia já falou muito bem a diferença entre medicamentarizar, que é o abuso no uso de medicação e medicalização, que é a transformação de aspectos múltiplos sociais em aspectos orgânicos.

Quando pensamos em infância e adolescência, é muito difícil não se pensar em escola, porque somos uma sociedade em que essa faixa etária vive praticamente aqui dentro da escola. Quando se pensa em escola não se pensa em quase nenhuma outra população que não seja crianças e adolescentes e, claro, professores.

E quando você pensa em criança, pensa um lugar que criança costuma frequentar e se pensa em escola. E é por isso que o processo de medicalização toma grandes proporções dentro do ambiente escolar, sobretudo, quando a educação começa a ser vista pela saúde. Quando a gente fala de PLs medicalizantes que acontecem no âmbito de várias casas legislativas não é só aqui em São Paulo, é em âmbito estadual e em âmbito federal isso também acontece. Vou falar um pouco rapidamente sobre isso. É o lugar mais onde o processo de medicalização acontece com muita força porque também é o lugar em que a diversidade aparece com muita força na medida em que você precisa fazer com que todos aprendam e se comportem da mesma forma, no mesmo ritmo, no mesmo tempo, dentro do mesmo espaço, é um lugar em que a diversidade aparece, só que aparece sobre um olhar negativo. O sujeito que não aprende ou o sujeito que não se comporta dentro da média esperada, dentro da curva padrão, esse sujeito acaba entrando dentro de um diagnóstico de saúde. Isso acontece em outras instituições também.

Se a gente pensa na infância e na adolescência, em pessoas que estão em situação de vulnerabilidade social ou que estão em instituições totais, que são instituições em que a pessoa fica aprisionada ao longo de sua vida, inteira ou um pedaço da sua vida esse sujeito também sofre dentro do processo de medicalização. Estou falando de crianças que são internos da Fundação Casa que muitas vezes são tolhidas quimicamente. Isso é uma questão para a gente pensar porque depois que essas crianças saem elas continuam com a questão do medicamento porque estão em situação de drogadição, muitas vezes referendada por um discurso biomédico, com um medicamento, um psicotrópico que essa criança precisa tomar e esse adolescente precisa tomar. Acho que foi no segundo seminário internacional do Fórum e uma juíza foi convidada para falar e ela disse que ela sempre se assustou muito com a quantidade de crianças que são medicadas com psicotrópicos em abrigos, em instituições como a fundação Casa e ela começou a questionar o porquê dessas crianças estarem

tomando aqueles medicamentos e o que a assustou é que não veio a resposta do porquê estar tomando o que veio foi que tinham cortado o medicamento e que a criança não estava mais tomando. Qual é a justificativa para uma criança nessa condição estar tomando um medicamento? É controle químico e isso é muito perigoso e precisamos pensar.

Vou falar de uma questão que também é muito medicalizada, mas não costuma passar por medicamento: que é a questão do processo de aprendizagem. É uma pergunta provocativa que é: o que significa ser disléxico num país onde uma em cada três pessoas não conseguem ler um texto simples? Esse é um dado que vem de uma pesquisa, um dado do Enaf, que é o Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional e trabalha com quatro categorias: analfabeto, rudimentar, básico e pleno.

A ideia não é detalhar especificamente esses níveis, mas eles vão desde a pessoa que não consegue ler nenhum texto, no caso do analfabeto, ele até consegue lidar com algumas situações específicas, como uma rua que precisa chegar ou ônibus que precisa tomar, mas não é uma pessoa alfabetizada. O rudimentar, que é o que consegue localizar informações num texto, por exemplo, a saúde lida muito bem com essa perspectiva de leitor. Quando você pensa em campanhas de vacinação, por exemplo. Um cartaz de campanha de vacinação tem informações curtas, objetivas e claras porque a maior parte da nossa população está nessa condição de leitor. Então, ele precisa conseguir extrair a informação dentro de um texto muito simples. Então, um cartaz de vacinação é muito claro. A população que precisa ser vacinada, quando ela precisa ser vacinada, até que momento ela precisa ser vacinada. Têm as datas, faixa etária e o local. O básico, que aí já é considerada uma pessoa alfabetizada já consegue ler alguns textos de média extensão, compreender, mais ainda tem uma dificuldade fundamental de diferenciar fato e opinião. Quando você lê um texto jornalístico, por exemplo, nesta condição o sujeito ainda não consegue diferenciar o que é a opinião do jornalista do que é o fato. A nossa mídia também trabalha muito bem com essa informação, porque eles misturam muito em fato e opinião. E aí estou falando de mídia de esquerda, mídia de direita,

