



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
16 de março de 2016 - Farmacovigilância e SUS - Ações em relação à Medicalização	29
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 convencionando 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.crp.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.

Medicamentalizar: 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 Fórum 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 “medicamentação”, “farmatização”, 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/NotaTecnicaForumnet_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 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 número 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 círculo vicioso no diagnóstico e no tratamento excessivo com uma autopetuação 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 detecção 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

Composição da Mesa: Vereador Anibal de Freitas, Vereadora Noemi Nonato, Vereador Vavá, Dra. Dirce Cruz Marques e o Pe. João Inácio Mildner.

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 dá início a sua palestra e 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 focar alguns exemplos voltados exclusivamente à questão do medicamento que é seu objeto de trabalho.

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

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

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 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

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

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

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.

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.

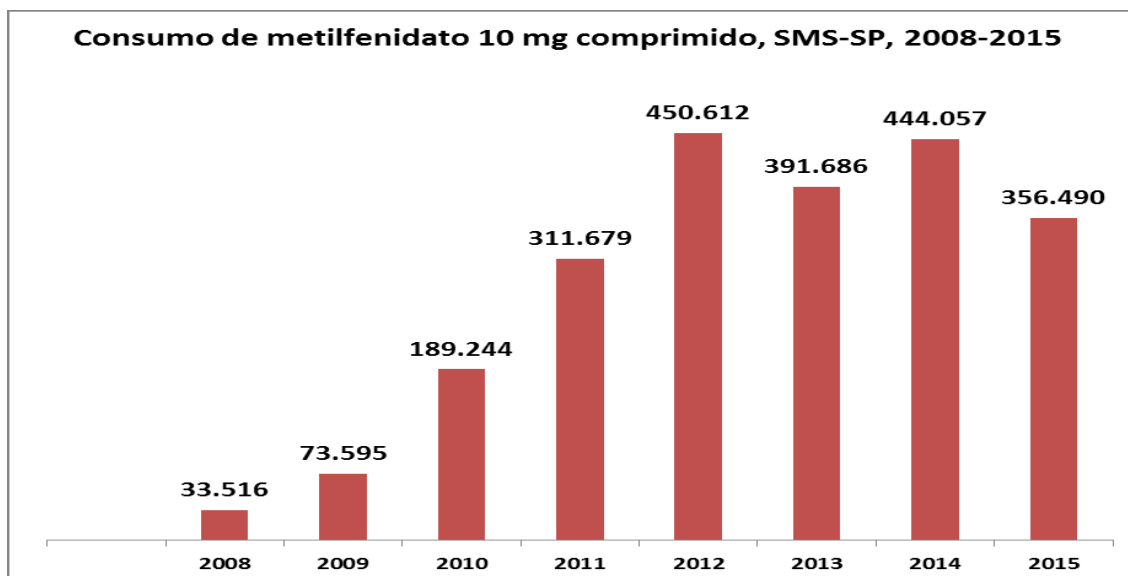
A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo organiza sua atuação nas quase 600 farmácias do município de acordo com esses princípios, utilizando-se de ferramentas e com algumas limitações, sempre na perspectiva de propiciar o acesso e do uso racional do medicamento. Como exemplo temos o metilfenidato, 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

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

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

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 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

⁷ Anexo 3

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

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

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 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

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

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

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 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

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

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

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 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 Farmocovigilância 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 Fosfolípide, alteração placentária genética e causadora de muitos

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

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

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.

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

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

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

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 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?

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher

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

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 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

Composição da Mesa: Vereador Anibal de Freitas, Sr. Reynaldo Mapelli Júnior, Sra. Heloísa Helena Ferreira Silva; Srta. Ana Luiza Chieffi; Sra. Paula Sue Facundo de Siqueira, neste ato representando o Secretário de Estado da Saúde David Uip; Sra. Gisele Benetti, do Conselho Regional de Farmácia; Sra. Ione Taiar Fucs, da ADJ Diabetes Brasil; Sra. Ivonildes Ferreira da Silva, do SEESP - Sindicato dos Enfermeiros de São Paulo; Sr. Jason Gomes Rodrigues Santos, do Conselho Regional de Fonoaudiologia; Padre João Inácio Mildner, da Cúria Metropolitana.

Palestrantes convidados: Dra. Heloisa Helena Ferreira da Silva, Procuradoria do Município, Chefe da Assessoria Jurídica da Sec. Mun. de Saúde; Ms. Ana Luiza Chieffi, pesquisadora do tema judicialização da saúde; Diretora na área de Vigilância Sanitária da Indústria Farmacêutica; e, 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 primeira apresentação realizada 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

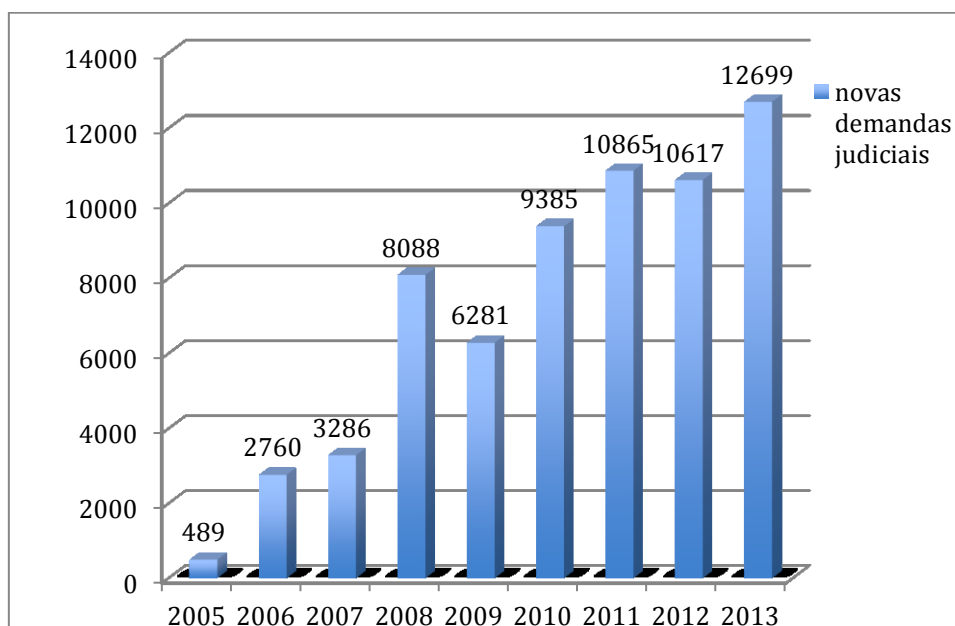
inovações. Este é transparente, democrático, há consulta pública e há prazo e qualquer um não pode entrar com uma solicitação. É óbvio, tem de ter dados de ensaios clínicos, mas a sociedade, a sociedade médica, a indústria farmacêutica, a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde 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/): (<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 / sache	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 (BUFFERIN)	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	595,03
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 muito confuso. 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 n^{os} 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.” Aí 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 sequência 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 a séries hipoglicemicas 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 sequencia, 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 Clinicas 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 nº1.289, 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 diabete 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. Afirma 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/ses/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 prescritor, 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 – HC/FM/ Universidade de São Paulo representando a presidência do CRM; e, Dra. Neide Aparecida Salles Biscuola, Dentista, 2ª Vice Presidente da Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo.

Também foram anunciadas as 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,

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

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

segue a indicação de outra pessoa que já fez um determinado tratamento com sintomas 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.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

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

Outra questão tratada é que nos serviços de saúde públicos existe uma lista de 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*

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

prejuízos. O fato de rotular pessoas como doentes pode deixá-las ansiosas e 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 Cecília 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

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

na prática existem situações em que o diagnóstico tem de ser feito, a medicação tem de 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 importante é a Unidade Básica de Saúde com estratégia da saúde da

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

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

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: Vereador Anibal de Freitas, Vereador Vavá, 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; 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.

Palestrantes: Dra. Sandra Aparecida Jeremias, Ms. Ana Luiza Chieffi e Dr. 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 Polônia	17 México
18 Bélgica	18 Holanda	18 Argentina
19 Polônia	19 Bélgica	19 Polônia
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	N ^o 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.

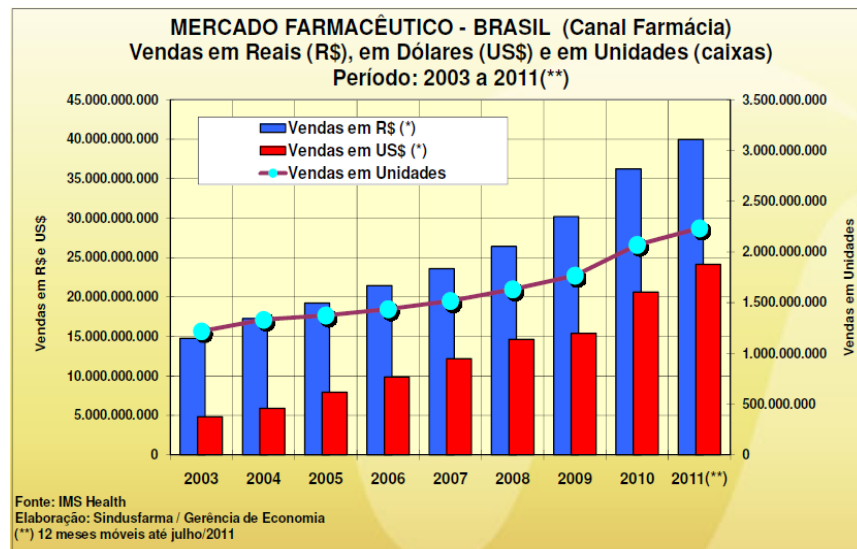
A lógica mercadológica do consumo de medicamentos tem um grande impacto no orçamento público, sendo o segundo maior gasto do sistema público de saúde em países em desenvolvimento, perdendo somente para os gastos com recursos humanos (OMS). No Brasil, a evolução do mercado farmacêutico no período de 2003 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf

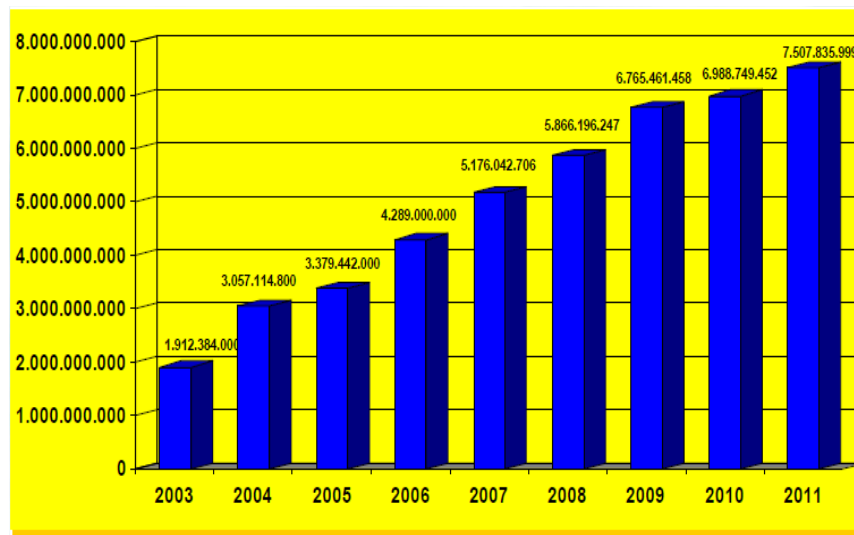
COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

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 convocados 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.

Composição da mesa: Vereador Anibal de Freitas, Vereador Vavá, Dr. Roberto Tykanori, Coord. de Saúde Mental da Sec. Mun. de Saúde; Alan Martins da Silva, pesquisador; Jorge Cândido de Assis; José Alberto Orsi, da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE), Pe. João Inácio Mildner, da Arquidiocese de São Paulo, e o Dr. Richard Weingarten, da Yale University, especializado em psiquiatria.

Palestrantes convidados: Dr. Roberto Tykanori, Coordenador de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde; Jorge Cândido de Assis e José Alberto Orsi, ambos da ABRE, e Alan Martins da Silva.

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

A sessão foi iniciada 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 (ABRE), mais 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

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, interagiu 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

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 potencia 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 comparado 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 bromazepam. 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 evoluiriam 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 lidando. 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

peças na luta antimanicomial e as peças que foram ao nosso fórum ontem; os ouvintes de vozes, através do Paul Baker, que é um estudioso do assunto; dizerem que não são todas as peças com esquizofrenia que ouvem vozes. Existem peças 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 peças 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 peças 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 peças que dizem que a medicação pode ser prescindida. Eu vivo o preconceito. As peças 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 alcoólatra 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: Vereador Anibal de Freitas, Vereador Vavá, Dr. Emilio Telesi Júnior, Sr. André Luís Brum de Marino, representante do Conselho de Farmácia. Padre João, da Arquidiocese de São Paulo.

Palestrante: 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.

“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?

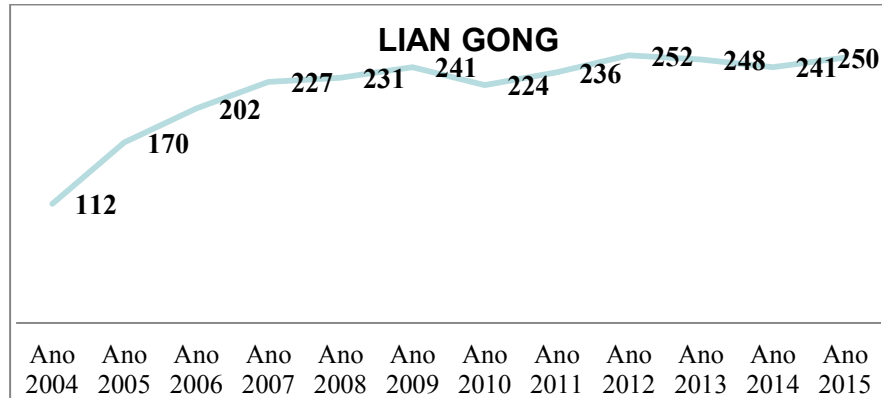
A resposta do porque há essa grande procura das práticas integrativas é mais bem dada por aqueles que realizam essas práticas, sejam tanto os trabalhadores de saúde, como a população que busca esse serviço. São recursos mais simples, mais eficazes, mais naturais e muito mais baratos. São recursos sustentáveis, 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.

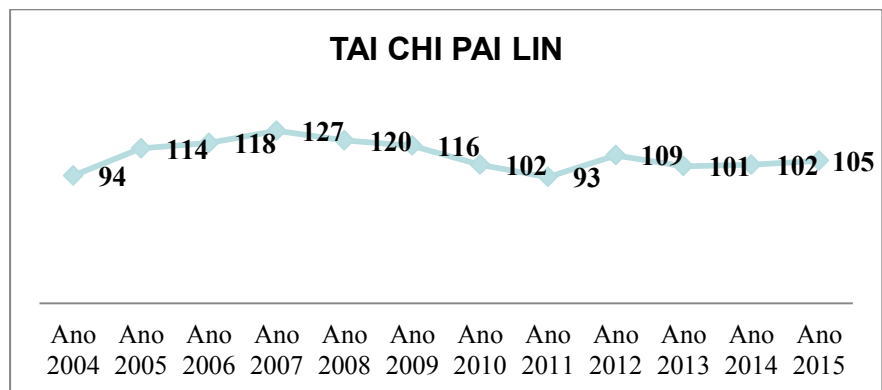
A seguir, uma série de gráficos que apresentam o número de Unidades que realizam a prática complementar especificada, no período de 2004 a 2015.

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

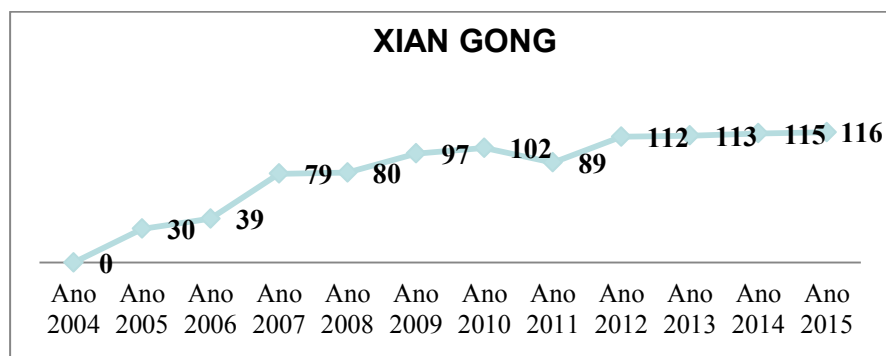
Subcomissão de Medicalização da Vida Cotidiana
no Campo da Educação e da Sociedade



São 250 unidades de saúde da Secretaria que têm a prática do *lian kun*. São exercícios muito simples, agradáveis de fazer, que resolvem e ajudam em muitos problemas de saúde.



O *tai chi pai lin* é uma prática muito frequente e é desenvolvida em 105 unidades de saúde. O *shian kun* está presente em 116 unidades de saúde

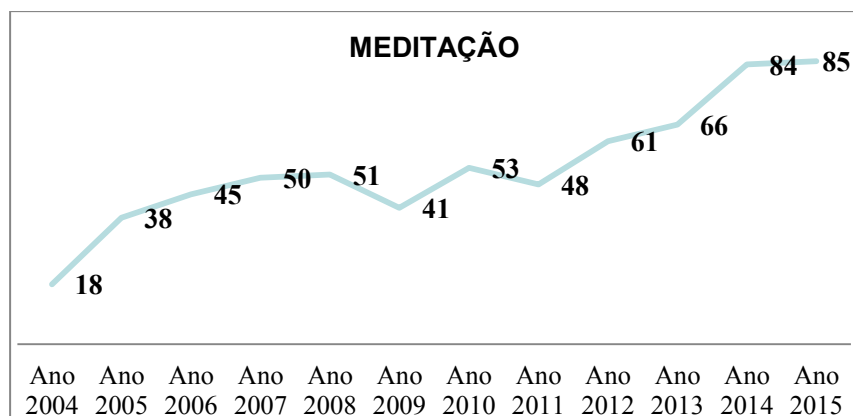


A meditação é uma prática de autoconhecimento, é uma atitude de calma, de

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/a80ec477-bb36-4ae0-b1d2-e2461217e06b>

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 médica, 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 envoltas 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 Anibal de Freitas
Presidente

Vereadora Patrícia Bezerra
Vice Presidente

Vereador Vavá
Relator

Vereador Rubens Calvo

Vereadora Noemi Nonato

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.
- 10) Pesquisa na base de projetos legislativos (CMSP) tendo como palavras-chave: “distúrbios”, “saúde escolar”, “medicamentos” e “síndromes”.



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

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

Anexo 1

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

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 conseqüências 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>

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 freqüentemente confundidos, culpando-se as vítimas, com graves conseqüências 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.crpsp.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 sitio do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo http://www.crpsp.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

São Paulo, 17 de Março de 2015.

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

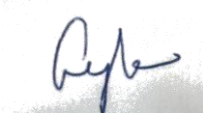
S.m.j.

SECRETARIA EXECUTIVA DO FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE

Jason Gomes - Palavra Criativa



Lygia Viegas - Núcleo Bahia



Helena Rego Monteiro - Conselho Regional de Psicologia Rio de Janeiro



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

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.



**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>

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

No que tange às **equipes multiprofissionais** mencionadas no referido Substitutivo temos a observar que:

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 sítio 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.

- Problematizar 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.

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;

Contribuições na realização do planejamento e das práticas pedagógicas da instituição.

Art. 2º - É vedado ao fonoaudiólogo realizar atendimento clínico/terapêutico dentro de Instituições de educação infantil, ensino fundamental e médio, mesmo sendo inclusivas.

§ 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

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.



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;

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

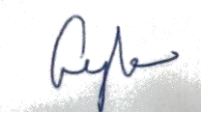
Jason Gomes - Associação Palavra Criativa



Helena Rego Monteiro - Conselho Regional de Psicologia Rio de Janeiro



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
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>

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



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

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

Anexo 2

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

www.medicalizacao.org.br

contato@medicalizacao.org.br

Análise e sistematização dos dados: Rui Harayama, Jason Gomes, Renata Barros, Dolores Galindo e Daniella Santos.

Projeto Gráfico: Rui Harayama

O CONSUMO DE RITALINA®, CONCERTA® E VENVANSE® NO BRASIL (2007-2015).....	4
VENDAS DE RITALINA®, CONCERTA® E VENVANSE®.....	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).

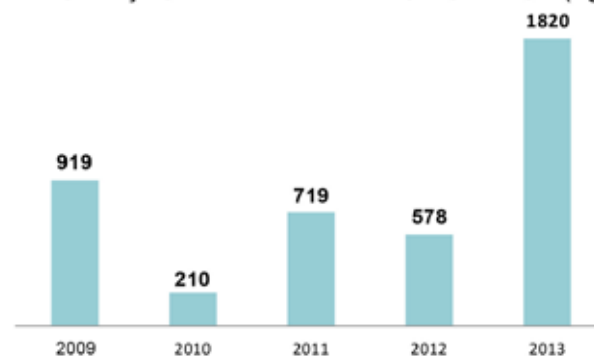
Apesar do Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) n°23 afirmar que “as evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização.” (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.

O Brasil, apesar de não figurar entre os 10 maiores consumidores mundiais per capita, apresenta crescente importação do Metilfenidato, que passou de 578 kg importados em 2012 para 1820kg importados em 2013 (veja gráfico ao lado), um aumento de mais de 300%.

“A fabricação de metilfenidato e o seu uso para o tratamento do Transtorno de 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 [lei 9787/99](#)) e com grande variação de preço. Segundo Lista de preços de medicamentos, da [Câmara de Regulação do Mercado 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.

IMPORTAÇÃO DE METILFENIDATO NO BRASIL (Kg)



Fonte: Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (ONU), 2015:267



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.

RELAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS

PRINCÍPIO ATIVO	LABORATÓRIO	PRODUTO	APRESENTAÇÃO	CLASSE TERAPÊUTICA	PMC 19%	Preço por cápsula (aprox.)
CLORIDRATO DE ATOMOXETINA	ELI LILLY	STRATTERA	60 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 30	N07X0 - TODOS OS OUTROS PRODUTOS PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL	99,52	3,32
CLORIDRATO DE ATOMOXETINA	ELI LILLY	STRATTERA	40 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 30	N07X0 - TODOS OS OUTROS PRODUTOS PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL	66,35	2,21
CLORIDRATO DE ATOMOXETINA	ELI LILLY	STRATTERA	40 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 7	N07X0 - TODOS OS OUTROS PRODUTOS PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL	15,48	2,21
CLORIDRATO DE ATOMOXETINA	ELI LILLY	STRATTERA	25 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 7	N07X0 - TODOS OS OUTROS PRODUTOS PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL	9,67	1,36
CLORIDRATO DE ATOMOXETINA	ELI LILLY	STRATTERA	25 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 30	N07X0 - TODOS OS OUTROS PRODUTOS PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL	41,47	1,38
CLORIDRATO DE ATOMOXETINA	ELI LILLY	STRATTERA	18 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 7	N07X0 - TODOS OS OUTROS PRODUTOS PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL	6,97	1
CLORIDRATO DE ATOMOXETINA	ELI LILLY	STRATTERA	10 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 7	N07X0 - TODOS OS OUTROS PRODUTOS PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL	3,87	0,55
CLORIDRATO DE METILFENDATO	JANSSEN-CLAG	CONCERTA	18 MG COM REV LIB PROL CT FR PLAS OPC X 30	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	322,19	10,74
CLORIDRATO DE METILFENDATO	JANSSEN-CLAG	CONCERTA	36 MG COM REV LIB PROL CT FR PLAS OPC X 30	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	437,84	14,59
CLORIDRATO DE METILFENDATO	JANSSEN-CLAG	CONCERTA	54 MG COM REV LIB PROL CT FR PLAS OPC X 30	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	437,87	14,6
CLORIDRATO DE METILFENDATO	NOVARTIS	RITALINA	10 MG COM CT BL AL PLAS INC X 20	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	21,9	1,1
CLORIDRATO DE METILFENDATO	NOVARTIS	RITALINA LA	30 MG CAP GEL DURA C/ MICROG LIB MOD CT FR PLAS X 30	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	236,85	7,9
CLORIDRATO DE METILFENDATO	NOVARTIS	RITALINA LA	40 MG CAP GEL DURA C/ MICROG LIB MOD CT FR PLAS X 30	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	248,66	8,29
CLORIDRATO DE METILFENDATO	NOVARTIS	RITALINA LA	20 MG CAP GEL DURA C/ MICROG LIB MOD CT FR PLAS X 30	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	225,57	7,52
CLORIDRATO DE METILFENDATO	NOVARTIS	RITALINA	10 MG COM CT BL AL PLAS INC X 60	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	65,68	1,09
CLORIDRATO DE METILFENDATO	NOVARTIS	RITALINA	10 MG COM CT BL AL AL X 20	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	22,13	1,11
CLORIDRATO DE METILFENDATO	NOVARTIS	RITALINA	10 MG COM CT BL AL AL X 60	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	66,35	1,11
CLORIDRATO DE METILFENDATO	NOVARTIS	RITALINA	10 MG COM CT BL AL AL X 30	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	33,19	1,11
CLORIDRATO DE METILFENDATO	NOVARTIS	RITALINA LA	10 MG CAP GEL DURA C/ MICROG LIB MOD CT FR PLAS X 30	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	84,62	2,82
DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA	SHIRE	VENVANSE	50 MG CAP GEL DURA CT FR PLAS OPC X 28	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	364,64	13,02
DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA	SHIRE	VENVANSE	30 MG CAP GEL DURA CT FR PLAS OPC X 28	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	300,71	10,74
DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA	SHIRE	VENVANSE	70 MG CAP GEL DURA CT FR PLAS OPC X 28	N06B0 - PSICOESTIMULANTES	364,64	13,02

Fonte: Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da ANVISA

O aumento da quantidade de metilfenidato fabricado é proporcional ao aumento do consumo em todo o mundo que pode ser atribuído à varias razões, como:

- o aumento do número de pacientes diagnosticados com TDAH;
- a ampliação da faixa etária dos pacientes que são susceptíveis a receber a prescrição de metilfenidato;
- o aumento do uso em adultos;
- erro no diagnóstico de TDAH e prescrição indevida de metilfenidato;
- a falta de diretrizes médicas adequadas relativas à prescrição de metilfenidato;**
- a oferta do mercado cada vez maior em muitos países;
- as práticas comerciais influentes, ou de marketing agressivo por parte de fabricantes de preparados farmacêuticos que contém metilfenidato,
- a pressão da opinião pública, como a exercida por associações de pais para o direito das crianças a acessar a medicação para o tratamento de TDAH. (ONU, 2015 p.39).

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 Físicas 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.

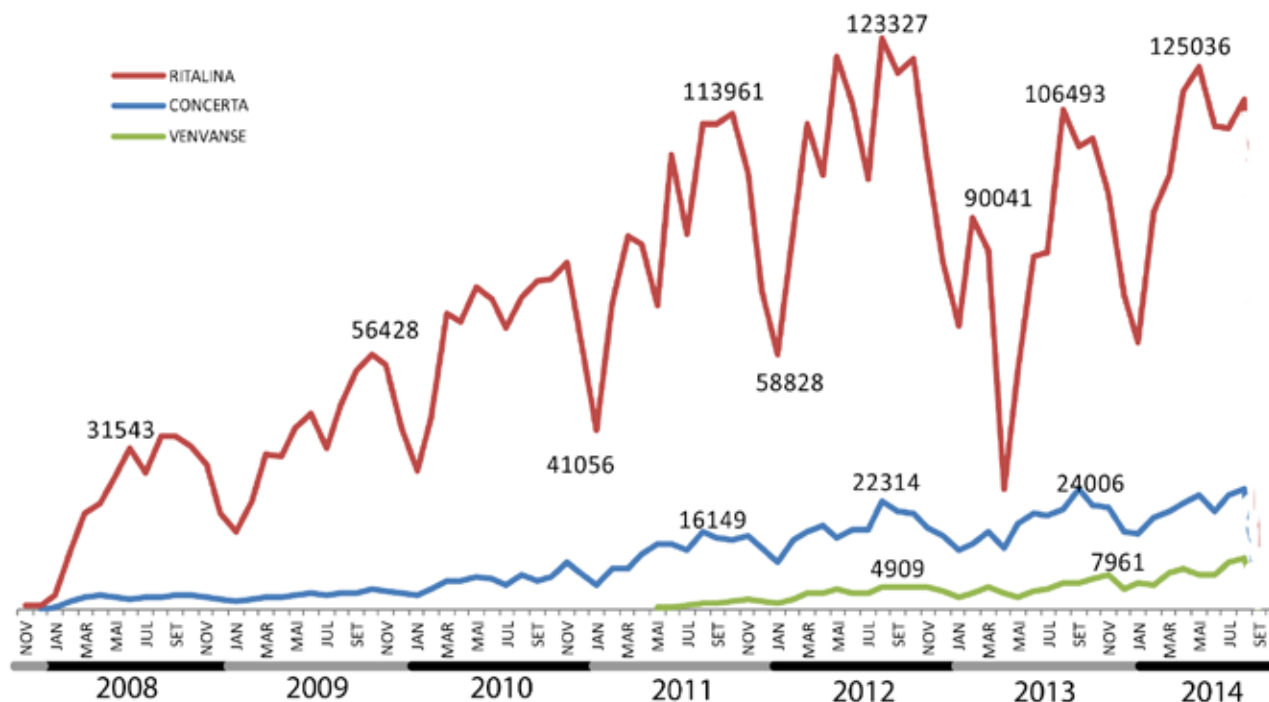
O período também apresentou aumento nas vendas de outros produtos similares para o tratamento do TDAH, como é o caso do Concerta® (Cloridrato de metilfenidato) e do Venvanse® (lis-dexanfetamina).

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 SNGPC.

“O uso do metilfenidato para questões médicas aumentou significante nos anos 1990s. [...] O aumento da fabricação e uso do metilfenidato é, 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, desinteresse, euforia e “olhar parado” e, a longo prazo, dependência, efeitos cardiovasculares e possível redução da estatura (cf. ITABORAHY; ORTEGA, 2013; ORTEGA et al, 2010).

VENDA DE CAIXAS (UFD) POR MÊS



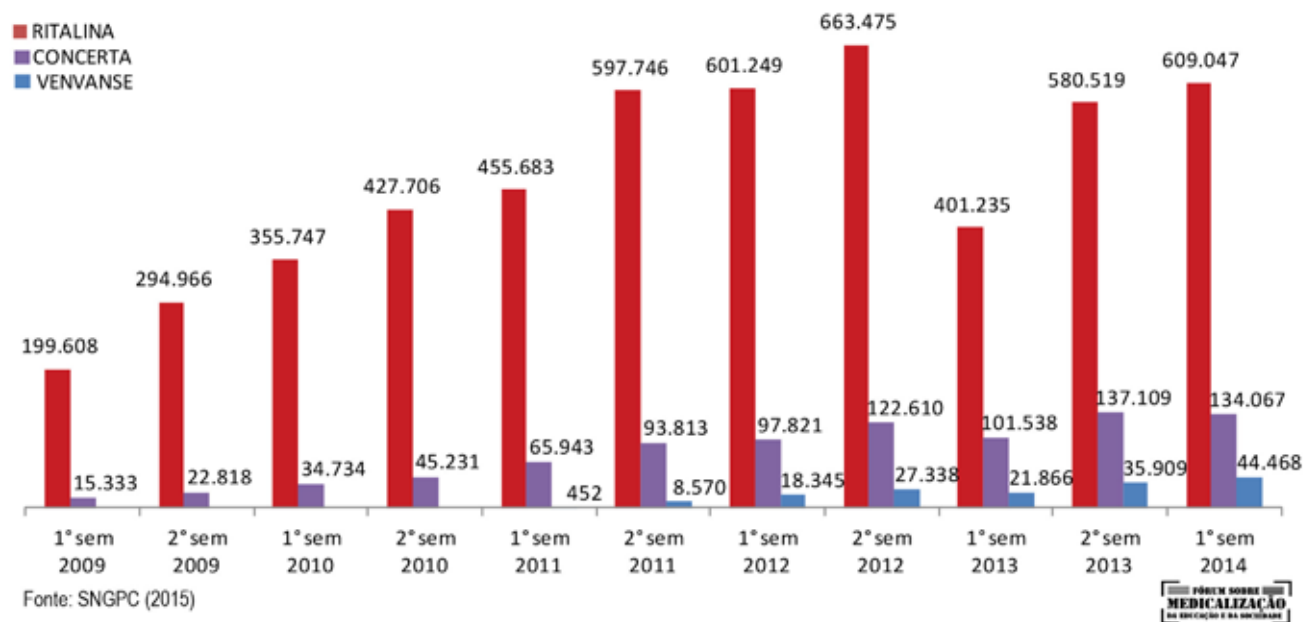
Fonte: SNGPC (2015)

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 [Novartis](#).

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

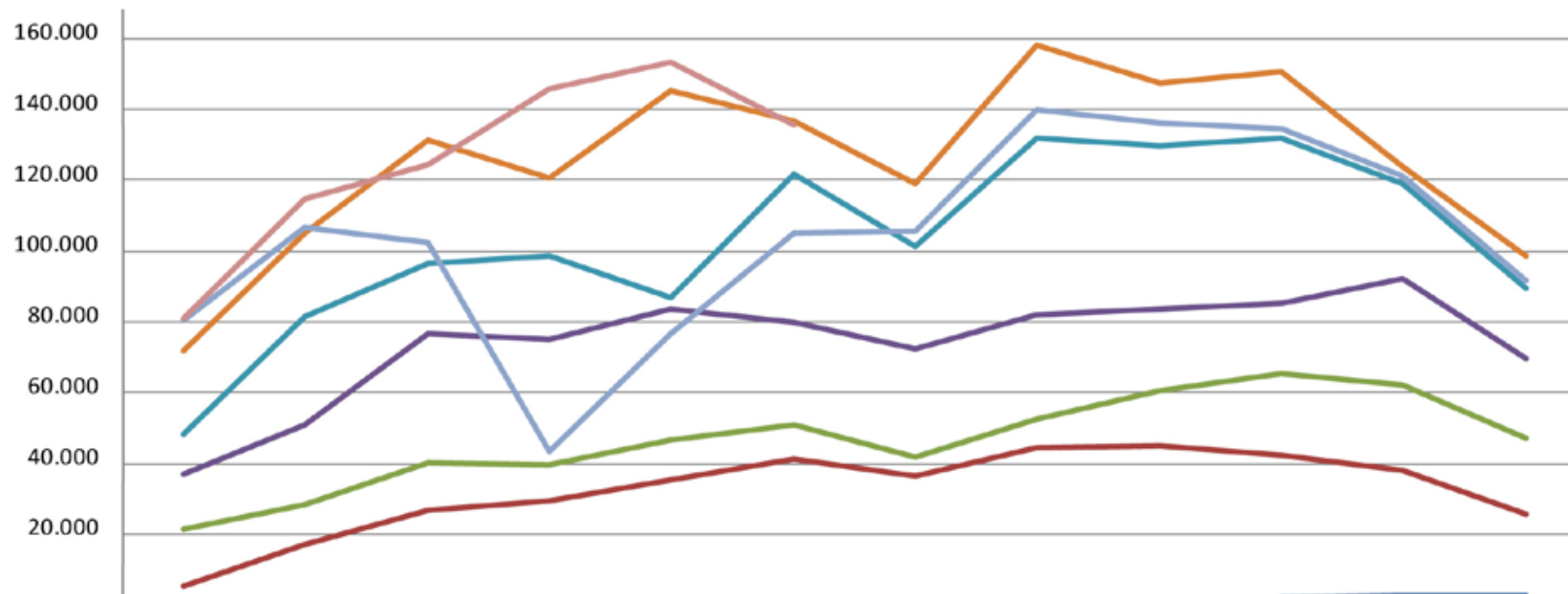


VENDA PROPORCIONAL (%) DE CAIXAS (UFD) DE CLORIDRATO DE METILFENIDATO POR MÊSxANO

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	6,9	8,7	8	9,6	9,1	7,9	10,5	9,8	10	8,2	6,5

Fonte: SNGPC (2015)

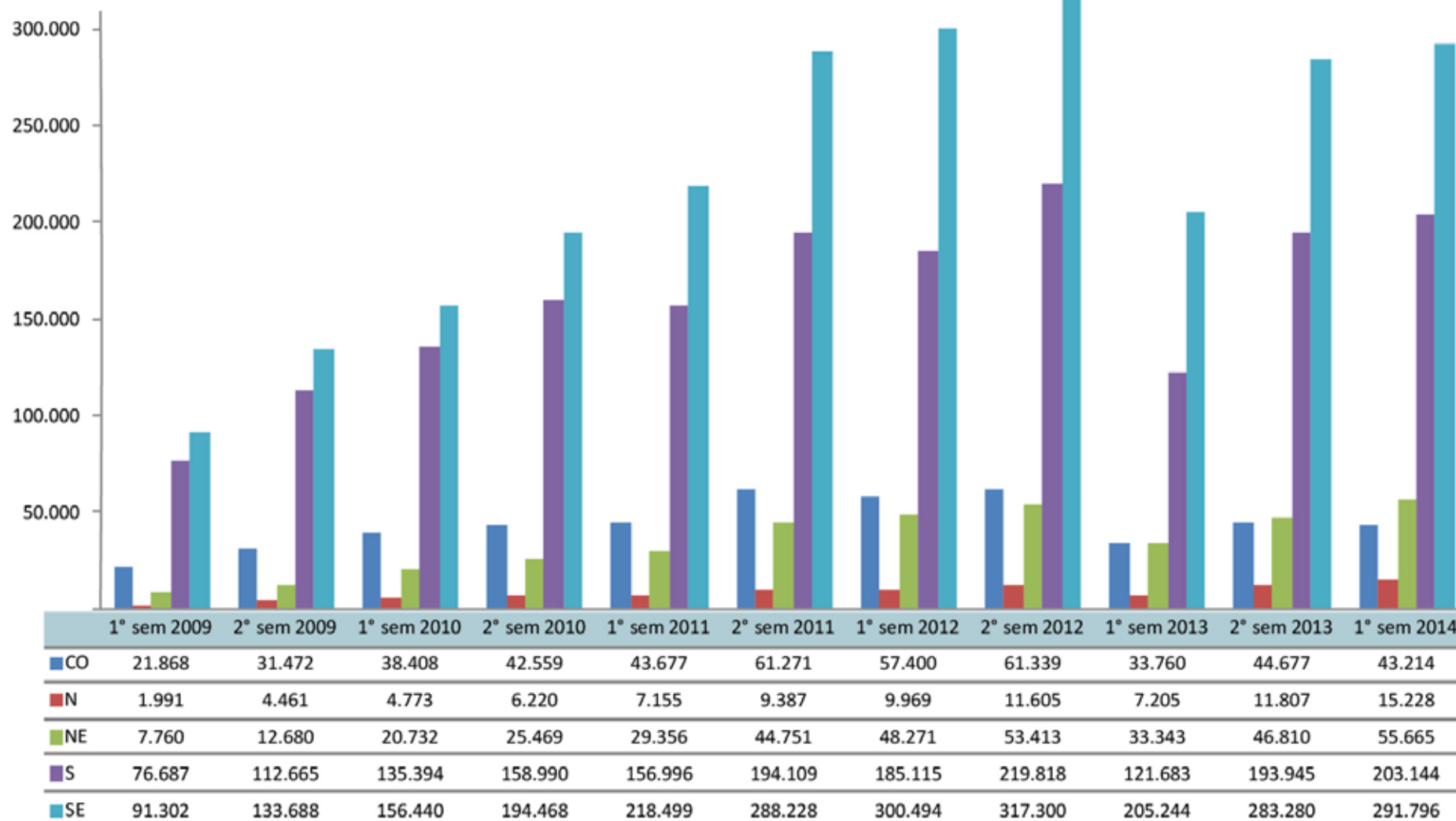
VENDA DE CAIXAS (UFD) DE CLORIDRATO DE METILFENIDATO POR MÊSxANO



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	26.525	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						

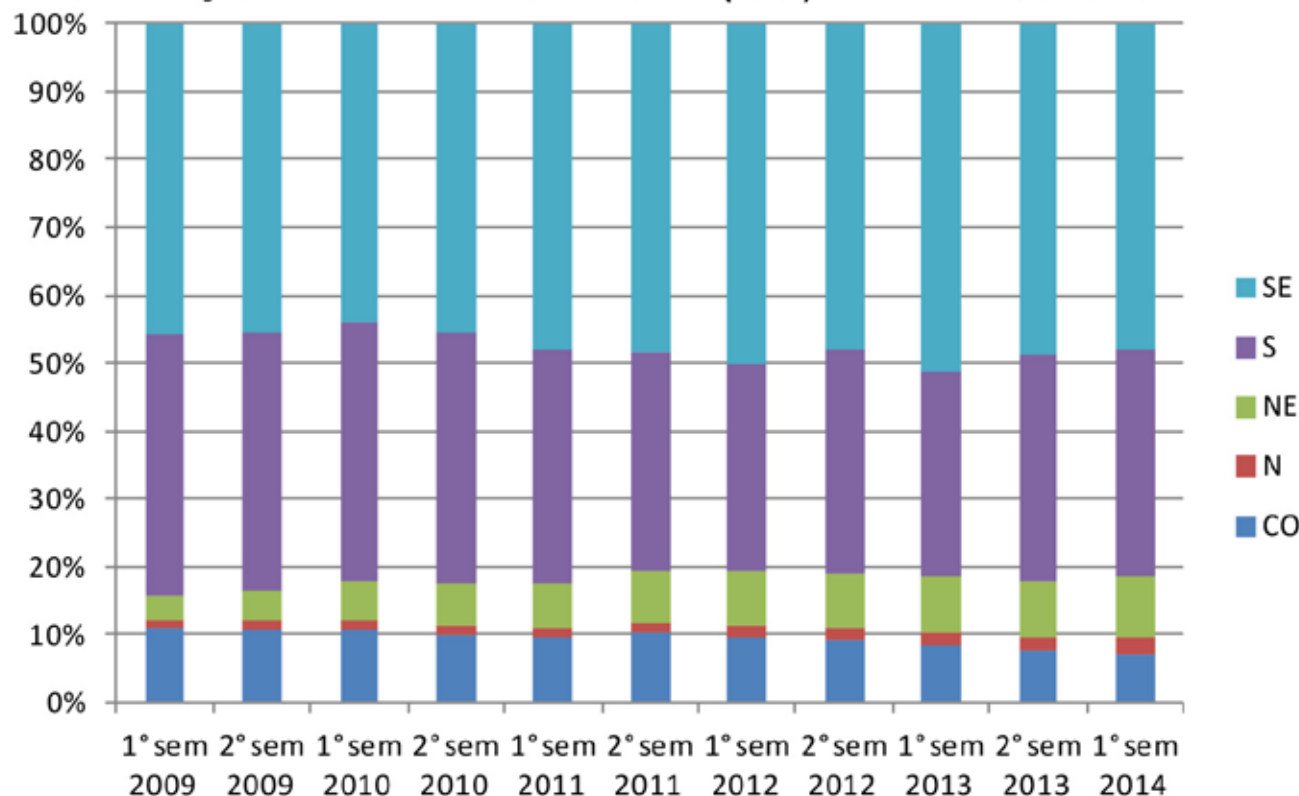
Fonte: SNGPC (2015)

VENDA DE RITALINA® (UFD) POR REGIÃOxSEMESTRE



Fonte: SNGPC (2015)

DISTRIBUIÇÃO DA VENDA DE RITALINA® (UFD) POR REGIÃOxSEMESTRE



Fonte: SNGPC (2015)



No Brasil, a região Sudeste é a que apresenta o maior número absoluto de consumo de Ritalina. 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 Ritalina®, 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.

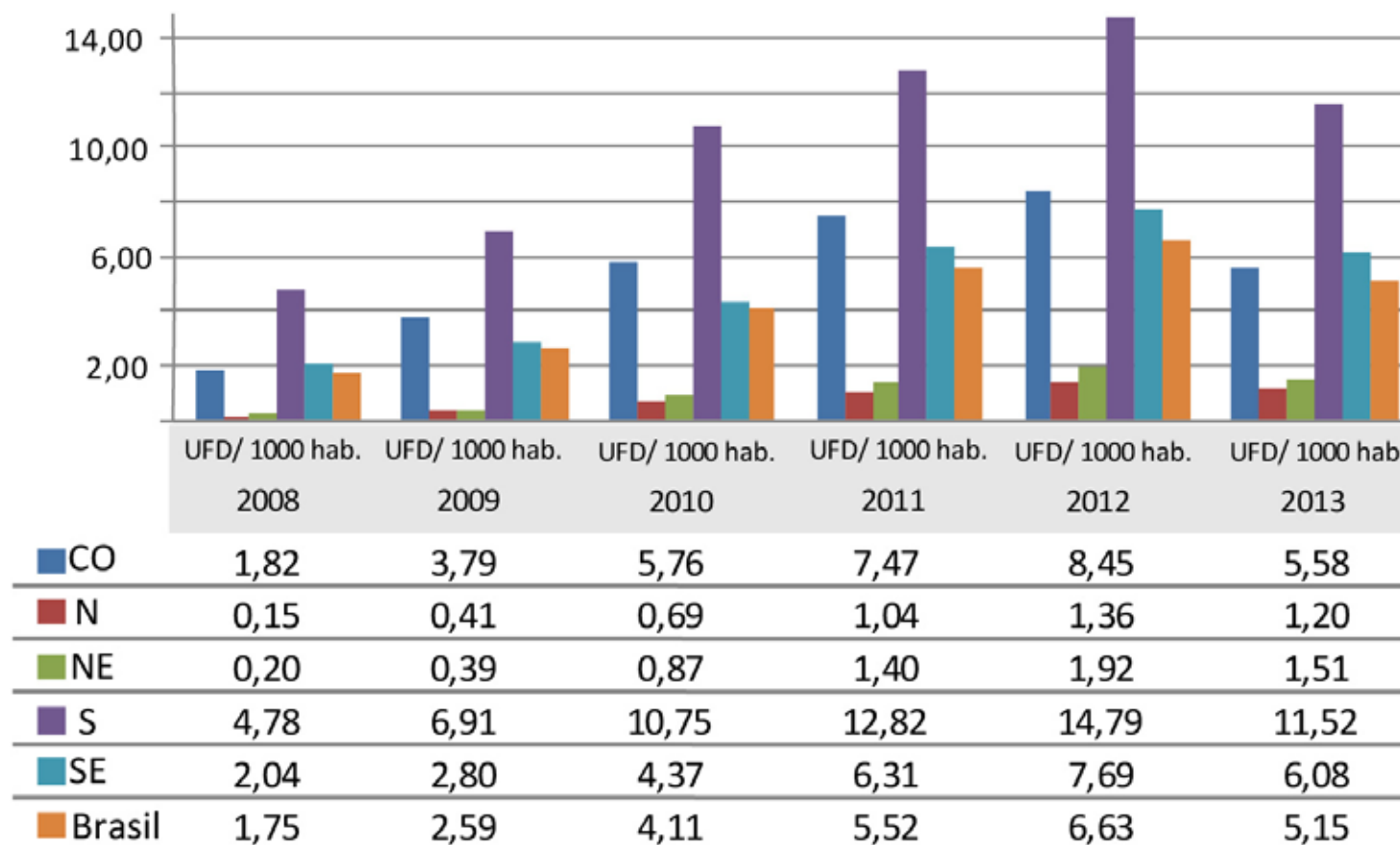
MAIORES COMPRADORES DE RITALINA® (UFD) (JAN 2009 - JUN 2014)

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

Fonte: SNGPC (2015)



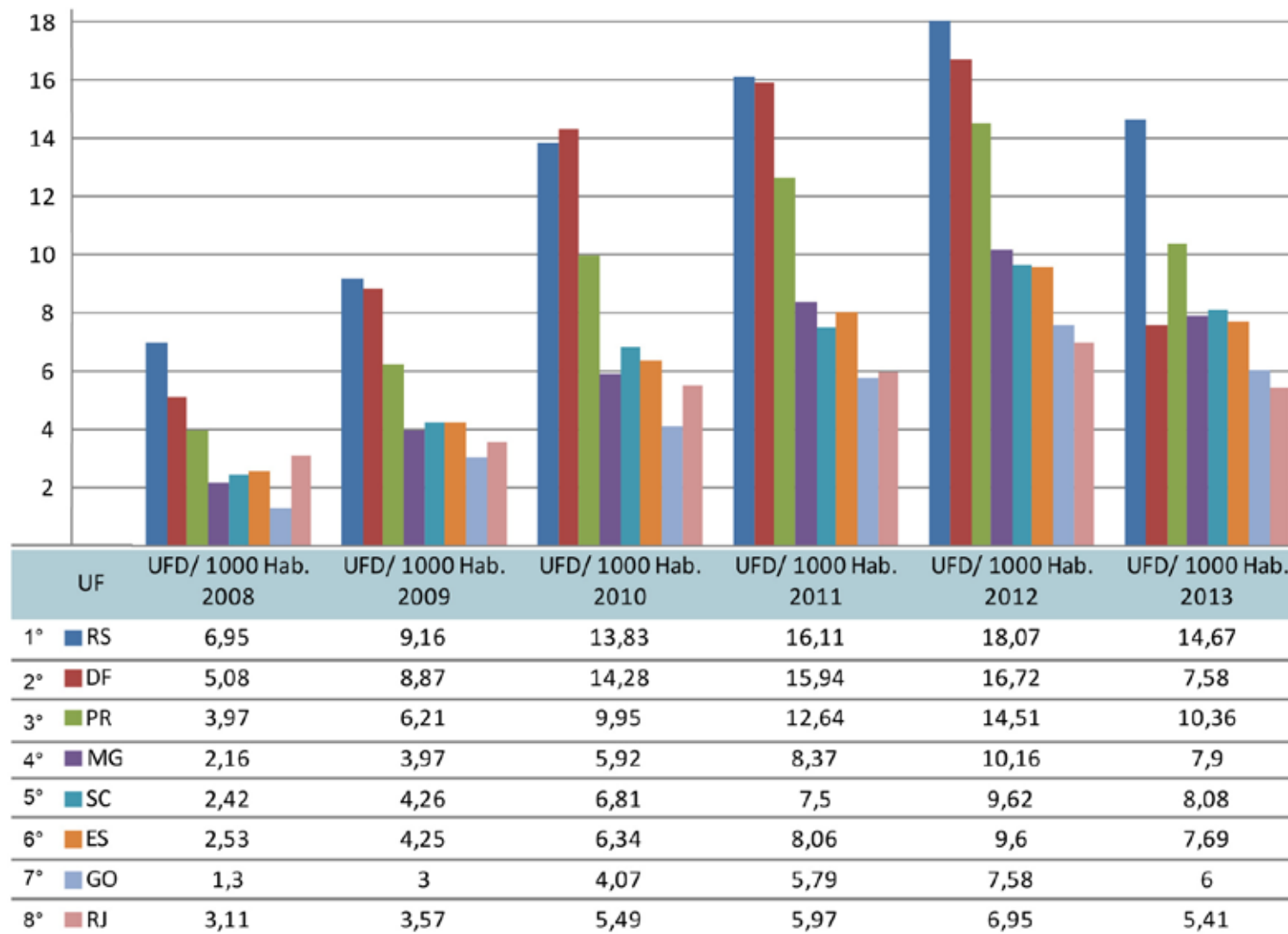
VENDA DE RITALINA® (UFD) POR 1.000 Habitantes



Fonte: SNGPC (2015)

Apesar do Sudeste ser o maior consumidor absoluto, a análise do consumo proporcional, da venda de caixas a cada 1000 habitantes (UFD/1.000 habitantes), indica que a Região Sul apresenta o maior índice de consumo de Ritalina®, seguidas pela região Centro-Oeste e Sudeste.

VENDA DE RITALINA® (UFD) POR 1.000 Habitantes ESTADOS COM MAIORES ÍNDICES



Fonte: SNGPC (2015) e IBGE (2010)

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

Fonte: SNGPC (2015)

VENDA DE RITALINA® (UFD) POR 1000 Habitantes

Ranking	Região	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.
		2008	2009	2010	2011	2012	2013
1°	RS capital	15	20,4	29	31,8	36,7	29,5
2°	GO capital	3,9	7,7	9,1	14,2	19,4	16
3°	ES capital	3,8	1,6	2,8	14,8	16,1	14,7
4°	SC capital	4,2	1,9	4,4	13,5	17,9	12,9
5°	MG capital	2,5	10,4	17,2	16,6	19,6	12,5
6°	RS interior	5,7	49,1	76	13,7	15,2	12,4
7°	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 Concerta® e Venvanse®. A ausência de dados da venda de Strattera®

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.

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 [9787/99](#)), o Rivotril®, da Roche, foi o 13º medicamento com o maior volume de vendas em reais em 2012, tendo movimentado R\$113,96milhões.

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 Índia, 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), Polônia (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	GLIFAGE XR	MERCK SERONO	115,05
13º	RIVOTRIL	ROCHE	113,96
14º	CRESTOR	ASTRAZENECA BRASIL	112,66
15º	BUSCOPAN COMPOSTO	BOEHRING ING	111,98

Fonte: IMS Health (2012) e Interfarma (2013)

MAIORES FABRICANTES DE CLONAZEPAM (2013)

Ranking	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 (ONU), 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.

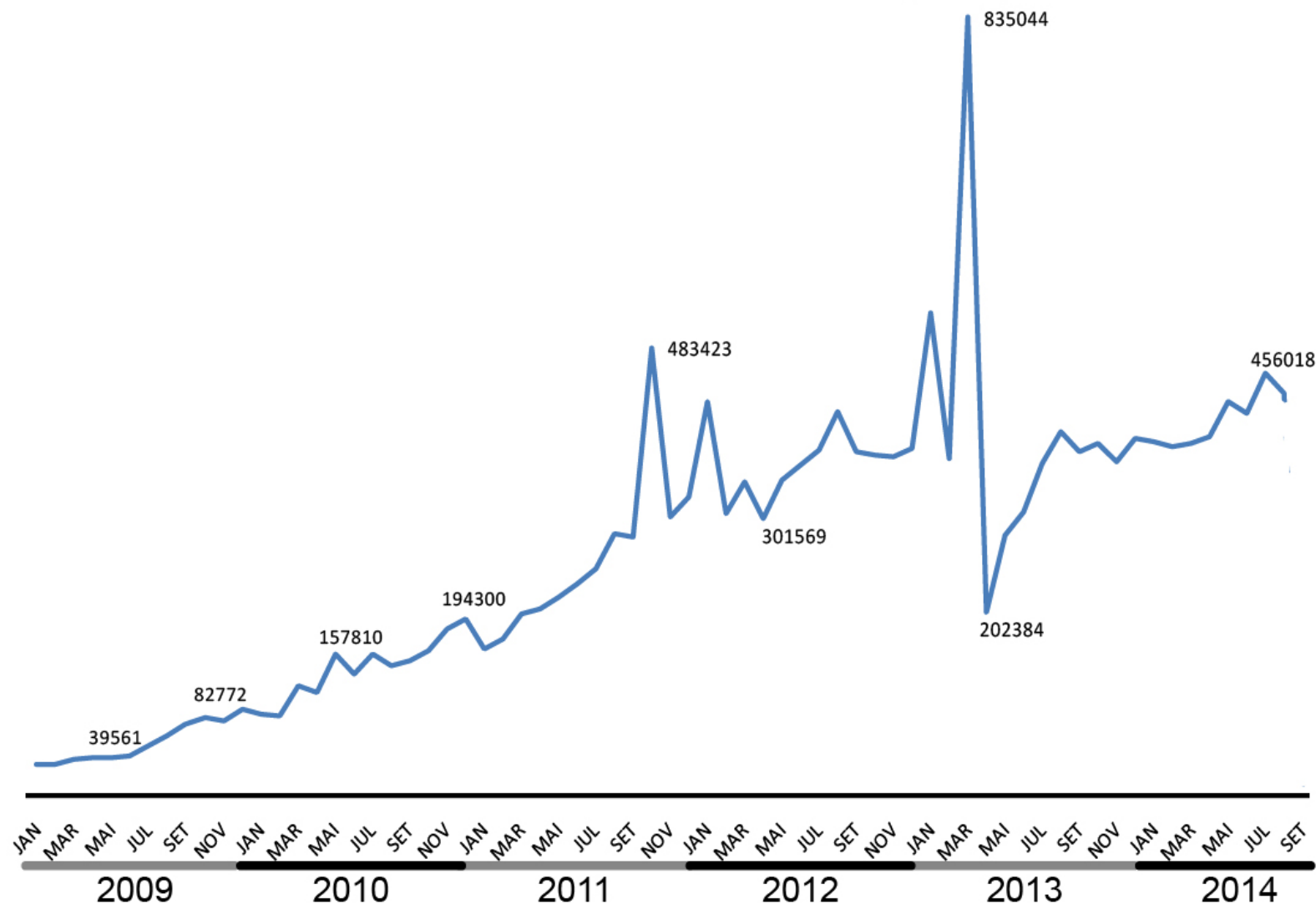
VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) NO BRASIL

ANO	CLONAZEPAM	%
2007	425	0,002
2008	267.510	1,466
2009	755.567	4,142
2010	1.708.700	9,367
2011	3.115.253	17,077
2012	4.345.945	23,824
2013	4.769.692	26,146
2014*	3.279.166	17,976
Total	18.242.258	100,00

*Dados até setembro de 2014.
Fonte: SNGPC (2015)



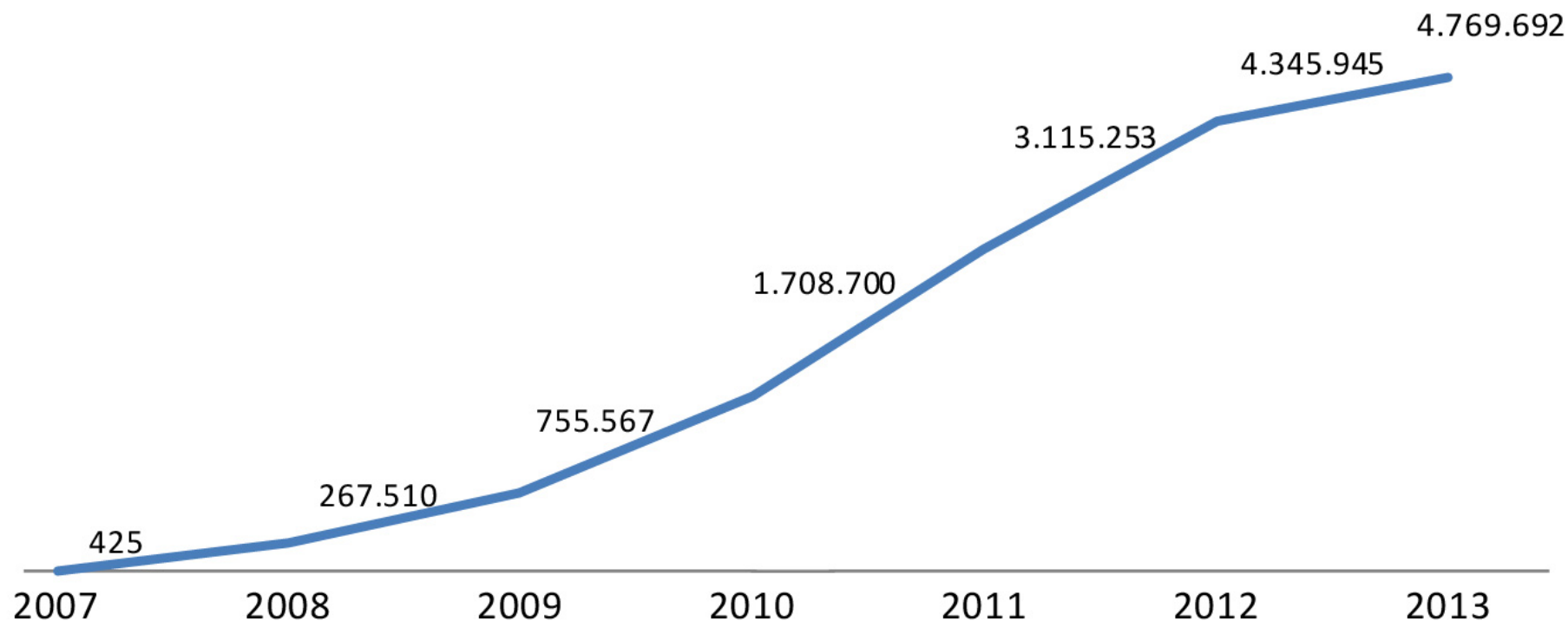
VENDA DE CLONAZEPAM (UFD)



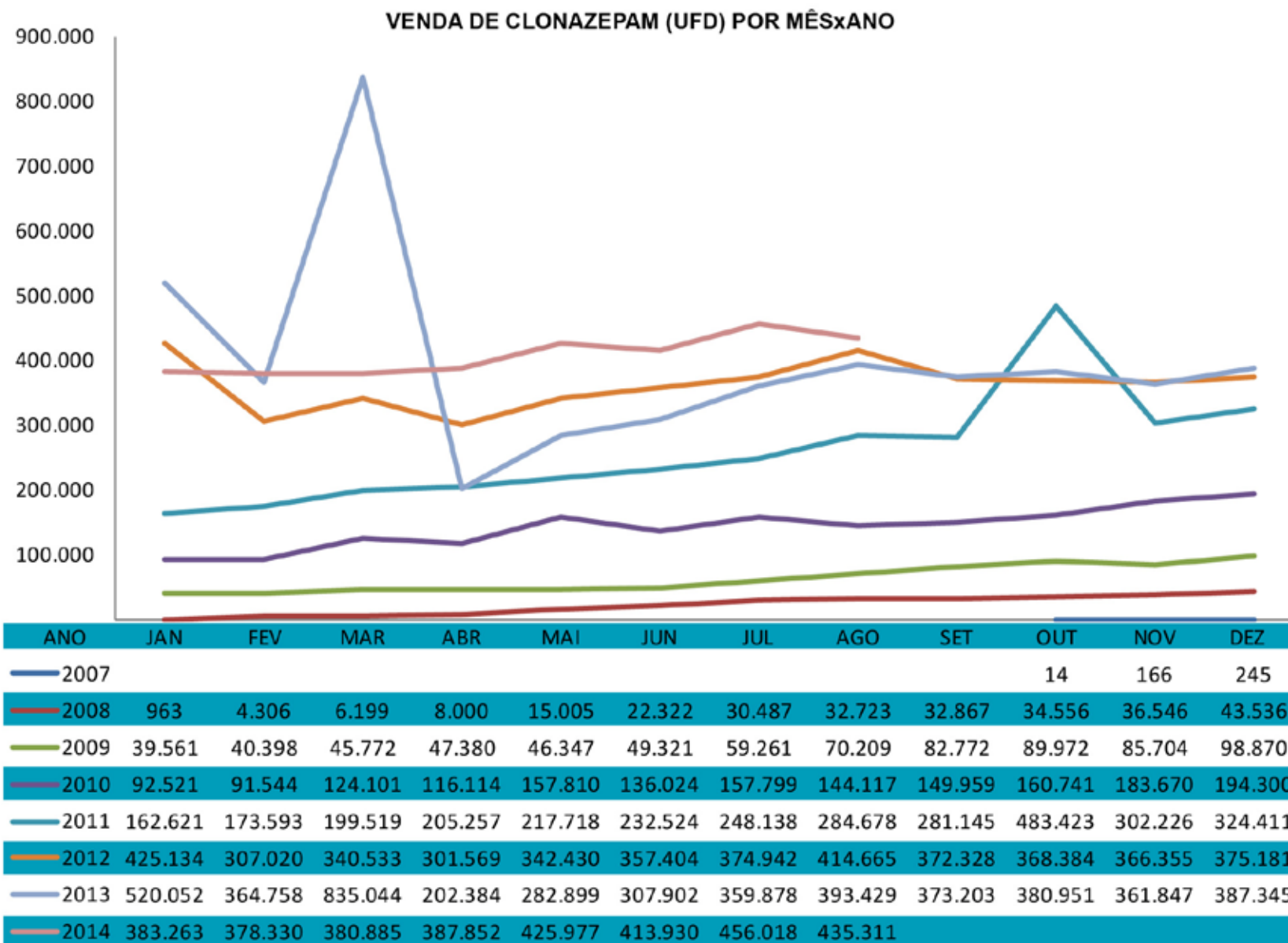
Fonte: SNGPC (2015)

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

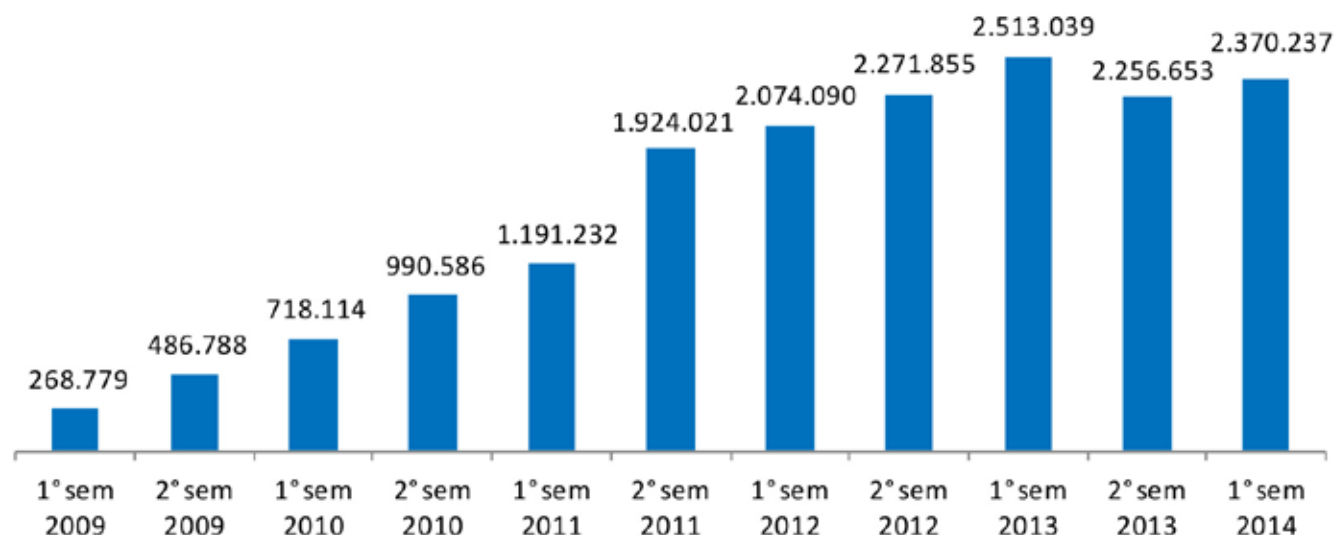


Fonte: SNGPC (2015)



Fonte: SNGPC (2015)

VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) POR SEMESTRE



Fonte: SNGPC (2015)



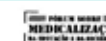
Em termos absolutos, o maior consumidor de Clonazepam é a região Sudeste, seguido pela regiões Sul e Nordeste. Entre Janeiro de 2008 a Junho de 2014, a região Sudeste foi responsável pelo consumo de 54,6% do Clonazepam, com a venda de 9.467.154 de caixas do medicamento.