Inácio Veiga
RF. 11.132

mídia de centro, eles sempre misturam porque eles sabem que a população não vai conseguir fazer essa diferenciação. E aí o pleno, que é onde a gente quer que todos estejam, que é o sujeito que consegue fazer essa diferenciação ao ler um texto, consegue separar o que é um fato do que é uma opinião, não só texto, mas na fala também. Então, quando eu estou falando aqui tem questões que tem a ver com as coisas que acredito vem da minha vida. Quem é um sujeito considerado pleno nas suas atividades de leitura e escrita consegue também fazer essa separação. E é esse o ponto da crítica que a gente sempre coloca com relação ao discurso científico, porque o discurso científico também está pautado em ideologia.

O Inaf trouxe para a gente esse dado aqui, que ele é muito bacana. O verdinho é quem é considerado básico. Então a gente tem 47% da nossa população considerado como alfabetizado como nível básico, que é aquele que a gente ainda tem questões com relação a uma leitura mais adequada. E a gente tem 21% no rudimentar e 6% no analfabeto, o que ali quase 30% de pessoas que não conseguem ler um texto simples. Vocês entender logo o motivo de eu estar falando isso.

Saiu uma pesquisa mais recente, do mesmo instituto que fez o Inaf, junto com a ONG Ação Educativa, onde eles mostram que só 8%, eles desmembraram o nível pleno, eles transformaram o nível pleno em dois níveis que não vou lembrar o nome, mas um deles é proficiente, e só 8% da população brasileira está enquadrada dentro dessa característica.

Isso traz questões para a gente no âmbito educacional, isso traz questões para a gente na forma como a saúde lê o âmbito educacional. Eu vou falar rapidamente, é só um histórico bem breve de políticas públicas que foram feitas, porque às vezes a gente pensa: "Não se faz nada?" Se faz, muita coisa foi feita nesse âmbito desde LDB, lá atrás, mas é importante a gente pensar que a LDB é de 71, isso significa que só em 71 o ensino básico foi transformado em universal e obrigatório para toda população brasileira. Ali, naquele momento, muitas crianças que adentraram ao espaço escolar e não tinham essa possibilidade, entraram num processo de não conseguir aprender e várias explicações foram feitas naquele momento.

Muitas delas pegando e questões de cunho muito social. Por que quem é que falhava no processo de aprendizagem? As crianças das classes mais pobres, que eram aquelas crianças que também não tinham acesso e aí as explicações para o fracasso escolar, um termo que é usado também, passava por explicações de desnutrição, falta de cultura, falta de família. Isso depois foi muito criticado, mas naquele momento é isso que foi feito. E aí teve um investimento em combater a fome e o incremento em projetos que melhorassem a merenda escolar, porque crianças sem fome na escola claramente vão estar mais dispostas a aprender.

Só que isso não resolveu o problema. Muita criança continuou sem conseguir aprender da forma como se esperava e aí então foi pensada na questão da permanência, porque a gente vivia no Brasil, ali na década de 80 ainda, uma evasão escolar muito grande – isso acontece hoje, a gente tem problema de evasão, mas nada comparável ao que era na década de 80. Aí houve algumas experiências que tem a ver com políticas que foram feitas mais recentemente, de permanência escolar, que é você oferecer algum recurso para que a família não coloque a criança para trabalhar. Então a criança que não falta na escola, a família tem direito a algum recurso financeiro ou algum recurso de alimentação, leite, esse tipo de política. Nos lugares onde isso foi feito mostrou uma melhora na permanência, porque, claro, a criança deixou de trabalhar, mas não melhorou o processo de aprendizagem, as crianças continuaram com dificuldade para aprender.

E aí houve um novo passo: será que a dificuldade é dos professores? Percebiam que a explicação vai pulando. Agora é se não serão os professores que não estão ensinando muito bem? Aí, em 98, teve o Fundef, ainda no Governo Fernando Henrique, que era um investimento grande para educação fundamental, um pouco depois foi feito para educação infantil, senão me engano, e nos anos 2000 os parâmetros curriculares nacionais que instituíram uma série de parâmetros para o trabalho do professor. Os PCNs são ainda muito utilizados. Isso resolveu – ali tem um *check-list* – com referência metodológica para os professores, mas as crianças continuaram não aprendendo.