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.

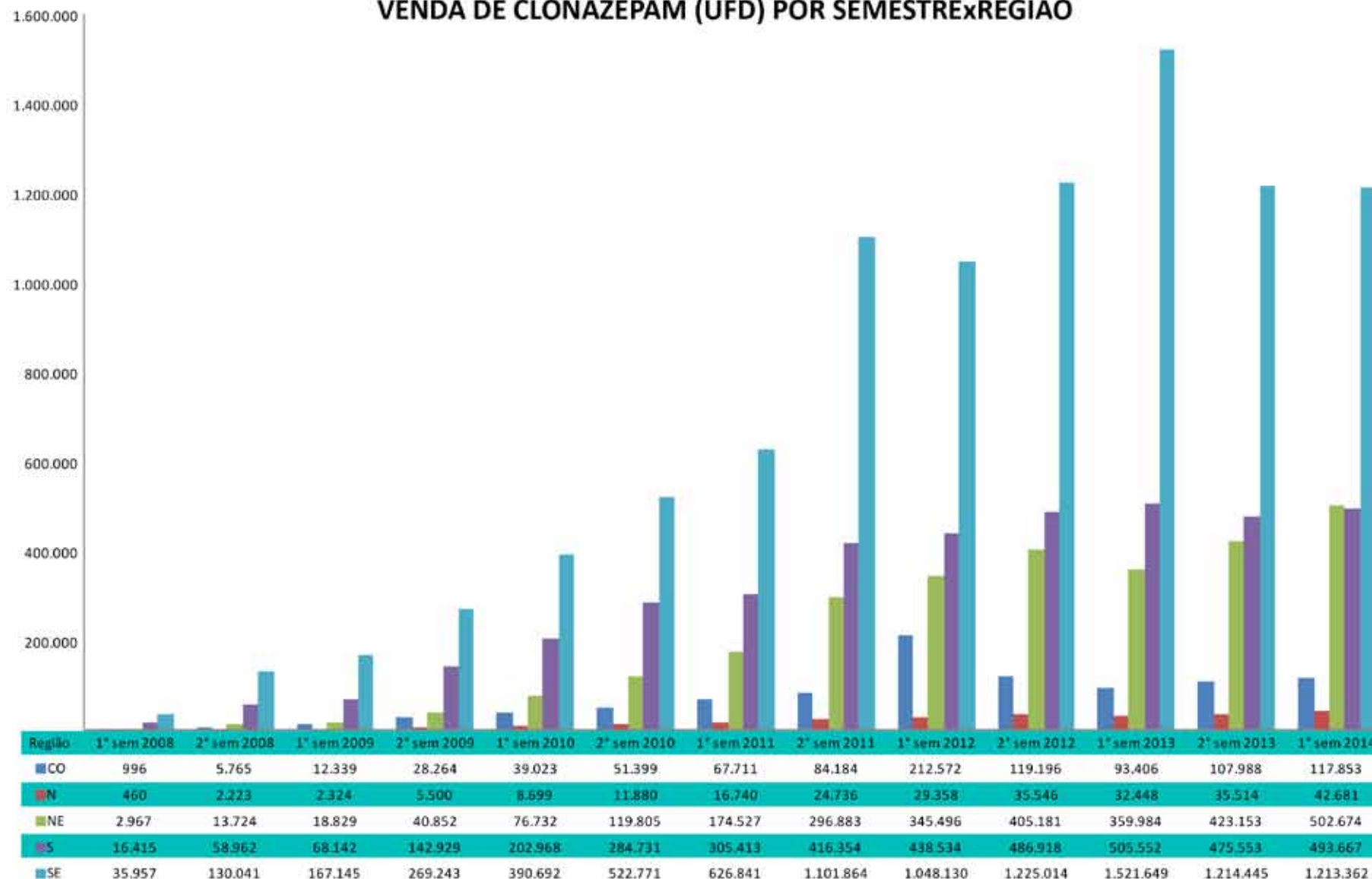
VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) JAN 2008 - JUN 2014

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	1.742.470	9,8
5º	SC	1.423.273	8
6º	PR	824.787	4,6
7º	PE	784.601	4,4
8º	ES	677.235	3,8
9º	GO	517.777	2,9
10º	BA	500.781	2,8
11º	RN	460.980	2,6
12º	PB	349.960	2
13º	CE	337.351	1,9
14º	DF	209.437	1,2
15º	MT	126.831	0,7
16º	PI	126.361	0,7
17º	PA	124.494	0,7
18º	MA	116.936	0,7
19º	MS	110.402	0,6
20º	SE	101.776	0,6
21º	AL	101.383	0,6
22º	RO	67.398	0,4
23º	TO	26.983	0,2
24º	AM	20.286	0,1
25º	AC	11.299	0,1
26º	AP	3.821	0
27º	RR	2.376	0
Total		17.788.922	100

Fonte: SNGPC (2015)



VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) POR SEMESTRExREGIÃO



Fonte: SNGPC (2015)

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

VENDA DE CLONAZEPAM (UFD) POR 1.000 Habitantes - ESTADOS COM MAIORES ÍNDICES

Ranking	UF	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
1°	ES	1,25	7,719	16,93	32,444	49,909	52,528	565.136
2°	RS	2,62	6,705	18,546	27,642	36,866	47,031	1.490.839
3°	SC	5,425	17,594	31,99	43,655	51,721	45,607	1.224.650
4°	RN	2,22	6,157	14,283	24,504	31,483	38,238	370.293
5°	RJ	2,988	7,832	16,738	36,196	37,578	37,995	2.227.818
6°	MG	3,235	7,91	12,712	21,337	37,286	37,726	2.355.702
7°	SP	1,222	3,127	8,172	14,971	18,567	29,194	3.105.136
8°	PB	0,885	3,452	7,38	12,596	21,093	27,238	273.613
9°	PE	0,241	1,051	5,07	14,359	23,064	25,712	611.318
10°	PR	1,289	2,818	8,567	14,686	19,918	18,496	686.982
11°	DF	0,93	4,115	9,114	16,253	22,216	16,748	178.303
12°	GO	0,503	3,526	7,667	12,097	35,302	16,149	451.749
13°	RO	0,072	1,02	2,836	5,232	9,567	13,914	50.997
14°	MS	0,247	1,222	3,171	7,109	12,149	12,4	88.895
15°	SE	0,341	1,723	4,193	8,472	12,808	11,85	81.454

Fonte: SNGPC (2015) e IBGE (2010)



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.

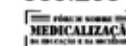
Ressalta-se que, com exceção do Espírito Santo, o consumo de Clonazepam não é homogêneo quando comparado ao consumo proporcional entre Capital e Interior. As regiões interioranas do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Rio de Janeiro apresentaram consumo superior do que em suas capitais, quando analisados 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 3° maior consumidor de Clonazepam a cada 1000 habitantes.

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
1°	ES capital	1,623	10,903	24,045	39,472	57,251	55,149	61.772
2°	ES interior	1,212	7,392	16,198	31,721	49,154	52,258	503.364
3°	RN capital	4,37	9,151	22,186	36,527	42,219	51,425	133.322
4°	SP capital	0,431	1,101	3,948	11,234	12,158	50,879	897.478
5°	RS interior	2,79	7,088	19,122	28,515	37,964	49,447	1.345.572
6°	SC interior	5,595	17,944	32,186	43,548	51,679	45,732	1.146.116
7°	SC capital	3,074	12,75	29,29	45,133	52,315	43,873	78.534
8°	RJ interior	3,171	8,154	16,879	46,854	40,431	43,36	1.535.985
9°	PB capital	1,891	5,728	9,983	14,065	31,629	40,799	75.314
10°	MG capital	3,877	12,8	19,771	37,642	51,476	40,711	394.934
11°	PE capital	0,895	3,371	9,898	22,86	34,414	39,476	170.553
12°	MG interior	3,147	7,235	11,738	19,088	35,33	37,314	1.960.768
13°	RN interior	1,489	5,139	11,596	20,417	27,833	33,756	236.971
14°	RS capital	1,498	4,183	14,751	21,895	29,632	31,114	145.267
15°	RJ capital	2,707	7,339	16,521	19,891	33,213	29,788	691.833
16°	GO capital	0,859	6,452	14,988	24,107	31,091	27,519	136.731
17°	PB interior	0,645	2,911	6,761	12,247	18,588	24,013	198.299
18°	PE interior	0,102	0,56	4,047	12,558	20,659	22,796	440.765
19°	SP interior	1,519	3,886	9,756	16,373	20,971	21,061	2.207.658
20°	PR interior	1,181	2,65	7,727	13,4	18,564	18,518	539.295

Fonte: SNGPC (2015) e IBGE (2010)



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 o consumo no estado do Espírito Santo e em Natal, que apresentaram consumo superior a 50 caixas a cada 1000 habitantes. Também obser-

va-se o crescente consumo do medicamento, tanto nas capitais quanto nas cidades interioranas.

Alertamos aos riscos do uso abusivo do Clonazepam e seu uso contínuo desnecessário. [Estudos](#) apontam que o uso prolongado de benzodiazepínicos causam demência e Síndrome de Alzheimer.

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 [2012](#), 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). <http://sngpc.anvisa.gov.br/>

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 adesão significativa de farmácias e drogarias particulares.

Os dados representam o consumo das substâncias solicitadas em Unidades Físicas 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.

REFERÊNCIAS CITADAS

ANVISA (2013). Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS). Nº 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: <http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/33-guia-interfarma-2013-site.pdf>

ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. O metifenidato no Brasil: uma década de publicações. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 18(3):803-816, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/26.pdf> Acesso em: 27/04/2015.

ONU (2015). Report of the International Narcotics Control Board for 2014. United Nations: International Narcotics Control Board, January 2015. (<https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2014.html>)

ORTEGA, F. et al. A ritalina 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: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v14n34/aop1510.pdf> Acesso em: 27/04/2015.



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

Objetivos: Esta revisão sistemática destinou-se a determinar os efeitos sobre a mortalidade e morbidade 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).

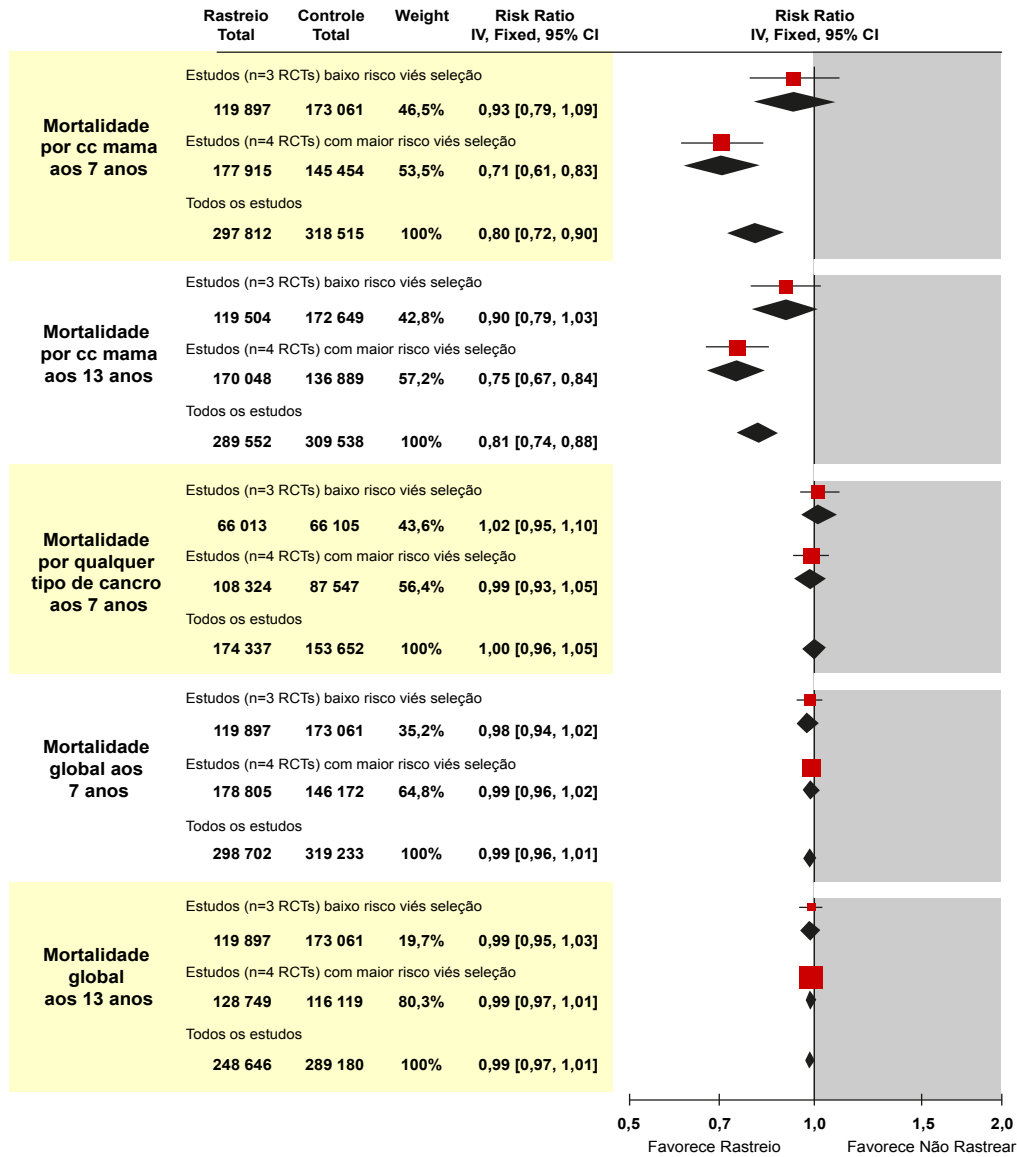


Figura 1 - Demonstração de resultados.

* <http://summaries.cochrane.org/CD001877/screening-for-breast-cancer-with-mammography#sthash.mBC1KzNY.dpuf>





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



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

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

Anexo 5

[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

Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade

"Judicialization" of public health policy for distribution of medicines

Ana Luiza Chieffi ¹
Rita Barradas Barata ²

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 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 paciente ¹.

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. Eneas de Carvalho Aguiar 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 essenciais ².

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 equidade ³.

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 Saúde ⁴, a SES-SP ⁵ 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 SUS ⁷.

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*⁸ – ATC – 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	Freqüência dos itens que geraram mais de 30 processos	Freqüência 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 ATC⁸, 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 freqüência 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 evitáveis¹⁰. 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 legais¹¹.

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 conseqüências 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 públicos¹³, além de interferir no planejamento das ações de saúde⁷.

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,

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 genit urinário 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.

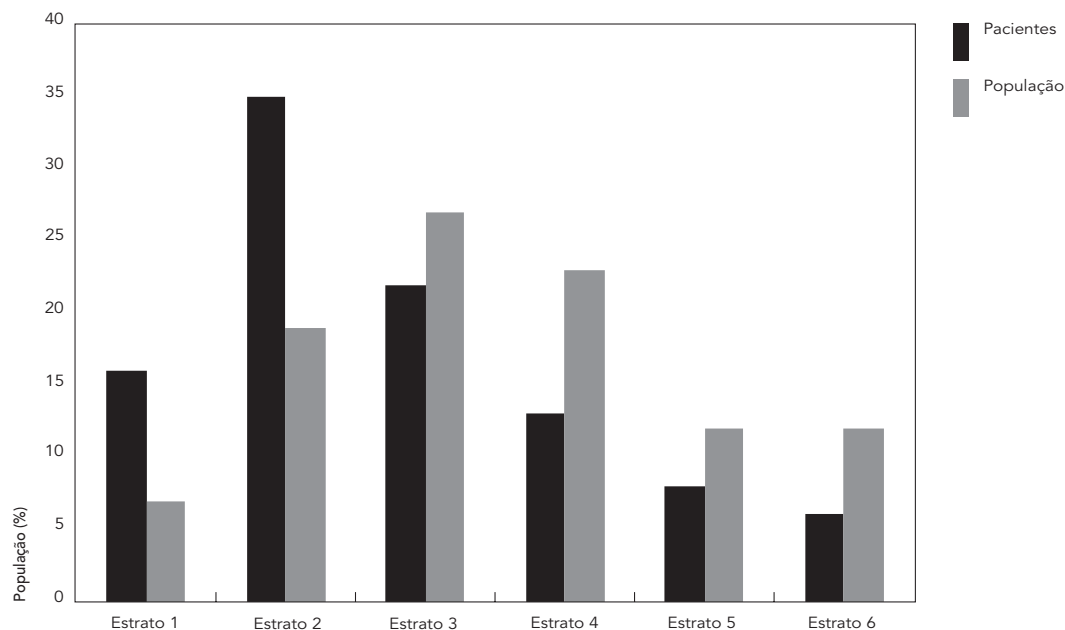
Os direitos sociais, como já abordado, devem ser realizados coletivamente, a fim de que haja

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 $\frac{1}{3}$ 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 $\frac{1}{4}$ 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

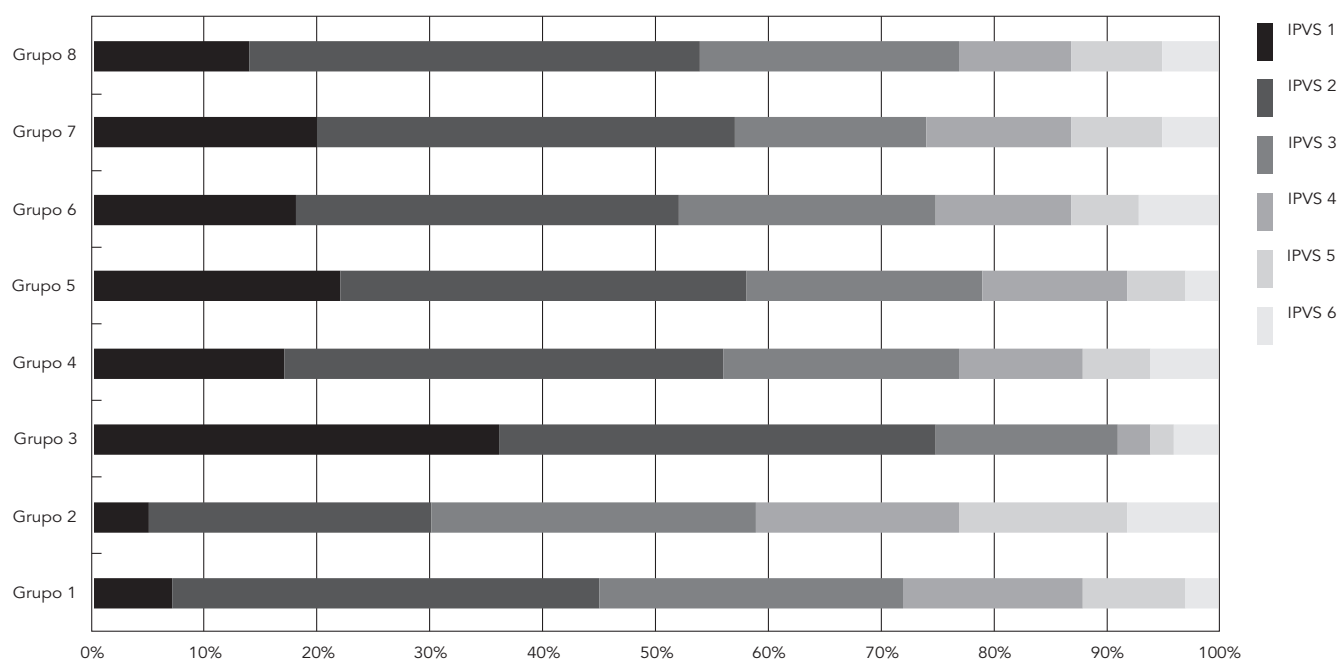
Tabela 3

Classificação dos medicamentos que geraram mais de trinta processos, por princípio ativo em grupos.

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, Alfapeginterferona 180mcg, Ribavirina, Sinvastatina 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, Teriparitida, Timolol, Brometo de Tiotrópio

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, observa-se 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 tratamento¹⁷. 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 & Zucchi¹⁵, 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 1/3 deles se refere a antineoplásicos e agentes imunomoduladores; 1/3 tem ação sobre o aparelho digestivo e o metabolismo; e 1/3 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 crescente¹⁸. A terceira idade apresenta um quadro de enfermidades complexas e onerosas, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, com exigência de medicação de uso contínuo¹⁹.

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 & Zucchi¹⁵ 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 & Gonçalves¹⁶, 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 estudos¹⁵. Dos 2.927 processos analisados, 762 (1/4) 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 domicílio ⁹.

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 Seade ⁹. 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 insulínico 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 & Zucchi ¹⁵ 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 2002 ²⁰ e depois em 2006 ²¹ e 2008 ²².

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* Terrazas ¹, 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 sociais ¹. 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.

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 freqüente. 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.

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_farmaceutica.mmp (acessado em 27/Out/2008).
6. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Assistência farmacêutica. http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/ass_farmaceutica (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/subprefeituras.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



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

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



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, buspirona, 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 buspirona, 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, 10ª 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 inteligentes⁴.

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 mental⁴.

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* - 5ª 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 contribuiu e acirrou 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 vigília 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 dexanfetamina 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 dexanfetamina 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,

respectivamente; já para o Concerta®, essas posologias foram 18 mg/dia, 36 mg/dia e 54 mg/dia³⁰.

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

continua

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

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, dexanfetamine and dosis 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 atomoxetin. The benefits of methylphenidate over dexanfetamine 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, dexanfetamina 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 classe 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 classe. 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 dexanfetamina 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.ldaamerica.org/aboutld/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; Glud 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 Osakidetza. 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

- 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, Hajiaghaee 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/55d9e8041151a71ad7eaf0ea338d2acLISTA+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

Projeto gráfico e diagramação

Assessoria de Comunicação, Cerimonial e Eventos - ASCEC

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

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 Seleccionados
<i>Medline</i> (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
<i>The Cochrane Library</i>	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	Schachter, 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_3edicao.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_3edicao.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
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 - 1,12 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/DefaultLimpo.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 the NNT? What is...? series: Statistics. Hayward Group Ltd. Second edition. April 2009. Disponível em: www.whatisseries.co.uk.

DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSE¹

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 texto	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	Não
b) Honorários por apresentação, conferência ou palestra?	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
c) Honorários para organizar atividade de ensino?	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
d) Financiamento para realização de pesquisa?	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
e) Recursos ou apoio financeiro para membro da equipe?	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
f) Honorários para consultoria?	Não	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	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	Não
4 - Você atuou como perito judicial sobre o assunto do BRATS?	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
5 - Você tem algum interesse financeiro conflitante?	Não	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	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	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	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	Não

¹ Adaptado do modelo disponível em: http://www.cnpq.br/editais/ct/2009/docs/067_anexo1.doc



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



FL. Nº
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

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.

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...)

- 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. Descobrimo 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 alienatariamente. 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, decidiu 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 “medicamentalização”, “farmaticalização”, então acho que a ata desse encontro tem de ser

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

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 conseguiram 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

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.

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 benzodiazepínicos 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, *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. Dificilmente 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 ressalto, 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!



FL. Nº
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

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 ai acontecendo e ninguém está se tocando, ninguém está se percebendo do crime que está ocorrendo, e nós mesmos estamos fazendo.

Vamos dar inicio 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 serie 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 sobro 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 porcaria.

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 e 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,

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 ma 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? Percebam 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.

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

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

dia. E o latim é uma língua que tem declinação e você percebe, pelo final da palavra, a função sintática dela, e ele foi perfeito. Quer dizer, foi uma coisa de repente. E ele falava outras línguas, além do latim. Acho que ele falava umas oito línguas. Na própria USP, ele fez o curso de Pedagogia em um ano e meio. Teve problemas e discussão com o professor nos corredores, até que, há uns dois anos, a USP o chamou para um evento e fez um reconhecimento dos maus tratos que ele, Giovanni Eldasi, teve enquanto aluno de Pedagogia. E temos outros exemplos na história com relação a isso.

Então, o diagnóstico é muito importante.

Com relação ao professor. Conheço pessoa próxima que, com duas jornadas – escola pública e escola particular – sofria de insônia e tinha de tomar remédios para dormir. Chegava próximo à meia-noite em casa e tinha de tomar remédios para dormir. Isso acarretava várias consequências, até que a situação de vida mudou – relacionamento afetivo e tudo. Houve uma mudança geral. Agora tem de tomar cuidado para não dormir demais.

Então, esse perigo de se tomar o remédio sem saber as verdadeiras causas que estão associadas, até o cotidiano da pessoa, que, às vezes, na escola o professor não está habituado a fazer, não tem orientação para tanto. O Poder Público também... As leis são recentes com relação a isso. Institutos ou órgãos foram criados, alguns recentemente, em relação a isso. A lei que trata dos superdotados e com altas habilidades se tiver uma década é muito, pelo menos no Município de São Paulo.

O Gelson tocou também em um aspecto interessante, que eu achei, que é o fator tempo – ciclos. O fator “tempo” que estou falando é em relação à vida estudantil. Depois, um ano a mais, agora se entra um ano mais cedo na escola. Agora, se fala em escola integral. Será que isso será o remédio? Não foram os outros institutos aí? Ou será que não seria melhor uma escola que trabalhasse melhor a formação integral?

Tivemos o Plano Nacional de Educação, que foi aprovado às pressas no final do ano passado. Tivemos o Municipal, também, que ficou aguardando o Nacional. Eu participei dos grupos de estudo e essa questão foi pouco colocada, da medicalização ou algo que fugisse um pouco do que sempre foi tratado.

Outra coisa que gostaria de situar aqui e que também vai no trabalho das causas, é que as escolas precisam melhor aproveitar a legislação que trata das Cipas – Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Doenças Ocupacionais. Por incrível que pareça, há escolas que não instalaram ainda; algumas instalaram, mas só *pro forma*; algumas funcionam

normalmente bem, e que, às vezes... às vezes não. A depressão do professor e síndromes, que foram contadas aqui, estão associadas a fatores também ocupacionais, e não há, até quem está com problema, como se voltar de forma objetiva e incisiva na questão, mesmo havendo uma legislação que apoia o trabalho dessas Cipas. Então, é um aspecto, que eu gostaria de deixar ressaltado, em relação até aos próprios profissionais da Educação. E, em termos de sugestão, as comissões apresentarem o tema, porque é uma forma de divulgar mais, entre as escolas, as conclusões tidas aqui. Disponibilizar ou pelo menos avisar, porque as pessoas não vão atrás. Tem de, às vezes, cutucar. Esses materiais, que são gravados, o Sindicato pode disponibilizar em seu portal para que os professores, ou os profissionais da Educação, de forma geral, consultem, estudem a questão e uma interface também da Comissão, com DSS, que é o Departamento de Saúde do Servidor. Porque o servidor chega lá depressivo e, às vezes, acaba até em B.O., como já aconteceu, a relação dele com o profissional de Saúde. Há dois anos, tivemos um caso de uma professora nessa situação. E a SME deve fazer uma interface, quanto mais ampla possível, com relação à saúde para que situações de fácil resolução não virem problemas sérios, como vimos aí.

Só para concluir, o Giovanni, que foi objeto da capa da Revista *Época*, tem a foto dele e do colega. Ele conseguiu dar um direcionamento à vida, porque a mãe era professora e o pai era servente de pedreiro. O outro colega, que ele aponta na entrevista, que era melhor que ele em cálculo, hoje está preso por homicídio. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Tem a palavra a Sra. Dirce, da Secretaria Municipal de Saúde.

A SRA. DIRCE – É muito importante que o Sr. Vereador e Subcomissão continuem esses trabalhos, porque eles ainda estão muito no início. Há muita coisa para ser feita. Mas, de qualquer forma, poderemos acompanhar, aqui, este assunto, que passa a ser discutido em uma Casa que representa a sociedade, é um grande passo. Quer dizer, sai dos muros da área da Saúde, da Educação e passa a ser dos fóruns específicos de profissionais que têm muitos conteúdos para debater, e passa a ter uma discussão mais abrangente. Digo isso porque, de fato, essas situações... A Secretaria da Saúde tem uma responsabilidade enorme nessa discussão e, de fato, o Sr. Secretário Padilha está nos demandando diversas tarefas em relação a essas discussões, quer dizer, temos uma decisão política muito clara em relação a isso. Isso é bastante importante, mas o desafio de construir ferramentas, diálogo e informação com a sociedade em geral é o caminho mais certo pra mudar isso, porque os profissionais,

sejam eles de que áreas forem, são, primeiro, pessoas que refletem as questões culturais da sociedade e repetem essas condutas antes de mais nada. Antes de serem profissionais da Saúde, por exemplo, são pessoas inseridas num contexto social, cultural, altamente medicalizante. Essa questão não é só brasileira, é mundial, mas aqui tem um reflexo bastante perverso porque o componente econômico tem uma soberania imensa sobre as nossas ações. Precisamos construir algumas pontes, como disse o Padre, de que possamos passar informações ou contrainformações, ou contrapropagandas, digamos assim, daquilo tudo que já está muito enraizado na nossa sociedade de que devemos lidar com os nossos sofrimentos de maneira mais rápida, mágica e não é assim.

Então a Secretaria da Saúde já teve uma oportunidade com a assessoria da Subcomissão e vamos trazer uma fala na próxima reunião. Falaremos concretamente sobre as ações a partir do final do ano passado, após a experiência do metilfenidato, que ainda bem foi muito bem sucedida e isso deu impulso para que o Secretário continuasse tomando decisões nesse sentido. Assim, vamos apresentar a partir do final do ano passado e começo deste ano o que estamos fazendo nessa interface de discutir a desmedicalização.

Sou da área de assistência farmacêutica, tenho mais domínio da questão do uso de fármacos e de seu uso abusivo, mas de qualquer forma vamos apresentar esse detalhe na próxima reunião. Por isso não vou me alongar aqui, mas acho que já aprendemos mais um pouco hoje com os nossos palestrantes, que nos trouxeram informação adequada e cautelosa. É tudo o que precisamos para tomar decisões.

E a nossa 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, como falado aqui, tem a ver com tudo o que aquilo significa na vida dela, com o sofrimento que é real e temos de admitir que seja real para ela. E qual é a capacidade de discernimento que ela tem dessa situação para tomar aquela decisão, seja para seu filho, seu pai ou para ela própria.

Então vamos debater um pouco mais e ao longo deste ano poderemos estabelecer tarefas conjuntas através da Câmara, fóruns e outras entidades, para que possamos chegar adequadamente a nossa população.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Dirce. Mande um

grande abraço ao Secretário Padilha, realmente está mostrando serviço.

Tem a palavra a Sra. Monica.

A SRA. MONICA – Já comentei isso na última vez, eu tenho o maior orgulho de participar dessa jornada junto com Jaison, com Beatriz. Faz um tanto de tempo que venho discutindo essas questões e quando isso chega à Câmara, acredito ser uma possibilidade que talvez nem pensasse que teríamos. Então sou bastante agradecida.

Acho que chegou de um jeito torto, mas fui bem acolhida. Digo isso porque chegou pelo Conselho de Fonoaudiologia, eu encaminhei parecer contrário a um projeto de lei que tramitava na Casa, fui questionada pela Câmara por causa disso. À medida que a gente conseguiu sentar para conversar foi entendido por que a gente era contrário, o projeto saiu, foi arquivado, eu fiquei bastante contente com isso, aí a gente foi acolhido, as nossas questões foram acolhidas.

A Dirce aponta uma coisa bastante interessante, independente da preciosidade da fala da Bia e do Jason, que eu conheço e fico bastante empolgada. O tema é muito amplo, acho que a gente precisa caminhar muito ainda. A Dirce aponta a importância da articulação das entidades. Eu acho que é o único caminho e a Câmara passa a fazer isso. Teve outras tentativas já. O fórum de medicalização vem fazendo isso de um jeito bem bacana. A Câmara amplia isso, dá um passo, um salto bastante grande.

Agora a gente tem que pensar quais são as outras formas.

A Dirce também diz isso, o que a gente tem que fazer, quais são as tarefas, articular isso. Vai ser uma tarefa árdua para todo mundo e fica muito claro que a gente está querendo – e aí eu falo como Conselho de Fonoaudiologia – é assegurar a qualidade de atendimento à população. Visar independente de partido, uma ação apartidária mesmo, pensar o que vem acontecendo com essas crianças que não aprendem para além do rótulo de dislexia ou TDH. Acolher também a angústia do professor, porque eu atendo no consultório e vejo o quanto é difícil para o professor manejar aquilo que ele entende que pode ser uma doença. E

aí eu o convoco a pensar de outra forma. E o quanto o desafio para ele também é muito grande, a gente não pode tirar isso de cena, é um acolhimento que precisa ser feito também. Isso vai reforçando a ideia de que todas as instituições precisam, de forma séria, estar envolvidas.

É isso. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Antes de encerrar, quero agradecer a todas as autoridades presentes.

A Mônica foi muito feliz. Não começamos do lado torto. Acho que aquela vontade, alguns vereadores queriam fazer alguma coisa para o bem e não sabiam a quem. Tenho que agradecer ao pessoal do meu gabinete - Gilberto, Paulo, João Albano, Fábio (ininteligível) e Helena que hoje estão aqui com o Aurelino - que me ajudou a encontrar vocês, a tentar acertar. E acho que estamos acertando.

Realmente a Câmara Municipal vai fazer o seu papel. Muitos vereadores estão envolvidos. Acho que cada vez mais a plateia vai se encher, vocês vão entender que aqui tem pessoas com vontade de resolver esse tipo de problema.

Registro a presença do Vereador Francisco Chagas, também da Comissão de Saúde.

Nós temos nossa obrigação e esta porta está aberta, principalmente na Comissão de Saúde, na pessoa do nosso Presidente Rubens Calvo.

Quero agradecer à toda equipe da Comissão de Saúde – Verinha, Ciro, Vinícius -, às consultoras Mônica, Fernanda e Alice.

Nada mais havendo a ser tratado, declaro encerrada esta reunião. Obrigado a todos. (Palmas)



FL. Nº
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

SUBCOMISSÃO DE MEDICALIZAÇÃO - COMISSÃO DE SAÚDE,
PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER.

PRESIDENTE: CALVO

TIPO DA REUNIÃO: ORDINÁRIA.

LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo

DATA: 16/03/2016

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Orador não identificado

O SR. PRESIDENTE (Anibal de Freitas) – Bom dia. Na qualidade de Presidente da Subcomissão de Medicalização da Comissão de Saúde, Promoção Social, trabalho e Mulher, declaro abertos os trabalhos da II Reunião Ordinária do ano de 2016 – essa é a nossa terceira reunião. Presentes o Vereador Anibal de Freitas, na presidência, Vereadora Noemi Nonato e Vereador Vavá.

Informo que está sendo transmitida através do Portal da Câmara Municipal de São Paulo, no endereço WWW.camara.sp.gov.br e também através do *link* Auditórios Online.

Hoje temos como pauta a apresentação de considerações sobre o tema: Farmaco Vigilância e SUS, ação em relação à medicalização, e temos nossos convidados. Mas antes de apresentá-los, gostaria de agradecer a presença dos Vereadores que estão contribuindo para a discussão desse tema muito importante. Também devo relatar a vocês que já tivemos duas reuniões muito importantes, a primeira foi em novembro, sobre a medicalização da vida cotidiana, com palestra do Dr. José Rubem Alcântara Bonfim, da Secretaria Municipal da Saúde, e do pesquisador Rui Harayama, que faz parte do Fórum Contra a Medicalização da Educação e da Sociedade. Na nossa segunda reunião tivemos como tema: Infância, Adolescência e Medicalização; e também Educação, Pedagogia e Medicalização, com a palestra da Dra. Beatriz de Paula Souza, do Instituto de Psicologia da USP, e o Sr. Jason Gomes, do Instituto Palavra Criativa.

Agora nós queremos compor a Mesa. Convidei nosso querido Padre, porque precisamos ser bem abençoados aqui. Quero chamar a Dra. Dirce Cruz Marques, que faz parte da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal da Saúde, para que faça sua palestra e vamos muito atentos ouvi-la.

A SRA. DIRCE CRUZ MARQUES - Bom dia a todos e todas. Eu agradeço mais uma vez a oportunidade de estar mais uma vez nesta Subcomissão da Saúde, discutindo o tema da Medicalização da Vida, da sociedade. Já tive a oportunidade de vir em outras audiências.

Hoje, a ideia é de novamente a Secretaria Municipal de Saúde poder se apresentar, discorrer um pouco sobre algumas ações que a nossa Secretaria vem desenvolvendo na questão de propiciar melhoria na condição de saúde das pessoas e debater, seja com a sociedade, seja com os profissionais de saúde, essa questão da medicalização.

É claro que eu tenho um vício de trabalho, como sou da área de assistência farmacêutica, coordeno essa área na Secretaria, vou me ater às questões de uso de fármacos, de medicamentos, que é aquilo que talvez eu possa dar alguma contribuição. Vamos esperar a apresentação. Ela é muito simples. Só para eu não perder na fala, porque falo demais, então é necessário ter um parâmetro.

Vou começar dizendo – enquanto abre - que nas audiências anteriores já foi muito bem explicitado e apresentado pelos outros palestrantes que o conceito de medicalização da vida não se atém, exclusivamente, à questão de medicamentos. Certo?

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. Certo?

Então, se a gente considera que, por exemplo, hábitos saudáveis de atividade física são encarados como ações que se deve desenvolver na nossa vida diária, para que se possa manter ou recuperar a saúde, são atividades do nosso cotidiano que precisam ser desenvolvidas independente da intervenção do sistema de saúde. Claro que nesse tema o que a gente tem de mais exemplos na nossa sociedade é o consumo de fármacos, de medicamentos. Mas, na verdade, essa questão da medicalização, da rotulagem de algum comportamento das pessoas ter um rótulo de doença, de condição clínica, vai além da questão do medicamento. Mas, como eu disse, vou focar alguns exemplos voltados exclusivamente à questão do medicamento que é objeto de trabalho meu.

Esses dois conceitos que coloquei aí, da medicalização que já foi debatido aqui, eu

queria colocar outro conceito nessa discussão. É aquele que já vem sendo, felizmente, colocado para a população em geral, que é o uso racional de medicamentos.

Tanto a medicalização, no sentido ruim da palavra, quanto o uso racional de medicamentos, são dois conceitos que vêm crescendo no mundo todo e aqui no Brasil também. O conceito de uso racional de medicamentos - já é da década de 1980 - quando a Organização Mundial da Saúde, numa conferência histórica que nós chamamos de Conferência Mundial de Saúde de Nairóbi, soltou o conceito para alertar os países que medicamentos, em geral, são tecnologias importantíssimas para salvar vidas, recuperar a saúde, ou, pelo menos, amenizar algum sofrimento em saúde. Porque alguns medicamentos têm a capacidade de curar doenças, outros de apenas amenizar algum sofrimento. Porém, como é uma tecnologia de saúde, a mais utilizada nos sistemas de saúde do mundo inteiro, nenhum sistema de saúde do mundo se organiza sem ter essa tecnologia envolvida, que é o medicamento. Não poderia ser diferente. Então, embora ele seja uma tecnologia absolutamente crucial para os sistemas de saúde e carrega em si muitos benefícios, porém muitos riscos. Sendo assim, cabe ao usuário, o paciente, ou o profissional de saúde, saber usar essa tecnologia de maneira que os benefícios superem os riscos, porque eles são inerentes a essa tecnologia.

Toda vez que se faz um estudo para lançar um novo medicamento no mundo, passa por vários estudos: primeiro, *in vitro*; depois, em animais; depois, em seres humanos, para chegar a uma conclusão se os benefícios são melhores que os riscos. Isso se faz com cautela, porque o que deve curar ou amenizar não deve, em princípio, lesar ou matar. Mas o risco está embutido. Então, seja um simples analgésico para uma dor simples, há um risco embutido ali. Nós, a sociedade, diante de todas as questões culturais que embasam a maneira como vivemos hoje em dia, ao longo de muitos anos, desde a Revolução Industrial, quando a indústria farmacêutica se desenvolveu aceleradamente em todo o mundo, estamos usando essa ferramenta de forma muito abusiva. É muito mais fácil, se não pensarmos nos prós e

contras, utilizar uma tecnologia que tira algum sofrimento de uma pessoa, seja físico ou psíquico, do que lidar com as causas desse sofrimento. Isso faz parte da natureza humana: querer uma solução rápida para os nossos problemas.

Essa nossa expectativa, cultural inclusive, vem carregada de um forte componente econômico. Então, se a indústria farmacêutica que produz essa tecnologia altamente importante é um ramo do mercado mundial também muito importante, ela dispõe de tecnologias e gasta milhões e milhões para desenvolver essas tecnologias, ela espera necessariamente um recurso financeiro; então, ela tem de conseguir com que aquele produto que foi lançado no mercado seja consumido. E ela faz isso, muito qualificadamente, através dos profissionais de saúde: muitas vezes, de forma absolutamente correta e ética; mas, muitas vezes, de forma abusiva.

Isso não acontece só no Brasil. Mas, sendo um país ainda com muitas dificuldades, embora tenha um potencial enorme de melhorar, o Brasil é um país bastante permissivo para que as informações distorcidas do mercado farmacêutico cheguem à população e aos profissionais de saúde de forma bastante perversa. Somado a essa nossa questão cultural de querer resolver os problemas rapidamente, a gente se enquadra nesses motes que a própria indústria, que o mercado coloca na nossa cabeça todos os dias. Então, é a fome com a vontade de comer mesmo. Muitas vezes, nós, usuários, nos colocamos à frente do profissional de saúde e exigimos dele uma solução rápida. Outras vezes, ao contrário, o profissional de saúde somente nos oferece uma solução rápida que normalmente envolve alguma tecnologia. E quase que 80% dos casos das consultas médicas no sistema de saúde do Brasil, em geral, resultam em alguma prescrição de medicamento. Essa é a nossa realidade.

Mas será que tanto remédio assim faz com que sejamos mais saudáveis? Esse é o nosso grande embate. Todas as áreas, segmentos, que estudam 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. É isso que vou mostrar.

Em 1998, o SUS já tinha mais de 10 anos pela Constituição Federal, o Ministro da Saúde lançou uma política nacional de medicamentos para o SUS, que está em vigor até hoje e que ainda tem muitas diretrizes embutidas. Se alguém tiver curiosidade, pesquisa no Google que tem. Além das diretrizes, ela tem dois grandes pilares: acesso da população ao que é importante, em termos de medicamento. Não é tudo que o mercado comercializa, mas dentro do que o mercado comercializa, que são muitas coisas; uma parte daquilo é muito importante, então temos de saber selecionar que parte é importante e ajuda as pessoas. E o seu uso racional. Esses são os dois pilares.

Então toda vez que uma Secretaria de Saúde organiza políticas – e a nossa Secretaria tem algumas ferramentas, mas também muitas limitações para lidar com isso –, a gente pensa em acesso, ou seja, as nossas quase 600 farmácias do Município precisam ter remédios importantes nas prateleiras, mas também a gente também tem de pensar em ações de uso racional, senão a gente não estará cumprindo a nossa obrigação no SUS.

Esse exemplo do metilfenidato, um fármaco, uma anfetamina, que altera o metabolismo do sistema nervoso central, um medicamento muito controverso no mundo, 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 de ser importante esse fármaco, estão embutidos nele altíssimos riscos para criança ou adolescente que o utiliza, principalmente riscos cardiovasculares graves. Então, o prescritor, o médico, a equipe multiprofissional, tem de pesar na balança se compensa usar aquilo, mesmo com os riscos em potencial àquela criança ou adolescente.

Percebendo esse consumo desenfreado quando o incluímos na lista de medicamentos, em 2014, nós criamos uma Portaria. A prescrição desse fármaco, a partir dessa portaria de outubro de 2014, era feita exclusivamente em nossos serviços, ou seja, não é porta aberta a qualquer prescrição que chega em nosso balcão e por que isso? Pra restringir

acesso, pra economizar recurso financeiro? Não, é medicamento relativamente barato dentro daquilo que compramos pra nossa Secretaria, muito barato, aliás! Talvez não seja muito barato para o usuário isoladamente, mas para o nosso recurso financeiro, e medicamentos, ele não tem quase impacto significativo. Mas em relação ao uso racional, a partir dessa portaria, somente após análise multiprofissional, que envolva vários profissionais de Saúde, em debate específico sobre a condição clínica daquela criança, comparando benefícios e riscos do aporte do uso do medicamento ou não na condição daquela criança é que o medicamento pode ser dispensado.