Inácio Veiga
RF, 11.132

Aí então, será que maior tempo para aprender, porque as crianças continuam não aprendendo? Será que a gente vai conseguir dar mais tempo para elas. Então a gente teve a extensão do ciclo básico, de primeira a oitava série, virou se primeiro a nono ano. Só que isso traz uma questão para a gente pensar, porque o ciclo obrigatório foi estendido no início, então as crianças entram hoje um ano mais cedo, não é que elas saem um ano mais velhas. Isso a gente já sabe, o pessoal que trabalha na educação, em parceria com a educação, que isso também não resolveu o problema, as crianças continuam tendo problema de aprendizagem.

E aí, também um problema, agora a gente tem, mais recentemente, teve também um toque em livros didáticos, mas agora a gente está nos Planos Nacionais de Educação, que é para melhorar as metas, enfim, e o Pnae, que também é um programa específico sobre alfabetização na idade certa, então crianças até o terceiro ano precisam estar alfabetizadas.

Por que estou falando disso numa Comissão de Saúde? As dificuldades se mantêm e o que a gente tem de propostas sendo feitas no Brasil com relação a isso? PLs medicalizantes sendo propostas nas Câmaras Legislativas fundamentalmente pelas Comissões de Saúde. Eu não estou falando da nossa Comissão de Saúde de São Paulo, falando em âmbito nacional. Em várias Câmaras Legislativas a gente tem esse tipo de PL sendo proposto e aqui é o caput de alguns PLs que transitam tanto por São Paulo, como pela União, e em outros lugares. “Dispõe sobre o acompanhamento integral de educandos com dislexia ou transtorno de déficit de atenção ou hiperatividade”; “Diagnóstico e tratamento e acompanhamento de alunos do ensino fundamental da rede pública”; “Programa de Identificação e Tratamento da Dislexia”; “Diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos alunos de ensino fundamental e médio da rede pública estadual portadoras de TVG no âmbito do Estado de São Paulo”. O que a gente tem aqui? Ao ler o caput a gente já vê que é um enfoque em diagnóstico no âmbito educacional, então é fazer diagnóstico de transtornos de aprendizagem e de comportamento no âmbito das escolas. Então a identificação precoce muitas vezes feita pelo professor é comum que esses PLs sugiram que seja feita uma

formação para que o professor possa ser o agente identificador desses transtornos, então ele vai ser capacitado para identificar sintomas de uma doença e isso é uma questão para a gente pensar também. Por que a própria saúde não trabalha mais com esse olhar diagnóstico? Se a gente pensa nas ações da saúde coletiva, o olhar tem sido pautado em outras ações. Quando a gente pensa em território, por exemplo, no âmbito do programa do PSF, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, o enfoque está em ações mais coletivas, que pensa o sujeito dentro do seu território, da sua comunidade, nas ações que ele faz na sua vida cotidiana, com seus parceiros da vida cotidiana. E o que a gente está propondo, via saúde, na educação? Diagnóstico, que é um olhar que a própria saúde tem questionado.

E aí isso também é um conflito quando a gente pensa na função do professor, porque a função do professor é diagnosticar? Não é. É ensinar. Então o processo de ensino já tem muitas questões para o professor se ater. A gente dar mais uma atribuição para o professor, professor que já reclama de tanta coisa no âmbito da vida, é muito complicado. É muito complicado também quando a gente pensa no processo de medicalização do próprio professor. Eu trabalhei num programa do estado que chamava São Paulo Educação com Saúde, de 2011 a 2013, era um programa de saúde para os servidores da educação, não só para professores, mas, também, para agentes de organização escolar, pessoal da secretaria, pessoal das diretorias de ensino, e era um programa de promoção da saúde, era esse o enfoque do programa. Ele era um com uma equipe multiprofissional da saúde, com fonoaudiólogo, com terapeuta, nutricionista, assistente social e a gente circulou por muitas escolas, e é assustador o número de professoras que estão sendo medicadas por conta de questões psiquiátricas. Quando a gente fala em medicalização eu posso olhar individualmente esse sujeito e falar: essa professora está com transtorno, então ela precisa ser afastada, geralmente eles são readaptados, vão para outra função, porque não estão em condições de ficar na sala de aula, e começa a ser medicada. Mas quais são as condições de trabalho do professor que produz o sofrimento no sujeito? É isso que a gente está falando quando a gente