No próximo há um gráfico e vocês vejam que houve seleção em 2007, em 2008 começou a distribuir e foi só ascendente. Essa baixa em 2013 que vemos quanto ao consumo, tivemos um problema do mercado. A empresa que fabrica o produto teve uma limitação na importação do fármaco e deixou de abastecer. Por isso dá pra ver a queda em 2013, mas na verdade uma queda artificial, foi porque não conseguimos comprar o produto. Em 2014 subiu. Quando introduzimos a portaria, começamos a perceber, a partir de 2015, a tendência de queda, não é brusca, vai ter de ser medida durante muito tempo. Na verdade, não trouxe o número de pacientes hoje para ter uma comparação, mas percebemos, conversando com os centros de apoio psicossocial, que são os Caps infantis espalhados pela cidade, são por volta de 20, não lembro exatamente do número. Mas conversando com os profissionais, muitas crianças que estavam tomando o medicamento quando a portaria foi lançada, você não pode interromper abruptamente, tem de fazer um acompanhamento até retirar, outras crianças que não usavam não começaram a usar porque a equipe multiprofissional seguiu com outras abordagens psicanalíticas e outras que reúnem a família e a escola, não farmacológicas, para que as crianças não iniciassem o uso. E apesar disso, de fato, por alguns períodos do ano elas precisam utilizar, mas há todo um acompanhamento com cardiologista, há todo doseamento quanto às 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. Quando há limitações cardiovasculares ela não pode iniciar o uso, tem de fazer uma anamnese, além da avaliação da equipe de saúde mental. A tendência é ir caindo com o tempo.

Outro exemplo, mudando o *slide*, é do carbonato de cálcio, que é um medicamento que tínhamos na lista, carbonato de cálcio associado à vitamina D, vocês sabem que se usa muito em injeção, a sua injeção é usada principalmente para alterações ósseas. A literatura mais atual nos diz que a suplementação de cálcio para que não haja alterações metabólicas relacionadas às doenças ósseas, osteoporose e outras mais, nos diz que prioritariamente a ingestão deve ser na forma alimentar e ter a capacidade de produzir vitamina D porque o cálcio só é absorvido por meio da vitamina D. A vitamina D só é sintetizada em nosso organismo de forma natural se houver a possibilidade de tomarmos um pouco de sol, e não exposição solar na praia, de biquíni, duas horas tomando sol. A exposição é aquela básica, quando a gente anda na rua, por exemplo, quando não estamos totalmente cobertos, com os braços ou pernas de fora e pode haver assim absorção do raio solar, que é absolutamente fundamental pra nossa saúde.

Toda discussão quanto à questão do câncer de pele, com o raio solar, que é real, nos leva, muitas vezes, a ter o sol como inimigo mortal. Ai não se faz mais o que fazíamos quando a gente era pequeno, a mãe da gente punha pra tomar banho de sol. Lembro-me bem disso, tenho uma filha de 19 anos e cheguei a dar banho sol nela quando tinha os primeiros meses, 15 minutos na luz solar, da manhã, por exemplo. São medidas que vamos perdendo com nossos hábitos de vida. Aqueles 15 minutos que a gente toma até um raio solar indireto, já está produzindo a vitamina D. Na hora em que a gente ingere o carbonato de cálcio, principalmente laticínios que têm alta concentração de cálcio, se conseguimos ter alguma dieta, claro que a pessoa que tem necessidades nutricionais porque não consegue ter boa dieta, não tem recursos financeiros pra isso, claro que vai ter depleção de cálcio. Mas a população em geral, ingerindo leite, algum queijo, ela está ingerindo cálcio. E mais o sol que nós temos em

nosso País, é suficiente para a ingestão adequada de cálcio. Em algumas situações da vida, por exemplo, a gravidez exige sim suplementação adicional de cálcio, mas são momentos pontuais.

O que acontece em nosso dia a dia? Quando a pessoa nos traz algum exame na consulta com alguma alteração metabólica óssea, o profissional de saúde invariavelmente, quando a pessoa vai ficando mais velha, depois dos 40, dos 50, o médico diz: vamos fazer uma suplementação de cálcio com vitamina D para evitar problemas futuros? E a partir de então começamos a ingerir o medicamento carbonato de cálcio, com vitamina D ou sem, e vamos ingerir para o resto da vida, achando que, de fato, essa é a alternativa que a gente tem.

Quando a Secretaria colocou o cálcio, colocamos a ingestão de cálcio para doenças específicas, por exemplo, doente renal crônico tem perda de cálcio por conta da hemodiálise, ele tem o que chamamos de hiperfosfatemia, ele precisa repor o cálcio em forma de medicamento. Mas são também situações clínicas muito específicas. No geral, as pessoas podem ser medicadas por dieta em vez de tomar o medicamento, que não é, aliás, associação de cálcio com vitamina D não é medicamento barato, é bem caro pra comprar no balcão da drogaria. Por volta de 40, 50 reais caixinha que dá para um mês. Não é tão barato, mas a questão não é custo, não vamos falar de custo, mas falar que os estudos mais atuais vão nos mostrando que a ingestão excessiva do cálcio na forma de medicamento embute um risco cardiovascular muito grande. E quais são as doenças que mais afetam a população hoje? São as cardiovasculares e as cardíacas em geral, elas são a maior causa de óbito na população em geral. Se a gente pode evitar a ingestão excessiva do cálcio fazendo uma dieta relativamente balanceada, procurando, na medida do possível, admitir que tomar um pouco de sol não vai nos causar grandes prejuízos, podemos equilibrar sem que a população precise ingerir cálcio e vitamina D.

Começamos a perceber na Secretaria, e há um dado pra ilustrar, que em 2011, quando entrou o cálcio e a vitamina D em nossa lista, naquele ano dispensamos em nossas

farmácias mais de três milhões de comprimidos, em 2013. Fomos vendo que aumentava, sem ter dado epidemiológico, ou seja, sem que as doenças que merecem a ingestão farmacológica de cálcio justificassem. Em 2015 estávamos com quase sete milhões de comprimidos dispensados em nossos balcões das nossas 568 farmácias das UBS, dos AMAs, dos ambulatórios de especialidades. Alguma coisa estava errada. Na verdade, estamos medicalizando de forma excessiva a nossa vida, não pensando nos riscos. Se for tirar desse monte de pessoas que fazem a ingestão de cálcio inadequada, muitas delas vão ter eventos adversos que dificilmente serão relacionados com a ingestão do cálcio. Não se vai perceber isso durante o atendimento em saúde, muito dificilmente isso vai ser correlacionado. Não estou falando da cifra financeira dos sete milhões de comprimidos, que não é *bolinho*, que nós, população da cidade pagamos. Esse não é o foco. Toda vez que discutimos o assunto é comum, o Secretário de Saúde, quando vai discutir o assunto, a primeira pergunta da Imprensa é: ah, então o senhor está tomando essas medidas pra economizar dinheiro? Economizar dinheiro público é uma questão importante, se o uso é inadequado deve mesmo economizar, mas não se trata disso. No caso, é o uso irracional.

Soltamos uma portaria no final de 2015, não temos ainda dados concretos pra mostrar a vocês, foi em dezembro de 2015, limitamos o uso do carbonato de cálcio justamente para os casos de gravidez. A grávida, existe estudo brasileiro, na região Sudeste, a grávida tem de ter aporte maior de cálcio durante a gravidez pra evitar eclampsia, que é muito grave, que leva a aumento da pressão arterial, com sangramento incontrolável e óbito muitas vezes da gestante e da criança, doença grave que precisa de controle. E a grávida precisa do aumento da ingestão de cálcio e a gente propõe que no período da gravidez sim ela receba suplementação. Mas saiu da gravidez, não é mais preciso, precisa tentar manter a dieta adequada, inclusive com verduras porque há várias delas que têm bastante cálcio.

A hipofosfatemia no renal crônico e o hipotireoidismo, que é alteração das paratireoides, exigem a reposição sistemática e necessária de cálcio para repor o equilíbrio

metabólico da pessoa. Basicamente é isso, e claro pode haver exceções que vamos identificando porque Medicina não é matemática, cada caso é um caso que temos de analisar. Por exemplo, idosos institucionalizados, aqueles pacientes que vivem em instituições para idosos, que ficam acamados, que não tomam sol, a instituição não tem condições de proporcionar banho de sol para essas pessoas, que têm condição clínica que não permite andar, muitas vezes, dependendo da condição óssea, pode ter suplementação de cálcio com vitamina D, deve ter. Há exceções, mas essa panaceia de usar de forma preventiva cálcio com vitamina D em todas as pessoas pra prevenir a doença, nós estamos propiciando iatrogenias, estamos colocando em risco outras doenças que, às vezes, são até mais graves do que aquela que a gente queria evitar. Pode passar o próximo? Tenho mais um tempinho, mais uns cinco ou dez minutos?

A outra portaria foi a da finasterida, a finasterida é um medicamento utilizado na hiperplasia benigna da próstata. Vocês sabem que a hiperplasia benigna da próstata no homem, após os 50 anos, é quase que – não vou dizer 100%, porque nada é 100% -, mas, assim, num homem de 80 anos, a hiperplasia da próstata é praticamente 100%. Nenhum homem – nenhum não, estou exagerando -, mas 99,9% dos homens aos 80 anos têm alguma hiperplasia de próstata. A próstata já não fica mais no seu tamanho ideal para não causar alguns transtornos.

Os transtornos benignos, que seriam, por exemplo, a retenção urinária – um transtorno que causa muito incômodo e precisa ser corrigido -, ou transtornos mais graves – o câncer de próstata - também têm uma alta incidência, hoje, no Brasil e no mundo. Dos cânceres dos homens, o câncer de próstata é o campeão. Então o que acontece com esse medicamento? Ele é um medicamento importante para inibir o crescimento da próstata ao longo dos anos. Mas você só pode usar esse medicamento se o médico, que faz o acompanhamento do paciente – tiver certeza que essa hiperplasia – esse aumento da próstata – não está relacionada a câncer de próstata. Por quê? Porque você vai fazendo o exame de

toque – o exame clássico para detectar alguma alteração da próstata, o urologista quem faz isso, além de fazer alguns controles sanguíneos, tipo PSA -, sabendo que o toque retal é o mais importante diagnóstico diferencial, daí, se o médico suspeita, no exame de toque, alguma alteração, ele vai para outros exames diferenciais para fechar o diagnóstico. Tipo: é só uma hiperplasia benigna? Ou tem ali a possibilidade de haver um tumor? Se tem a possibilidade de haver um tumor, ele fará outros exames, vai pedir biópsia, se necessário, para ter certeza e tratar adequadamente. Porque se for um câncer de próstata é um procedimento; se for só uma hiperplasia benigna, como chamamos, pela idade, ele fará outros acompanhamentos.

E é claro que o homem, hoje, pode estar simplesmente com uma hiperplasia benigna e, a qualquer momento, pode desenvolver um câncer. Uma coisa não exclui a outra. Por isso ele deve fazer o acompanhamento anual, bianual, com o urologista. Sempre após os 40, 50 anos. Não é só o tal PSA, que falamos muito. “Fiz o PSA”, vejam, esse exame quase que está virando obsoleto, pois ele não faz diagnóstico diferencial. O toque retal é o início de todo o processo para se fazer um diagnóstico bem feito.

A finasterida entra aí quando o homem tem a hiperplasia benigna e que já eliminou a possibilidade de ter câncer, pelo menos naquele momento, e vai usar a finasterida para coibir o crescimento, para que aquela próstata não aumente de volume exageradamente ao longo dos anos e cause muitos desconfortos. O mais comum deles, como falei, é a retenção urinária, mas tem outros desconfortos.

Só que ela só pode ser usada se não tiver nenhum tumor ali. Porque se tiver algum tumor em desenvolvimento, a finasterida vai ser um alimento para esse tumor. Então o que fizemos? Por verificar que alguns casos, tanto na rede privada – que nos procuraram para buscar o remédio – quanto a nossa própria rede – que alguns homens, sem ter passado pelo diagnóstico diferencial do câncer estavam recebendo prescrição de finasterida -, nós então regulamos a prescrição desse medicamento com essa portaria, que ela é recente – acho que novembro ou dezembro de 2015 – na qual se pede que a prescrição de finasterida, na nossa

Secretaria, é feita exclusivamente, ou mesmo que venha de um médico de fora, tem de estar atestado, na receita, que se trata de um urologista. Porque fizemos uma grande discussão com os médicos urologistas e, na Urologia da nossa Secretaria com a área técnica – existe uma área na Secretaria chamada Área Técnica de Saúde do Homem, que tem oncologistas e uma série de profissionais -, e discutimos muito esse assunto. E, se o toque retal é o mais importante diferencial nesse caso, a prescrição de um remédio desse – que é muito importante se for usado adequadamente, mas é muito deletério se for usado incorretamente – tem de passar pela prescrição de um urologista.

Então é nesse sentido: é um remédio importante, que poucos municípios ainda oferecem, mas que, também, se for usado de qualquer jeito, assim: “Ah, está com hiperplasia, já começa usar finasterida, depois a gente vê”, não!. Não pode.

E esse paciente que usa finasterida, ele tem de fazer controles para identificar se há um câncer em progressão e, imediatamente, suspender a finasterida. Daí fazer outro tipo de tratamento, que, no caso, é o câncer. E também tem um outro medicamento embutido na hiperplasia, que não falei aqui, que é a Doxazosina, usada para melhorar o sintoma da retenção urinária, que esse não tem problema. É que o sintoma da retenção não acontece só na hiperplasia prostática, acontece também em mulheres em várias situações de alteração da bexiga, e em homens, claro. Então a Doxazosina, os médicos clínicos podem prescrever na Secretaria. Mas a Finasterida passa, a partir dessa portaria, medicação exclusiva de urologista.

Ao longo do tempo, nesse ano de 2016, vamos acompanhando o que vai acontecer, não tenho dados ainda. Isso é tudo muito recente, mas, mais pra frente, poderemos apresentar para vocês.

Tenho mais um exemplo. Posso continuar? (Pausa)

A Enoxaparina Sódica – se eu estiver me alongando, pode me cortar – é o que chamamos de Eparina de baixo peso molecular. É uma medicação usada – e estou falando dessa forma porque há pessoas aqui que não são profissionais de saúde, por isso estou

explicando para o que serve o remédio, desculpem-me se eu estiver sendo simplista, mas é para que todos possam acompanhar a discussão – é uma substância que evita a formação de trombos venosos, nas veias. Trombos levam – dependendo do tamanho dos trombos – ao óbito. Se um trombo que começa numa parte, por exemplo, numa veia da perna, ele caminha pela corrente sanguínea e se ele chegar ao pulmão, temos o que se chama de embolia pulmonar e, daí, o óbito. E há outros tipos de trombos que podem levar a um Acidente Vascular Cerebral e outras coisas mais.

Então, evitar trombose é algo fundamental em vários procedimentos em saúde. Por exemplo, quando a pessoa faz uma cirurgia ortopédica que mexe com os vasos sanguíneos, necessariamente precisa usar uma Eparina no pós operatório. Há vários tipos de Eparina, só estou dando exemplo de uma, para evitar esses trombos, porque senão a pessoa faz a cirurgia, e dali uns dias, desenvolve um trombo que se não for identificado imediatamente, a pessoa pode ir a óbito. Esse é um dos maiores problemas cirúrgicos. Tem a questão da infecção hospitalar, que é um grave problema também, mas a trombose é outro grande problema. Várias doenças propiciam o trombo.

Então as eparinas, algumas são tomadas em forma de comprimido, e se chamam Varfarina, por exemplo. Mas essa Enoxaparina é uma injeção que é pode ser usada em casa. A pessoa não precisa estar internada. Há eparinas de alta densidade molecular que a pessoa precisa estar internada no hospital para receber.

Normalmente, quando se está internado e é aplicado algum tipo de eparina, são essas, ou seja, de alto peso molecular e que requer seja feito o controle da coagulação sanguínea a todo tempo, pois pode ocasionar uma hemorragia enorme e daí ter como consequência um problema grave e até a óbito. Mas esse tipo de Heparina, elas foram feitas, justamente, é uma injeçãozinha muito simples, tipo injeção de insulina, mas são feitas para usar em casa. Então para a pessoa que não precisa ficar internada, mas precisa usar essa Heparina, é um medicamento bem caro para o bolso das pessoas. E nossa Secretaria resolveu

incluir ela porque muitas vezes o paciente não recebe alta hospitalar porque fica usando Heparina e essa permite você ter alta e utilizar em casa. tem um outro uso, muito importante dela, se faz, quando a grávida, tem o que chamamos de Síndrome Fosfolípide, que é uma alteração na placenta, que tem um fundo genético e causa muitos trombos na placenta e a mulher engravida e logo forma esses trombos e com isso acontece um aborto espontâneo. E ela tem vários abortos recorrentes durante sua vida reprodutiva e que se ela não usar uma Heparina, não consegue levar a gravidez a termo. Ela não consegue que a criança nasça nos nove meses, ou oito meses pelo menos. Mas é uma síndrome que tem um diagnóstico muito preciso. São vários exames imunológicos para chegar a conclusão que ela tenha aquela síndrome, portanto precisa desse tipo de Heparina. Acontece que quando colocamos essa Heparina na nossa lista ambulatorial da Secretaria, já tinha na lista hospitalar mas colocamos na rede ambulatorial e as portas das nossas farmácias são abertas a todo tipo de receita, do setor privado, de outros municípios e tudo mais, começamos a perceber a quantidade absurda de dispensa desse medicamento que estávamos fazendo no balcão das farmácias. Não é possível! Não tem tanta gente assim, com essas condições clínicas para estar usando tanto. Principalmente grávidas. A nossa grande demanda são as grávidas. Fomos para a imprensa várias vezes porque a gente comprava e acabava. Não tinha fim. A Secretaria teve de ir várias vezes se explicar na mídia, em geral, porque esse bendito remédio está faltando e as grávidas, muito bravas, porque é um remédio caro, para se comprar. Ai fomos verificando, conversando com vários profissionais, com vários usuários e fomos percebendo de que há um modismo muito grande em usar esse tipo de Heparina hoje no sistema de saúde, em geral, porque as indústrias que produzem essas Heparina, fazem um propaganda mássica com os médicos, principalmente ginecologistas obstetras, recomendando o uso da Heparina em qualquer situação que pareça, em qualquer aborto que a mulher teve, já toma esse Heparina para evitar o trombo, isso está completamente contra indicado, porque você tem de saber qual foi a etiologia do aborto. Muitas vezes aquele aborto espontâneo ele foi absolutamente natural, não

tem de fazer nada, é quase que uma coisa fisiológica de uma má formação daquele bebê e que ele é expulso naturalmente pelo órgão, pela mãe. É uma coisa fisiológica aquele aborto. Não é qualquer aborto que a mulher teve que ela tem de usar isso. Começamos a perceber que mulheres, principalmente setor privado, porque o SUS ainda faz muito pouco isso, mulheres que fazem reprodução assistida, que fazem tratamento pra engravidar, o SUS tem alguns programas para isso, mas está bem limitado. Sabemos que isso é basicamente do setor privado, os convênios que oferece as mulheres isso, as famílias, essas mulheres vinham a rodo buscar esse medicamento. Ela fazia fertilização in Vitro e o medico, por prevenção já prescreve Heparina para evitar perda da inseminação artificial que foi feita. Isso também não tem embasamento científico algum. Começamos a perceber que a coisa era generalizada. No meio disso tem aqueles pacientes que devem receber mesmo, por isso que o remédio não pode faltar. Pacientes do pós-cirúrgico, pacientes que já têm risco de trombo tem de tomar um tempo. Pacientes de fato. Grávidas de fato que tem essa síndrome de Fosfolípide, mas no bolo geral não era isso. Para vocês terem uma ideia, em 2013, nós dispensamos 75 mil seringas. Em 2015, já estávamos dispensando, 441 mil seringas na Secretaria. Nenhum Município fez isso. É claro que Municípios do entorno de São Paulo vieram buscar aqui. Toda região metropolitana, sabia que na Secretaria Municipal de Saúde a Heparina, então você tinha receita de tudo quanto é lugar. Mas a questão ainda não é essa. Mas, o que nós estamos fazendo com remédios como esse? Ele embute riscos também. Riscos sérios. Mas entre você manter uma gravidez de uma pessoa que tem síndrome ante Fosfolípide e dar o remédio, claro, tem uma distância, você de dar o remédio. Mas para essas outras indicações, que a industria coloca na cabeça do profissional de saúde, que o profissional de saúde coloca na cabeça do usuário, do cidadão, do paciente que ele não vai sobreviver sem aquele remédio que aquilo é uma precaução está tudo errado, e tivemos que intervi. E aí a nossa intervenção foi que esses pacientes, sejam eles quais forem, nós temos de acompanhar o paciente, temos de saber por que ele está usando,. Então hoje os pacientes são acompanhados na nossa rede, não tem

outro jeito de fazer, porque ficaria inviável acompanhar todos os pacientes do setor privado, não temos como, não temos capacidade para isso. É como Metilfenidato, são pacientes tratados na nossa rede. E aí a gente acompanha, e alguns casos são liberados. Basicamente esses que eu falei. Após alta hospitalar, risco de tromboembolismo, síndrome Anti fosfolípide e algumas outras situações muito específicas que o paciente já tem história de trombose e ele precisa tomar por um tempo para depois usar o anti coagulante oral que temos para oferecer.

O Omeprazol, o clássico Omeprazol, o nosso querido e amado Omeprazol, que a gente não vive sem ele, claro, o Omeprazol dá um efeito imediato de bem-estar. A gente chama ele, na farmacologia, inibidor de bomba de prótons. Algo que regula a secreção gástrica. Mas é inibidor de bomba. Ele é uma bomba. É a própria bomba. Ele tem um uso muito específico. E não vivemos sem ele. Sejam crianças, adolescentes, adultos, idosos, todos amam o Omeprazol. Olha a cifra de 2015 que dispensamos em nosso balcão: 195 milhões de comprimidos nas nossas 600 farmácias. É o campeão, nosso, de dispensa. Omeprazol sempre é dos Top 5. Mas, normalmente está no número 1. Abaixo vem a Fluoxetina. Mas o Omeprazol está no top. Sempre está no top. É uma tristeza. Se olharmos esse número, também volto a dizer, não é por causa de um impacto financeiro, porque a ata de registro de preços da compra desse medicamento é muito barata, é porque estamos medicalizando a nossa vida o tempo inteiro. Colocamos então para minimizar, para gente sentir que está fazendo algo possível para nós, porque é absolutamente incontrolável, porque se o médico não prescreve, o paciente reclama e faz o médico prescrever. O Omeprazol você tem de usar empregos definidos de tratamentos. Ele não pode ser de uso contínuo. Não há nenhuma doença que se usa o Omeprazol de uso contínuo. Não existe essa doença. Não inventaram a doença que você tem de tomar o Omeprazol a vida inteira. Não existe isso. E tem gente que usa a vida toda. Colocamos na nossa lista, agora, o ano passado também. Esse fitoterápico Espinheira Santa, acho que alguns de vocês, elecifolia, é o nome científico, é um fármaco para dispepsia, asia, dor gástrica, altamente reconfortante, ameniza aquele mal-estar, que também não tem de ser

usado o tempo inteiro, não é um pelo outro, mas a Espinheira Santa, por ser fitoterápico, ela diminui muito os eventos adversos e os efeitos indesejáveis do Omeprazol. Então, a gente colocou a Espinheira Santa, isso tem uns seis meses que temos ela na lista, tem bem pouca prescrição ainda. Fizemos esse levantamento ontem e também tivemos uma discussão com a Unifesp sobre isso e pegamos os dados dos últimos seis meses. A prescrição ainda é bem pequena porque o médico em geral tem uma certa, acha que o fitoterápico, assim como o medicamento homeopático é de menor qualidade. Há uma certa ignorância do conhecimento a respeito de fitoterápicos porque a Universidade não discute isso. Os bancos da Universidade não discutem isso. Eu já presenciei muitos médicos e, quando você fala do uso de um fitoterápico, ele fala que não serve para nada e recomenda o uso do remédio sintético mesmo. Por ignorância apenas e porque não lê os estudos científicos sobre isso. A gente colocou a Espinheira Santa na tentativa de contrabalancear o uso abusivo de Omeprazol, não sei se vai dar certo. Está lançado aí.

Por fim, acho que tem mais um *slide* lá. Nesse ano de 2016, iniciamos um grupo de trabalho solicitado pelo próprio Secretário da Saúde e essa foi uma demanda de S.Exa. mesmo, aliás, está cobrando resultados já, não sei como, mas nós vamos ter de fazer alguma coisa para gente normatizar alguma coisa em relação a ansiolíticos e antidepressivos que também eu não trouxe números aqui, mas a gente usa demais isso na Secretaria. Esse grupo de trabalho ainda não tem nada concreto, estamos levantando dados, pensando em possibilidades de intervenção de campanhas com a população de São Paulo porque os ansiolíticos são os famosos Diazepam, Clonazepam, que é o Rivotril que todo mundo conhece, Os antidepressivos são a Fluoxetina, Certralina, o nome comercial da Fluoxetina famoso é o Prozac, que todo mundo sabe o que é. São medicamentos que se usa para qualquer coisa, para qualquer tristeza, para luto já prescreve um antidepressivo. A literatura fala que o uso de antidepressivos só deve ser feito em depressão moderada a grave, não se usa em depressão leve o remédio, não se deve usar, tem de ter outra abordagem. Ansiolíticos que são usados

para dormir, para tudo, para todas as ansiedades da vida, só devem ser usados – e isso a OMS já fala há década – 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. Se o médico quiser fazer alguma coisa, ele implora para o médico prescrever porque aquilo faz parte da vida dele e ele não consegue. Ele precisa de muita ajuda da equipe de saúde para se livrar disso.

Essas são drogas lícitas, que a gente fala, não são drogas ilícitas, mas as drogas lícitas, ou seja, aquelas que são permitidas usar, causam tão mal. Eu fico me perguntando qual é a diferença de um dependente de Diazepam de um dependente de cocaína, por exemplo. Acho que muito pouco. E a gente faz isso no sistema de saúde. Vamos ter de pensar em alguma coisa para intervir nessa questão dos ansiolíticos e antidepressivos porque não é possível mais fechar os olhos a essa situação. É isso que eu queria colocar.

Muito obrigado. (palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Quero agradecer mais uma vez à Dra. Dirce. Mais uma excelente palestra aqui nessa subcomissão. Estávamos comentando com os Srs. Vereadores que nós não somos médicos. O nosso Presidente da Comissão de Saúde sim, mas tão fascinante esta palestra, tão preocupante que realmente estamos percebendo cada vez mais a importância de divulgarmos todos esses dados. Precisamos ir para a grande mídia e preciso depois cobrar da nossa assessoria a presença também do Ministério Público. Em nossa primeira reunião estava presente a Promotora Pública e o MP precisa estar aqui porque alguma coisa tem de ser feita. O consumo é indiscriminado e é muito preocupante chegar a uma conclusão de o que é pior, Diazepam ou cocaína? É inacreditável.

O SR. _____ - Só para acrescentar, ficamos espantados até porque não somos do ramo e para nós é um conhecimento, mas percebemos esses encaminhamentos nos consultórios médicos em que esses profissionais já tem por hábito, não sei se têm algum convênio, algum favorecimento dos laboratórios e induzem o povo a utilizar o medicamento.

Na verdade são práticas médicas em comum acordo com laboratórios. E muitas vezes o paciente vai à consulta e quer aquela cura rápida, aí junta a fome com a vontade de comer. O médico já despeja tudo aquilo no paciente que vai embora. Mesmo sendo leigo no assunto percebemos que o próprio médico induz o paciente a se automedicar.

Também quero pedir a Dra. Dirce que disponibilize para nós esse material. E se houver algo mais que possa nos auxiliar em um estudo para que possamos colaborar com os trabalhos.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Vereadora Noemi Nonato, algum comentário?

A SRA. NOEMI NONATO – Boa tarde a todos e a todas, quero parabenizar a Dra. Dirce, agradecer pela presença; agradecer também a presença do nosso Padre; demais Vereadores e dizer que para nós foi muito interessante esta palestra e estava até aproveitando o momento – claro que vamos fazer o convite oficialmente -, mas fazemos parte da Comissão do Idoso, e os idosos são os que mais utilizam remédios em excesso.

Visitei um senhor, na última segunda-feira, que toma 15 remédios por dia. E lembrei-me que há 18 anos meu pai – hoje falecido – tomava 12 remédios por dia. Ficávamos desesperados e havia horas em que ele ficava tão nervoso que tomava cinco, seis, remédios de uma vez. Ele ficou muito ruim, acabou tendo um infarto e faleceu.

Vimos uma pesquisa no Google, em função dessas preocupações, que o Conselho Federal de Psicologia lança uma campanha nacional: “Não à medicalização da vida”. Acho muito interessante nos aprofundarmos mais nesse assunto e participarmos mais porque este momento foi muito interessante. Muito obrigada, Doutora, por sua contribuição a esta Comissão.

Muito Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Padre João, algum comentário?

Agradeço muito sua presença, é uma pessoa atuante e vou convidá-lo para nossa próxima reunião, dia 13 de abril.

O SR. PADRE JOÃO – Obrigado. Vindo da Câmara dos Vereadores é uma honra. Saúdo a Dra. Dirce, membros da Mesa, Sras. e Srs. Vereadores, acho que hoje a questão da medicalização, em primeiro lugar, deve passar por uma nova forma de ensino da medicina.

Trabalho como Capelão no Complexo HC/Emílio Ribas há apenas 24 anos e a grande questão é saber prescrever. Agora, por que prescrever, para que prescrever e como prescrever muitas vezes nos deixa dúvidas, isso porque sou leigo no assunto.

Então, em muitos casos é mais fácil dar o remedinho do que ouvir o paciente. Não entro no mérito da questão: se o médico precisa de mais de um emprego para se manter, ou o excesso de pacientes. Mas na minha experiência do Emílio Ribas, os médicos vêm: “Padre, vai conversar com o fulano. Ele está muito ansioso”. E vamos, damos atenção, damos carinho, conversamos e vemos que aquela ansiedade vai passando, porque ele sente que existe alguém que o ouve, que ele tem um porto seguro. Então, acho que em primeiro lugar é isso.

Aquilo que é necessário de medicamento para o paciente, a exceção, muitas vezes, é seguir a regra: porque sempre é assim, e na Medicina caminha. E a própria cultura popular: bom médico é aquele que pede bastante exame e de alto custo, e dá bastante remédio. Basta nos lembrarmos daquela história, que acho ser de conhecimento de todos. O médico morreu e foi para o céu. São Pedro olhou a ficha dele e disse: “Aqui não dá para entrar”. E ele respondeu: “Não. Mas eu tenho direito a entrar. Eu preciso”. E São Pedro: “Não, não. A sua ficha não permite que você entre no céu”. “Então, eu quero falar com Jesus Cristo”. Jesus Cristo olhou a ficha dele e disse: “Não. O teu lugar é lá embaixo”. “Mas, Jesus Cristo, eu passei a vida inteira atendendo a fila do SUS e o Senhor ainda vai me mandar para o inferno!? Vai passar um dia em um consultório do SUS para ver o que passamos”. Jesus Cristo topou o desafio. Veio à terra e a primeira pessoa que Ele vai atender é uma vovozinha entrevada em uma cadeira de rodas há mais de 40 anos. Jesus Cristo olhou, se comoveu e disse: “Levanta-te

e anda” e ela levantou e começou a andar e olhou para o médico e perguntou: “Mais alguma coisa, doutor?” “Não. A senhora pode ir embora”. E ela respondeu: “Esses médicos do Governo são todos uma porcaria. Nem medem mais a pressão!” Na realidade é isso, em nossa Medicina.

Então, acho que esse é um grande desafio. Claro que o fármaco é necessário, todos nós precisamos, mas não devemos nos esquecer do fato de que do remédio para o veneno a distância é pouca, são poucos miligramas.

Essas são as observações que faço. Agradeço à Dra. Dirce pela contribuição. Vamos ver se conseguimos criar essa nova mentalidade, mesmo porque, se olharmos os nossos antepassados... Sou de uma colônia alemã, do Rio Grande do Sul. Lá não havia médico e se tratava com chás, com a homeopatia e as pessoas viviam bem.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Padre.

Agradeço a presença do Sr. José Alberto Orsi, da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Pessoas com Esquizofrenia.

Tem a palavra o Sr. José Alberto Orsi.

O SR. JOSÉ ALBERTO ORSI – Bom dia a todos. Sou Diretor-Adjunto da Abre. Como disse o nobre Vereador Aníbal de Freitas, a Abre é a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. Somos uma Ong que foi fundada em 2002. Temos quase 15 anos de existência e a nossa missão é informar e educar, reduzindo o estigma das pessoas que têm esquizofrenia, lutando pelo direito dessas pessoas.

Temos atividades de palestras, temos grupos de acolhimento para familiares e portadores e nós estamos aqui exatamente para divulgar um projeto, que é inovador, chamado Comunidade de Fala, que tem atendido não apenas pessoas com esquizofrenia, mas pessoas com transtornos mentais diversos – seja a esquizofrenia por si só, seja esquizoafetividade, como é o meu caso, TOC e outros.

Esse projeto foi introduzido no Brasil em março do ano passado. Fomos treinados por um jornalista educador e ativista de saúde mental chamado Richard Weingarten. Ele veio ao Brasil e nos treinou durante um mês, num projeto pioneiro. Fomos preparados para dar palestras a organizações como CAPS, hospitais psiquiátricos, instituições de ensino público e privado, faculdades, escolas de ensino fundamental e médio, e atualmente já ministramos mais de 32 palestras por São Paulo. Inicialmente, foi implantado um núcleo na capital de São Paulo, e já estão sendo implantados núcleos em Campinas, Santa Maria, no Rio de Janeiro; e a Cecília Villares, que foi a fundadora da Abre e é uma das coordenadoras da Comunidade de Fala, já treinou uma unidade em Lisboa, Portugal. Então, a nossa causa é na verdade divulgar a Comunidade de Fala pelo Brasil afora.

Nossa instituição, através dos nossos 8 portadores – que são pessoas treinadas para falar sobre o processo de superação, esse é o mote de nossa fala -, tem a seguinte metodologia: uma palestra é feita sempre por duas pessoas, cada pessoa tem sempre 3 minutos para falar, faz-se uma introdução, e 6 tópicos são abordados. Os tópicos são: dias difíceis, aceitação, tratamento, lidando com problemas de saúde mental, sujeito de sua própria história e sucessos, esperanças e sonhos. Temos tido muito sucesso nessa experiência nova, e as pessoas, nesse projeto, têm uma remuneração simbólica. Sou coordenador do projeto Comunidade de Fala; temos também outro coordenador, que é o Caio Wilmers Manço, que está presente, e o João, que também é palestrante. Nós todos, como palestrantes, recebemos 50 reais simbolicamente por cada palestra que realizamos, porque o Richard Weingarten conseguiu trazer para nós dos Estados Unidos a doação anônima de uma entidade para custear nossas atividades. Essa quantidade de fundos nos custeará por aproximadamente 1 ano e meio.

Então, atualmente, vimos buscando com as nossas palestras, um novo patrocínio. Estamos tentando divulgar a nossa causa e estamos lutando por novos patrocínios. Ontem mesmo divulgamos nossa causa a um grupo de psicanalistas e ao CVV unidade de Guarulhos,

e várias pessoas individualmente se interessaram em divulgar e multiplicar as palestras em suas entidades particulares e se disponibilizaram em pagar individualmente a nossa palestra. Temos folhas de avaliações, e já houve mais de 850 avaliações preenchidas. Em cada palestra, passamos essa folha de avaliação para a plateia, e elas têm sido muito positivas.. Temos “muito bom”, “bom”, “ruim”, “regular” e “ruim”, entre as opções de avaliação, e, dentre essas, só tivemos 3 “regulares”. Então, dentre essas mais de 850 avaliações, massivamente nós tivemos aproximadamente 800 “muito bom” como *feedback* das avaliações das pessoas que assistiram à nossa palestra. Algumas avaliaram como “bom” e somente três pessoas avaliaram como “regular”. Então, a Comunidade de Fala é um sucesso e nós estamos querendo trazer agora a comunidade para a Câmara dos Vereadores.

Inicialmente nós havíamos tentado trazer a palestra para hoje. No entanto, nos foi dito que deveríamos apresentar a proposta primeiramente de forma oral, o que estamos fazendo neste momento, a fim de, informalmente, passar informações de como é o projeto. Seria, então, remanejada uma proposta - como já foi falado com o Alan, antes do início dos debates - de que faríamos a nossa palestra com duração de aproximadamente 1h30min no dia 1º de junho, uma quarta-feira.

A Comunidade de Fala é um projeto pioneiro, que vem se expandindo e visa a desmistificar o transtorno mental como um todo. É um projeto que vem crescendo como um processo, porque, na verdade, o transtorno mental é algo que as pessoas veem com grande preconceito e estigma. Quando se fala em esquizofrenia e bipolaridade, em transtorno esquizoafetivo, ninguém nem sabe o que é; as pessoas associam esses transtornos mentais com violência, como quando sai uma notícia no jornal no qual se fala em economia esquizofrênica, em situação caótica. Associa-se esquizofrenia com estado caótico, mas, na verdade, esse transtorno mental nada mais é do que um estado psicótico, uma doença tão comum como a própria diabetes; é apenas uma desorganização da mente, um desequilíbrio neuroquímico que pode ser controlado e, digamos assim, apaziguado com medicação

adequada e com psicoterapia. Eu tenho esquizoafetividade desde 94. Meu pai tinha esquizofrenia também; a mãe biológica do meu pai também tinha transtorno mental e a minha irmã também tem esquizoafetividade.

Encerro por aqui e espero que, no dia 1º de junho, todos vocês estejam presentes e divulguem a nossa proposta para que a plateia esteja devidamente representada pelas pessoas da Câmara dos Vereadores.

Desculpem-me se me alonguei demais na minha fala.

Muito obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Sr. José Alberto.

Meus amigos, mais uma vez eu quero agradecer à Dra. Dirce. Foi fantástico. Acredito que é unanimidade entre os convidados e assessoria. Às vezes a turma nem presta atenção no palestrante e mesmo assim avalia. Então, vá tranquila, doutora. Até acho que foi pouco tempo, porque o assunto é realmente fascinante.

A Vereadora Noemi queria ir embora por conta de sua agenda logo de cara, mas assim que se iniciaram as exposições, não quis ir mais. Ela deixou de cumprir sua agenda para ouvir a exposição, que foi muito bacana.

Convido todos para a próxima reunião, a se realizar no dia 13 de abril, às 11h.

Tem a palavra o nobre Vereador Vavá.

O SR. VAVÁ – Quero agradecer a doutora e todos os participantes pela presença e o Secretário Municipal da Saúde Alexandre Padilha por ter contribuído com esta Subcomissão.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada esta reunião.



FL. Nº
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

PRESIDENTE: CALVO

TIPO DA REUNIÃO: ORDINÁRIA.

LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo

DATA: 13/04/2016

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Grafia(s) não confirmada(s)
- Orador não identificado
- Intervenção simultânea ininteligível/inaudível
- Manifestação fora do microfone
- Exibição de imagens

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Bom dia a todos. Já estão presentes os debatedores que participarão desta reunião de trabalho da Subcomissão de Medicalização, uma nobre causa. Como todos sabem, esta Subcomissão iniciou no final do ano passado, e esta já é a quarta reunião. De todas elas, participou um pessoal realmente maravilhoso, e tenho certeza de que vai ganhar muito quem veio participar da reunião de hoje, porque o tema, além de fantástico, é preciso ser discutido.

Antes de compor a Mesa desta reunião de trabalho, anuncio a presença do Sr. Eurípedes, neste ato representando o Secretário Municipal da Saúde Alexandre Padilha.

Agora, para compor a Mesa, os Srs. Reynaldo Matelli Júnior, Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo; Heloísa Helena Ferreira Silva, Assessora Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde; Ana Luiza Chieffi, Pesquisadora do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria do Estado da Saúde; Paula Sue Facundo de Siqueira, neste ato representando o Secretário de Estado da Saúde David Uip; Gisele Benetti, do Conselho Regional de Farmácia; Ione Tair Fucs, da ADJ Diabetes Brasil; Ivonildes 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.

Composta a Mesa, primeiramente convido, para sua explanação, a Sra. Heloísa Helena Ferreira da Silva, da assessoria jurídica da Secretaria Municipal de Saúde.

A SRA. HELOÍSA HELENA FERREIRA DA SILVA – Bom dia a todos. Agradeço a oportunidade. Sou Assessora Jurídica Chefe da Secretaria Municipal da Saúde e fui convidada para falar um pouco sobre a judicialização, fenômeno que já vem ocorrendo há certo tempo. Nós da Secretaria estamos sentindo que esse movimento tem ganhado corpo cada vez mais, o que tem impactado demais o rol de políticas públicas de saúde desenvolvidas.

Temos verificado um aumento de demanda e uma busca cada vez maior pela medicalização, o que nos vem assustando muito, porque atualmente temos tido muitos problemas para encarar as políticas públicas de saúde e para trabalhar de uma forma para que

elas, de fato, atendam à Secretaria.

No ano de 2013, gastamos 3 milhões, 409 mil reais com demandas judiciais. No ano de 2014, houve uma queda. Temos 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.

Na medida em que as ações vêm crescendo, já houve um aumento de cerca de 30%, do ano passado para cá, nas demandas para fornecimento dos mais variados tipos de tratamentos e de medicamentos.

Na Secretaria, 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. Por isso, neste momento, 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.

Nesse sentido, a judicialização seria muito interessante se se prestasse a fiscalizar a concretização das políticas públicas que vêm sendo desenvolvidas. Na verdade, temos percebido que são muitas as ações de cunho individual, e os tratamentos muito pontuais acabam atrapalhando o desenvolvimento das atividades como um todo.

Temos tido mais sucesso na conclusão dessas ações, e o Município tem ganhado um pouco mais, apesar de o nosso índice de perda nas ações judiciais ser extremamente alto; o Município só consegue obter vitória, ou ter cassada uma liminar, em cerca de 3% das ações em que é demandado. Houve uma demanda muito grande contra os CRATOD, mas esse tipo de atendimento não é bem sobre o que estamos tratando aqui hoje.

Isso reduziu bastante, mas a questão do fornecimento de medicamentos atualmente é o que mais vem nos preocupando. Inclusive, na reunião anterior, os senhores devem ter conversado com a Dra. Dirce, que apontou muito bem que há uma busca cada vez

maior por medicamentos mais recentes, muitos deles ainda em fase de teste. Isso preocupa muito os nossos técnicos da Secretaria. Talvez isso fique mais claro na próxima apresentação, que vai focar na assistência farmacêutica. Temos uma preocupação muito grande porque somos obrigados, muitas vezes, a fornecer medicamentos cuja liberação da Anvisa ainda não temos. Esse é mais um ponto que vem afetando as nossas políticas públicas de saúde e que impacta, de fato, na realização dessas atividades. A gente teve um crescimento de demanda de quase 30%, do ano passado pra cá, e a maioria dela está ligada à busca por medicamentos mais modernos, por medicamentos que venham atender às demandas, sei lá, muito da indústria farmacêutica, muito da forma de acesso, de como as pessoas têm a informação. É isso que vem basicamente nos preocupando.

Eu preferia agora abrir pra perguntas. É difícil expor de outra maneira. (Pausa)

Acho que a mensagem que posso passar da Secretaria é falar que estamos muito preocupados com o aumento da *judicialização*, sem que haja efetivamente uma política pública envolvida, sem que haja coordenação de atividades, e que não consigamos dar respostas à população, de modo geral.

Obrigada.

P – Por favor, não ficou claro quanto foi o gasto da Prefeitura entre 2013 e 2014.

A SRA. HELOÍSA HELENA FERREIRA DA SILVA – Em 2013, 3.000.409.260, 44; em 2014 o gasto caiu para 2.000.653.669, 98. É bem alto, é muito alto. (Pausa) Em 2015, o levantamento que temos na Secretaria é até junho, está em 1,6 milhão. Eu não tenho os números, mas adianto ao senhor que tivemos um acréscimo, de junho de 15 até agora, abril de 16, o acréscimo foi considerável, na ordem de 30%. Isso me foi passado da área financeira da Secretaria.