pensa em questionar esses processos. Claro, às vezes a pessoa pode precisar sim de uma questão de um manejo individual na questão dela, mas se a gente não olhar para o âmbito inteiro a gente vai estar medicalizando, como a gente tem medicalizado os professores, é a categoria que mais sofre com diagnósticos psiquiátricos, de Síndrome de Burnout a depressão. Aí a questão não é se depressão não existe. Não é esse o ponto, o ponto é o que está produzindo essa condição nesse sujeito. E quando a gente vai falar de ações nesse âmbito a gente tem dois caminhos. Um é favorecer a identificação de diagnóstico, o outro é favorecer os diversos modos de aprender, no caso da infância e da adolescência, e favorecer a qualidade de vida do sujeito, quando a gente pensa nos adultos, nas situações de trabalho. O que a gente tem visto, infelizmente, é isso aqui, favorecer a identificar e diagnóstico seno proposto em vários lugares.

Como a gente está aqui pensando em infância e adolescência, que é esse o tema, quais são as questões que costumam ser medicalizadas, como eu falei no começo? Os comportamentos e os processos de aprendizagem desses sujeitos. E aí a gente tem alguns nomes bem conhecidos e bem famosos por aí. Um é o processamento auditivo central, o outro é o TDH, e o outro é a dislexia, que a Bia já falou.

Eu vou me ater mais rapidamente à questão do processamento auditivo, porque o objetivo aqui não é falar especificamente sobre o diagnóstico, mas quais são algumas questões que estão envolvidas. Muita gente que tem filho criança ou adolescente já deve ter ouvido falar, ou de filhos de amigos, ou filhos de amigos e amigos, que tiveram que passar por esse tipo de diagnóstico. É um exame que é feito por fonoaudiólogos em cabine para avaliar qual é a condição de audição da pessoa. Mas ele é feito numa cabine e a ideia é que você diga se essa criança tem um problema de aprendizagem, avaliando ela fora da escola, dentro de uma cabine, em situações artificiais de comunicação. E é esse o ponto complicado, porque você não está avaliando esse sujeito de fato no processo de aprendizagem dele, você está tirando ele do lugar, que é o lugar de aprendizagem, e levando para um diagnóstico em saúde. A maior

parte das crianças já fica assustada de ter que entrar numa cabine. E a falha nesse exame não leva em consideração que a criança pode estar assustada por estar dentro de uma cabine, por estar tendo seu processo de aprendizagem e as suas competências e a sua capacidade como aprendiz sendo questionadas. Eu atendi uma família que havia passado por vários profissionais, com várias tentativas de diagnóstico – dislexia, TDHA, disgrafia, um monte de coisas. Quando chegou à minha mão, a criança havia acabado de fazer um teste de processamento auditivo central, que apontou uma falha em algo bem específico. Aí, a mãe falou: “Acho que encontramos, então, qual é o problema dele”, e o menino estava do lado. A gente sempre evita falar da criança na terceira pessoa quando ela está junto com a gente, porque a gente a tira da situação de comunicação de diálogo. A criança está do lado, e a gente diz: “Ela tem”, “Ela fez”. Ela está conversando com a gente. Aí, o menino olhou e falou: “Eu quero ser normal, não quero ter nada”. A mãe, por seu lado, estava tentando encontrar algo. Encontramos um lugar, que muitas é onde a família se agarra; encontra-se uma justificativa para o não aprender, só que isso coloca a criança num lugar de doente, e é isso que a gente precisa questionar.

- Orador passa a se referir a imagens projetadas em telão.

O SR. JASON GOMES – Vou avançar um pouco, porque essa parte tinha outras coisas que eram para apresentação com profissionais.

A dislexia é outro diagnóstico bem delicado, e vou me ater um pouco mais a ele, pois é bem controverso na área da saúde. Embora muita gente inclusive diga que tem diagnóstico de dislexia – e eu, em vários momentos, quando estou falando sobre isso, às vezes vêm pessoas me dizer que tiveram esse diagnóstico -, não estou dizendo que as pessoas não tenham problemas sérios no processo de aprendizagem e dificuldades seriíssimas com as questões de leitura e escrita. Existem pessoas com questões sérias, sim, nesses processos. Mas quando digo que ela tem dislexia, estou dizendo que ela é incapaz de aprender a ler e a escrever. Então, temos que ter muito cuidado quando propomos que diagnóstico de dislexia

seja feito dentro do espaço escolar, que é um espaço de potência para a aprendizagem. É um lugar onde temos que descobrir quais são as potências dessa criança e ajuda-la nessas potências, e não transformá-la em um sujeito incapaz de aprender.

Por que digo que isso é transformar a criança em um sujeito incapaz de aprender? Aqui temos algumas descrições, que são as mais utilizadas no diagnóstico de dislexia. Todas elas tomam a dislexia como uma falha neuronal - então, seria um problema no cérebro da pessoa -; dão um caráter de perenidade, o que significa que é para sempre, para o resto da vida, e se nasce com; e seria uma doença inata e de origem genética. Isso é o que a gente ouve e lê quando vamos pesquisar sobre dislexia, inclusive em notícias.

Qual é o problema dessa definição? Eu pego um sujeito aprendiz, eu tenho a sua forma de aprender transformada em um sintoma de doença. Quais seriam os sintomas da dislexia? Troca de letra, dificuldade para ler, falta de fluência na leitura, uma série de questões colocadas que, quando olhamos a literatura educacional sobre o processo de aprendizagem, vemos que nada mais é do que um sujeito aprendendo a ler e a escrever, às vezes patinando em alguns lugares do processo de alfabetização, às vezes patinando por muito tempo, só que a escola não pode dar tempo a esse sujeito patinar porque no terceiro ano ele tem que estar plenamente alfabetizado. E, se ele não está, precisamos encontrar um motivo que justifique ele não ter aprendido. Isso é um risco porque fatalmente teremos sujeitos que não aprendem no mesmo tempo que os outros. Aqui ninguém aprende no mesmo ritmo, do mesmo jeito. Se formos colocar qualquer coisa para todo mundo aqui aprender, teremos um espectro de velocidade, de facilidade para aprender muito amplo. Como posso pegar esse fenômeno que é o aprender e transformo em um critério de diagnóstico? Esse é o ponto que se questiona em relação a crianças. Já é difícil a gente fazer a criança se interessar pela escola, não é? Já há essa dificuldade. Quando começamos a dizer que ela é incapaz de ler, isso é muito perigoso.

Algumas pessoas podem dizer: "Mas há imagens que mostram a diferença do cérebro de um disléxico para o cérebro de um sujeito que não é disléxico". De fato, temos. Aí,

temos algumas imagens de exames neurológicos feitos em um cérebro de um sujeito que aprendeu – este da esquerda – e um de um sujeito que não aprendeu – este da direita. Esses não são cérebros de sujeitos disléxicos e não disléxicos; são cérebros de músicos e não músicos. Essa é uma pesquisa publicada na *Neuroscience* em 2010. Como eu transformo um sujeito não músico em doente? Basta eu dizer que o cérebro do músico é o padrão de normalidade das ondas cerebrais e das imagens cerebrais. Aí, eu digo que esse é o padrão de normalidade e faço esse exame na população a partir dessa lógica. Essa é a lógica da saúde e funciona muito bem para várias questões, por exemplo o diabetes. O sujeito portador de diabetes tem uma condição na curva glicêmica. Depois de comer, há um tempo específico em que a glicose sobe no sangue, o metabolismo percebe isso e produz algo para diminuir, e a curva tem que diminuir depois de um tempo. Se isso não acontece, conseguimos perceber pelo exame de curva glicêmica. Tudo bem.

Porém, aqui não estamos falando de diabetes, estamos falando de aprender, algo que é construído de forma histórica e social na vida das pessoas. Meu pâncreas não aprende de forma social e histórica a produzir um hormônio específico, isso é metabólico. Essa é a diferença.

Aprender a ler e a escrever é um processo histórico e social, depende das minhas experiências com isso. Há outro risco: já ouvi gente falando que crianças de favela terão mais dificuldade para aprender a ler e a escrever. Quero dizer a vocês que sou de favela, venho de Paraisópolis e ouvi uma vez uma profissional dizer isso, o que me incomodou muito, pois não é uma verdade. Pode haver problemas no processo de aprendizagem de uma criança que está em situação de vulnerabilidade social? Sim, mas isso se explica no âmbito histórico e social, não é determinação biológica.

O que essa pesquisa sobre o cérebro dos músicos diz? Diz que os anos de experiência musical - sobretudo no caso daqueles músicos que começaram a tocar muito cedo – produziram mudanças no cérebro; mudanças de ativação e mudanças de forma. Assim, um

Inácio Veiga

RF. 11.132

sujeito que toca piano tem as duas áreas do cérebro de representação relacionada aos dedos e à mão direita e esquerda muito mais desenvolvidas do que, por exemplo, um sujeito que toca violino. Este utiliza a mão esquerda de forma diferente em relação à direita, e seu cérebro possui diferenças nas áreas que representam as duas mãos. Então, o que eu aprendo muda o meu cérebro.

Esse é o problema, sério, do diagnóstico de dislexia e o ponto de debate científico, porque alguns profissionais dizem que aquela imagem que a gente viu, no caso do cérebro de disléxicos, seria a de um sujeito normal. Então, reparem como inclusive muda o jeito como é dito: “leitores normais” e “disléxicos”. Qual é a diferença com relação à outra imagem? Do ponto de vista lógico, nenhuma. Tenho um sujeito que sabe ler e escrever e tenho um sujeito que não sabe ler e escrever. Como é que em uma imagem eu digo que um é resultado de aprender e no outro eu digo que é resultado de uma doença? Entendem qual é o ponto? E aí vocês podem falar: “Bom, mas a dislexia não serve tanto ao mercado”. Serve, porque a dislexia tem sido um diagnóstico tratado como risco de TDAH. Então, muitas crianças, quando recebem o diagnóstico de dislexia, já são, a reboque, medicadas também, e isso é muito perigoso.

Para encerrar, quero exibir um vídeo curtinho, de 1 minuto.

- Exibição audiovisual.

O SR. JASON GOMES – Isso é uma propaganda na qual temos mais ou menos a ideia de que esse sujeito está fugindo de alguém ou que ele vai roubar esse outro sujeito. Mas quando vemos a imagem inteira, percebemos que não é isso o que está acontecendo.

Com essa propaganda, quero mostrar que o diagnóstico olha um recorte, um único ponto e não a cena toda. O diagnóstico de Síndrome de Burnout numa professora se foca num ponto; essa professora pode estar em estafa mental com relação ao seu trabalho e à sua vida, mas não se olha o cenário todo, do que a levou a essa estafa.

Um diagnóstico de dislexia numa criança se foca num ponto, no de ela não estar aprendendo a ler e escrever, mas não se foca em outros pontos, como, por exemplo, que o

processo de aprendizagem depende de várias lógicas que o próprio sujeito constrói. Depois que aprendemos a ler e a escrever, nem nos tocamos mais disso, mas a escrita não é totalmente lógica, ela tem uma série de regras de exceções, de características que têm a ver com a história de construção da escrita em cada idioma. Uma criança se vê com isso, inclusive na fala, quando vemos crianças aprendendo a falar, é muito comum percebermos a criança conjugar um verbo erroneamente, por exemplo. Por exemplo, ao invés de dizer “eu fui”, ela diz “eu io”,

Do ponto de vista do funcionamento linguístico, é possível a criança fazer essas trocas, essas mudanças, e nós vemos muito a criança fazendo isso. As mães presentes já devem ter visto seus filhos conjugando um verbo de uma forma completamente errada.

Na escrita, isso também acontece e muito, só que o problema é tomar isso como diagnóstico de uma doença, como sintoma de uma doença. Temos que tomar muito cuidado com isso, porque não podemos transformar sujeitos potentes para aprender em sujeitos doentes.

É isso, gente. Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Apesar de só termos mais 20 minutos de reunião, quero dizer que não ousei interromper nem a Beatriz nem o Jason. Eles tiveram 15 minutos para falar e eu nem contei. Na verdade, foi um aprendizado. Todos que estão aqui gostaram realmente e ninguém está aqui para fazer média. Quem esteve aqui hoje ganhou e quem não pôde estar, vai ter a chance de visitar o link da Câmara Municipal e rever a fala, que recarregou as nossas baterias e as nossas energias, porque é um tema polêmico e maravilhoso. Por isso, volto a dizer que todos têm que se empenhar e interagir a fim de avançarmos.

Pergunto ao padre se ele tem algo mais a falar. Uma coisa muito simples, viu padre, não uma palestra.

O SR. JOÃO INÁCIO MILDNER – Só sei fazer sermão. Na verdade, só quero

parabenizar os dois apresentadores. Achei fantástico como abordaram o tema.

Na minha função como padre, como ministro religioso, trabalho muito a questão da consciência, porque acho esse o ponto mais profundo do ser humano. Muitas vezes, conversando com uma pessoa, numa confissão, descobrimos que não souberam trabalhar o seu problema e ela é medicalizada. Uma pessoa, por exemplo, que não se perdoa por um fato passado, receita-lhe medicação.

Por isso eu gostei da apresentação, porque confirma a tese que tenho no mundo religioso: muita gente toma psicotrópico porque não sabe se perdoar, não sabe se aceitar. Este, então é desafio: sabermos conviver com o diferente, porque hoje temos a ideia de que tudo tem que ser formatado. Não, nós devemos conviver com o diferente e é aquilo que eu disse outras vezes aqui nesta Casa: em vez de construir muros, vamos construir pontes, como pede o próprio Francisco.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Padre João e parabéns aos expositores. (Palmas)

Peço ao Arnaldo para falar alguma coisa como representante de uma associação dos professores, já que o Jason tão feliz na exposição do tema. Quero que vocês, não só a sua entidade, como outros sindicatos, participem dessa briga, dessa luta. Isso é muito importante para nós e nós temos que fazer alguma coisa. Precisamos nos mexer, divulgar e jogar isso na mídia.

O SR. ARNALDO RIBEIRO DOS SANTOS – Bom dia a todos. Agradeço o convite. Como não pensei que ia fazer parte da Mesa, fiz algumas anotações.

Represento a Aprofem – Sindicato dos Professores e Funcionários Municipais de São Paulo, entidade que já tem 35 anos e que não tem vínculo partidário e é independente, sempre preocupada com a formação de seus filiados e com a contextualização de situações. Tanto é que, de 2008 para cá, nós somos pioneiros em cursos a distância e mais recentemente via internet.

Dentre os assuntos que abordamos nos cursos, dois deles se referiram especificamente a problemas de aprendizagem com crianças ditas com problemas ou diagnosticadas com baixo nível de aprendizagem e crianças diagnosticadas com altas habilidades.

Em relação a problemas aqui apontados com relação à diagnóstico em função da medicalização, nós detectamos isso tanto em alunos como em professores.

Com relação a alunos, até os órgãos criados pela Prefeitura, como o Cefai, como o Naapa - Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem, criado no final de 2014, justamente para auxiliar o professor nesse diagnóstico.

A Beatriz e Jason expuseram pontos claros e que realmente acontecem na Educação. Temos, aí, o aluno e o professor: os dois passam por esse problema da medicalização. A criança, porque a família, às vezes, descuida, não leva ao profissional adequado. Cai em um profissional que, às vezes, está até sendo assediado pela indústria farmacêutica. E, no caso do professor que, às vezes, também nem vai ao médico, se automedica em função do fato de que determinado remédio foi bom para o colega e que deve ser bom para ele. E toma de forma continuada sem perceber os males que decorrem daí.

Com relação ao aluno. A escola também precisa se preparar com relação ao aluno. Às vezes, é confundido um problema de aprendizagem com uma superdotação que não foi percebida. A Revista *Época*, da semana passada, trouxe já na capa um caso do Professor estudioso Giovanni Eldasi, que tive o privilégio de conhecer. Ele e um colega, em uma cidade de Minas, os dois na mesma escola foram tratados como doentes. Foram levados a clínicas e, na realidade, o problema era outro. A revista mostra isso, o histórico de vida dele, mostra os percalços que ele passou. Inclusive, ele faz um estudo, hoje, com relação a suicídios entre pessoas com altas habilidades e superdotadas.

Pude perceber que, realmente, é o que ele fala. Fui seminarista na década de 60, na época em que a missa era em latim ainda. Durante anos ouvi a missa em latim. Estava almoçando e o assunto veio à baila e ele disse que também sabia latim e rezou o Pai Nosso. Eu tinha e tenho essa estrutura do latim na cabeça e sabia o Pai Nosso porque rezava todo



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

TERMO DE ENCERRAMENTO DE VOLUME DE PROCESSO

Este é o volume 1 do processo nº **37-004/2015**,
que se encerra à folha nº 150.

Segue o volume 2, que será iniciado a partir da
folha nº 151.

03/10/2017.

Inácio Veiga
RF.11.132.