P – Obrigado.

R – Imagina.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Só pra gente entender. Esses recursos

foram gastos com a *judicialização*?

A SRA. HELOÍSA HELENA FERREIRA DA SILVA – Com a *judicialização*, independente do que a gente já gasta...

- Manifestação fora do microfone.

A SRA. HELOÍSA HELENA FERREIRA DA SILVA – Só com os medicamentos.

P – É importante a gente dizer isso...

R – São só medicamentos, além de tratamentos e de outros tipos de assistência. isso é só com os medicamentos.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Isso quer dizer que a pessoa precisa, não consegue, recorre ao Ministério Público e o promotor pede encarecidamente...

A SRA. HELOÍSA HELENA FERREIRA DA SILVA – Não, não. Não necessariamente.

P – Ele é amigo, não tem problema? (Risos)

R – Não, não necessariamente.

P – E também às vezes a Prefeitura precisa de um puxãozinho de orelha pra alguém ficar mais preocupado, aquela coisa toda...

R – O nosso impacto com as ações civis públicas é menor do que com as ações individuais. A gente tem mais problema com 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, individual.

- Manifestação fora do microfone.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Parece que agora entramos num acordo com a Informática.

Tem a palavra a Dra. Ana Luiza Chieffi, Centro de Vigilância Sanitária, Secretaria Estadual da Saúde.

A SRA. ANA LUIZA CHIEFFI – Bom dia. Trabalho na Secretaria da Saúde, mas

hoje estou aqui como pesquisadora da USP. Estou tratando do tema *Judicialização* não é de agora, fiz mestrado na área.

Sou farmacêutica, e vou falar do meu currículo só pra entenderem por que eu me importo com o tema, da onde vim e por que estou aqui.

Trabalho em Saúde Pública desde 2003, estou na Secretaria Estadual, já trabalhei com assistência farmacêutica, já trabalhei com *judicialização*, e hoje estou como Diretora na área de Vigilância Sanitária Da Indústria Farmacêutica. Então fechei o ciclo do medicamento.

Sou farmacêutica de profissão; saúde pública, saúde coletiva como mestrado; e faço doutorado em Medicina Preventiva na área de *judicialização*. A minha pesquisa é *Judicialização da Saúde*, desde o mestrado. Por isso estou aqui pra conversar com vocês.

Conversei um pouco com a colega do Município até para adequarmos nossas falas, e com o Dr. Matelli. Eu fiquei até espantada, satisfeita e feliz com o número de pessoas presentes. Eu não sei qual o conhecimento de todo mundo em relação à por que há *judicialização*. Vou trazer um pouco da Constituição, não vou falar de Direito até porque tenho vergonha de falar do tema ao lado do Dr. Matelli.

Então por que há *judicialização*, o que estamos fazendo, o que é isso? Com a Constituição de 88, a Saúde é um direito do cidadão. A nossa grande Constituição, a Constituição Cidadã mudou o foco, mas eu vou olhar só pra Saúde. Ela mudou o foco da Saúde no Brasil. Ela traz a Saúde com princípios diferentes do que tínhamos naquele momento, e cria o SUS, que é a maior criação do Brasil dos últimos 30 anos. Não estou falando de dados nacionais ou internacionais. O SUS é o melhor programa de saúde do mundo. Há problemas? Um monte. Eu posso listar 250 mil, mas é o melhor programa de saúde do mundo. Talvez possamos comparar com o da Inglaterra, talvez com o Canadá, mas não ficamos muito atrás.

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. Perfeito. Não vou

falar mal da *judicialização* porque a Saúde é um direito nosso, e se o Governo não estiver dando pra gente, temos sim de lutar por ela. Sou a primeira a levantar essa bandeira.

O que entendemos por *judicialização* da Saúde? São decisões judiciais que obrigam o poder público a fornecer bens e serviços de Saúde pra população.

A Constituição, quando cria o SUS, em seguida é publicada a Lei 8080, e quem trabalha na Saúde, a primeira coisa que fala é: ah, a Lei 8080 dá os princípios constitucionais do SUS. Qual sejam: universalidade, integralidade e igualdade. Ela não fala de equidade, com a palavra, mas traz o significado da equidade, princípio que eu, particularmente, mais gosto.

Na Lei 8080 estão no campo de atuação o sistema a Vigilância Sanitária, a Epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive à farmacêutica. Então está prevista na Constituição, está prevista no SUS a assistência farmacêutica, que é uma política pública de saúde.

A Constituição, é claro, diz que é direito do cidadão mediante política pública de saúde, e é por isso que temos de brigar por política pública de saúde. Temos de brigar para que a nossa política seja a melhor possível em nosso País.

Aqui aparece o seguinte: o que é a assistência farmacêutica? Por isso falei do meu currículo, aqui eu me encaixo. Trabalho com assistência farmacêutica desde que entrei na Secretaria da Saúde, a cada hora e até este momento, e a Vigilância Sanitária também faz parte da política de assistência farmacêutica. 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. Isso é importante: o que é uso racional? É você proporcionar o medicamento pra população através do que chamamos 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 pra gente garantir uma coisa só... Uma coisa não, muita coisa: medicamento de qualidade, seguro, eficaz e

gratuito porque estamos no SUS. Não há no SUS alguma política pública nem no Estado de São Paulo principalmente, porque aqui há lei falando que não pode, de jeito nenhum, você cobrar por serviço de saúde pela Constituição do Estado de São Paulo.

Mas tudo que o queremos da indústria farmacêutica é medicamento de qualidade, seguro e eficaz, e também gratuito pra todos. Depois eu vou falar sobre o registro da Anvisa.

Na assistência farmacêutica queremos nada mais do que ampliar o acesso pra população e lhes dar medicamento eficazes. É isso, e como se faz isso? Com política pública de saúde.

Bem rapidinho, vou falar da política de assistência farmacêutica. Hoje como está desenhada a política pública de assistência farmacêutica no Brasil? Vou falar além do Município de São Paulo porque o Município de São Paulo vai além do que é proposto para o Brasil. O Estado de São Paulo vai além, o Município de São Paulo vai além, e a gente aqui é muito privilegiado.

No seu desenho há três componentes: básico, estratégico e especializado. O básico é o fornecido nos postos de saúde, é a medicação pra doenças mais há, como diabete, hipertensão, e daí 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 da Saúde junto com o Município, e 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, não há por que distribuir em todos os postos de saúde. Você centra nas especialidades. O Especializado são os medicamentos que, pela complexidade do tratamento, ou por ser um tratamento longo, são muito caros. Você trata transplante, trata asma... Aids é estratégico, na Aids tem de haver notificação compulsória.

Em alguns lugares específicos está o programa estratégico. Alzheimer, hepatite, enfim, é uma pactuação que nos temos no sistema. O paciente tem a ver com isso? Não! A

gente é que tem de saber disso, o paciente tem de ir e pegar, o paciente tem de ter o acesso.

Além disso, há os protocolos estaduais, há no Estado de São Paulo; há os municipais. Estados e municípios podem fazer protocolo, só que daí o dinheiro vem do próprio fundo do Estado ou do município. A oncologia está aqui porque ela muito nos aflige. Não vou dizer que é a doença do momento, ela não é, mas por haver mais diagnósticos e estarmos vivendo mais, há mais pacientes oncológicos. Não há mais cânceres no mundo, há mais diagnósticos, os diagnósticos estão melhores e estamos vivendo mais. Todo mundo um dia vai ter um câncer. É isso, é a nossa natureza. A gente come diferente, estamos com sol diferente, enfim.

Como é tratada a oncologia no SUS? É um tratamento integral. O paciente não vai com uma receitinha na farmácia e diz: eu quero medicamento oncológico. Ele tem todo um tratamento. Faz quimio, faz radio, faz cirurgia e tem o medicamento no local em que está fazendo o tratamento, que são os Cacons e os Unacons.

Agora eu vou falar sobre a Incorporação de novos medicamentos pelo SUS, como a assistência farmacêutica incorpora esses medicamentos. Por exemplo, tratamento de Alzheimer, saiu um medicamento novo, como é hoje à política de incorporação? Esse é um grande avanço que nós tivemos em 2011. E eu, particularmente, achei que fosse dar conta da *judicialização*, mas não deu, não fez cócegas. Até porque nos anos de 2006 e 2007 falávamos assim da *judicialização*: ela aumenta a equidade do sistema... Besteira! E eu já mostro o motivo. Depois de demonstrado que a *judicialização* não aumenta equidade, mas a iniquidade, ah, mas é porque não tem a incorporação de drogas. Então vamos fazer uma lei para a incorporação de drogas! Ótimo. Uma lei que torna na lei 8080... Dispõe da assistência farmacêutica integral e incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS. Ela cria uma Comissão, a Conitec, e já havia uma comissão, mas não era muito transparente o seu trabalho, não víamos o trabalho. Ela cria uma lógica de incorporação de drogas, que é transparente, democrática, há consulta pública, e há prazo e qualquer um não pode entrar com uma

solicitação. É obvio, eu não ia conseguir entrar, tem de ter dados, mas a sociedade pode entrar, a sociedade médica pode entrar, a indústria farmacêutica, a Secretaria Municipal, a Secretaria do Estado, o MP podem entrar desde que tenham os dados, que são os dados de ensaios clínicos, dados que qualquer droga, pra começar, tem de ter para entrar no Brasil.

Essa lei cria essa comissão que dá transparência e democratiza o pedido de inclusão de novas tecnologias, não só de medicamentos, mas todas as inovações. Pode ser uma seringa diferente, um RX, enfim, qualquer tipo. Quando falamos de tecnologia pra Saúde é qualquer coisa que se usa em Saúde. Pode ser um tomógrafo diferente, enfim.

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

Ela fala da oferta de procedimentos terapêuticos em regime domiciliar com material hospitalar constante das tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde. Ela delimita o que é a política de assistência farmacêutica, que não era delimitada.

O que nos trouxe essa lei? Ela foi um grande avanço, temos de comemorar, ela dá transparência, agilidade, e há prazo. Em três meses tem de avaliar, se não avalia, há mais três meses, se não avalia é automaticamente incorporado. Tudo está no *site* da Conitec.

Tinha apresentações que não cabiam aqui, de como está sendo o trabalho da Conitec, quanto estão aprovando, quanto estão negando, por que está aprovando, por que está negando, há relatórios muito bem feitos, está tudo no *site*, é só pesquisar.

Agora nós vamos falar do que vocês querem ouvir. Eu trago dados, por favor, não vim aqui fazer apologia à *judicialização* ou a não *judicialização*. Trago dados para que possamos discutir como sociedade. Há um monte de gente aqui, não sei da onde são, mas creio que somos todos cidadãos. Mostrarei então os dados para que possamos discutir e

melhorar o nosso sistema de saúde.

A *judicialização* só tem crescido. Em alguns momentos dá uma abaixadinha, e há até explicação, e são os dados da Secretaria do Estado. Eu não tenho os dados que a colega falou. Eu estou falando de uma entrada de 12 mil ações em 2013, 10 mil – são ações novas - em 2012; 10 mil em 2011. Em 2009 a Secretaria de Estado criou uma política de solicitação de atendimento administrativo. Pronto! É acesso. Vamos acabar a judicialização, porque ampliamos o acesso. Não é falta de acesso. Porque voltou a crescer. É assim: a Secretaria da Saúde - o Município também, porque conheço o trabalho deles – todas as formas foi tentando atender o cidadão. A gente sempre fala para os juízes lá, queremos atender cidadãos. Queremos atender a população. Não queremos a judicialização. Não queremos brigar, mas atender a população.

Aqui para mostrar as ações. Segunda entrada, tipo de ação: o rito ordinário, é o tipo de ação mais expressivamente que entra mais, é uma ação individual. Tem o mandado de segurança, que é uma ação contra o Secretário, ou contra o governador, que ela exige uma urgência de atendimento. Ela tem caído nos anos. Peguei 2012, 2013, de 28 para 24, o rito ordinário aumentando.

Tem medicamentos 69% das ações, são medicamentos e no meu doutorado trabalho com dados de 2010 a 2014. Continua, diminui um pouco, aumenta um pouco de procedimento, mas continua o medicamento sendo o carro forte da ação judicial, por isso que falo de assistência farmacêutica de política de assistência farmacêutica. Não dá para entender nada, está cheio de rabisco do computador, mas o que fala essa tabela? Quantidade de vezes que o item foi solicitado: mais de mil. Cinco medicamentos foram solicitados mais de 1000 vezes. Bem, isso temos de olhar. Agora 2165, apenas três autores. Isso não é política pública gente! Três atores solicitam 2165 itens, tem só três pedidos. Como a gente compra isso? Nem compra. Não consegue nem comprar. Do que estamos falando? É realmente o que a população está precisando? Temos de olhar aquele cinco ali, ou aquele de 999 a 200

solicitações, tem 54 itens. É isso que temos de olhar como política pública. O que a maioria está precisando? Isso não quer dizer que não podemos, não temos de olhar para a minoria. Isso é equidade. Tem de olhar.

Diabetes. Diabetes é a doença que mais cita nos processos. E10, E14, E11. Todos esses “E”, são as doenças relacionadas a diabetes. Diabetes é a doença mais relacionada. As ações de onde elas veem, de clínicas privadas. A maioria delas vem das clínicas privadas, as receitas médicas que estão dentro das ações judiciais. A insulina é um medicamento mais judicializado também no Estado, na Secretaria Estadual de Saúde. Tem um monte de Insulina. Não tenho tempo aqui, mas poderia descrever, esses são os vinte itens mais judicializados. Eu como farmacêutico consigo falar, olha: esse item você poderia pegar tal, no Sistema de Saúde. Desses vinte itens, se não me engano, três você não teria o similar terapêutico para a população, mas 17, você teria como tratar. Sei que vocês falaram aqui outro dia de hiperatividade, aí mostra que o medicamento para hiperatividade está aí.

Esse dado é o que mais me deixa triste. Peguei esses dados, do meu doutorado, fui olhando se aparecia medicamento de programa, 30% é do componente básico. Não é para judicializar. Agora está faltando. Em 2015 e 2016 sei que está complicado. Não faltava. Não é para judicializar. Não falta. A receita vem com a insulina. O que o paciente tem além da diabetes? É hipertenso, colesterol alto, e vem essa receita como um todo. Aí o Poder Público tem de arcar com isso, e sair fora do esquema da política pública de saúde. O estratégico, o especializado, analisei essas 11 mil ações, 80% é fora de protocolo. O que estamos prescrevendo para os nossos pacientes? Será que pode? O protocolo é feito em medicina baseado em evidência. É supercriterioso. Estamos prescrevendo de que forma? Que forma nossos médicos estão prescrevendo? Essas são as discussões que temos de levar. Achei muito complicado isso. Quando analisei essas 11 mil ações, 80% estão fora do protocolo clínico. Nosso protocolo está ruim. Está publicado. Passou por consulta pública. Que temerário é esse? Aí é uso racional de medicamento. É muito temerário isso.

A tabela atrás mostrava o índice que a gente chama de índice de judicialização, que é um índice que fala, quantas ações por mil habitantes de população. Quando coloca isso no Estado de São Paulo não tem um padrão, tem locais que o índice é maior, locais que é menor, isso dá uma discussão imensa, porque o índice muda tanto no Estado de São Paulo. Essa tabela é muito interessante. Não dá para ler. É assim: é o ácido Acetilsalicílico, cada linha dessa é uma apresentação, para a mesma indicação. Indicação terapêutica. Só aquele lá em cima que é de 500 miligramas que usa para dor. Todos os outros usam, são os antiagregantes plaquetários, para afinar o sangue. Não faz uma política pública de saúde, - vamos contar - com 23 padronização. Qual a diferença de 300 miligramas, para o de 100, 125, 325? Nenhuma. Pode tomar dois. 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 pegar a maior parte da população a dosagem é 100. Vamos padronizar os 100. Tem exceção? Tem! Toma dois.

Agora, aqui entra marketing da indústria, outras questões que saem do alcance da nossa cabeça. Em 2013, a Secretaria Estadual de Saúde, gastou 400 milhões. Agora em 2015 foi quase 500 milhões. É muito dinheiro. Eu não gosto de falar de dinheiro, porque saúde não tem preço. Não gosto mesmo. Acho que não é um argumento para discutirmos, porque saúde não tem preço.

- Manifestações fora do microfone.

A SRA. ANA LUIZA CHIEFFI – Mas a gente tem que dar saúde para todo mundo! O que poderíamos ter feito com esse dinheiro? Não sei, não vamos entrar nesse mérito; mas temos que fazer para todo mundo.

- Oradora passa a se referir a imagens na tela de projeção.

A SRA. ANA LUIZA CHIEFFI – Esses dados são da minha dissertação de mestrado. Em 2009 foi publicado esse artigo. Nesse ano, em 2008, em 2007, o que se falava?

Que a judicialização trazia equidade para o sistema. Na época, eu ainda trabalhava na Secretaria. Ficávamos muito desgostosos, porque não era o que víamos. A gente quer equidade. Para quem trabalha no Sistema Único de Saúde, equidade é a palavra que a gente persegue. O que é equidade? É dar mais a quem precisa mais. É uma justiça social. Conversei com minha orientadora sobre como iríamos analisar isso. Esses dados são dados do Estado, mas se referem ao Município de São Paulo. Separamos a população em rosa e os pacientes em azul por estrato de vulnerabilidade social. No estrato 1, nenhuma vulnerabilidade social. No estrato 6, muita vulnerabilidade social. Como produzimos esse dado? É um dado que a Fundação Seade traz para nós. Ela olha não só o dinheiro da população, mas o local de moradia, se há rua asfaltada, se há hospital perto, enfim, a rede social daquela população para determinar quão vulnerável ela é ou não. Então, não se restringe a dados de renda. Com isso, mostramos que os pacientes dos estratos 1 e 2 - ou seja, sem vulnerabilidade nenhuma, que moram bem, que têm dinheiro, que moram em ruas asfaltadas – são os que mais judicializavam. E os que teoricamente os que mais precisavam são justamente os que não têm acesso nem 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. Estamos falando de uma cidade fora do mapa do Brasil.

Depois disso, ninguém mais falou em equidade. A boa da vez é a falta de incorporação. É a partir disso que abro o debate. A incorporação 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 incorporação foi solicitada já estão em relatório. “Ah, não está bom o relatório”. Então, tudo bem; aí, tem que ser judicializada a política, não individualmente, essa é minha opinião.

Abro o debate. Hoje temos uma política de incorporação diferente da que tínhamos antes de 2011. A judicialização não parou de crescer, e penso que temos que achar uma forma de melhor atender a todos, inclusive os pacientes que estão pedindo a judicialização.

A partir daqui, os dados da minha exposição são de aspectos positivos. Instigação de produção de resposta pelos agentes públicos no setor da saúde: se a Secretaria não estiver funcionando, tem que judicializar mesmo.

Suprir eventuais falhas e disfunções da regularização do sistema. Identificar as relações positivas entre acesso à justiça e efetivação do direito: isso, a gente não vai, pelo amor de Deus, tirar nunca da mente, pois a saúde é um direito nosso, conquistado a duras penas. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Ana Luiza. Muitas pessoas já querem perguntar algo, mas vamos prosseguir. Tem a palavra o Dr. Dr. Reynaldo Mapelli Junior, Promotor de Justiça. Depois, abriremos a palavra para a Mesa e para os convidados.

O SR. REYNALDO MAPELLI JUNIOR – Bom dia. Quero agradecer o convite feito pelo Vereador Aníbal de Freitas e cumprimentos os membros da Mesa e os demais presentes.

É muito difícil falar de judicialização em 15 minutos, ainda mais para um promotor de justiça, mas farei o possível.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Doutor, fique à vontade, por 20 a 25 minutos.

O SR. REYNALDO MAPELLI JUNIOR – Obrigado. Esse é um tema que, de fato, acaba sendo mais interessante durante os debates. A gente tem muita dúvida e quer perguntar sobre isso.

Antes de falar propriamente do tema, quero dizer o seguinte: minha atuação profissional do Ministério Público do Estado de São Paulo fez com que eu me aproximasse da saúde pública. Estou indo para quase 24 anos de carreira como promotor de justiça. Corri o Estado inteiro durante minha carreira. Tive contato com a população, com os problemas da saúde. Depois, quando cheguei a São Paulo, atuei em um grupo especializado de promotores de justiça de saúde pública. Depois, fui assessor do Procurador-Geral de Justiça, coordenando esse tema. Então, acabei viajando pelo País e conversando com muitos colegas da área do

Direito. Depois, tive uma experiência traumática – sempre digo traumática, mas foi boa, não é, Sue? -, porque fui Chefe de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde na gestão do Professor Giovani Guido Cerri. Então, durante 2 anos, fui gestor, e uma das minhas funções era receber as liminares e as ordens judiciais. Minha vida, dentre outras razões, era muito difícil por causa disso. Porque, além das inúmeras atividades que eu tinha como gestor no auxílio da Secretaria, eu recebia, às 5 horas da tarde, uma decisão para comprar, em 5 dias, um medicamento fabricado nos Estados Unidos. Então, eu pegava aquele papel e me perguntava: “O que eu faço com isso?”. A gente nem sabe direito o que é, pois o remédio acabava de sair. E a Sue, coordenando o setor jurídico, me ajudava muito em tentar resolver isso, seja para defender o Sistema Único de Saúde no processo, seja para cumprir a ordem judicial adequadamente.

Isso me deu uma experiência. Mudei de lado entre aspas, porque, na verdade, acho que o lado é o mesmo: é melhorar a política pública de saúde. Tive essa experiência que, depois – agora retornei ao Ministério Público -, me levou a fazer elaborar uma tese de doutorado sobre a judicialização da saúde na Faculdade de Medicina da USP. Essa propaganda da minha tese é a capa, vou deixar aqui.

Não vou encher vocês com todos os dados, vou falar apenas de alguns, porque, em geral, eles confirmam o que a Dra. Ana Luiza Chieffi dizia. Nós pegamos dados de 2010 a 2014, durante 5 anos, da Secretaria de Estado da Saúde, e somente de ações individuais de medicamentos e produtos. Por isso eu perguntei para a Dra. Ana Luiza há pouco sobre isso.

O volume realmente significativo da judicialização da saúde é ação para medicamento ou alguns produtos farmacêuticos que complementam o medicamento. É isso que realmente o gestor tem enfrentado. E a pesquisa que fizemos, que levou ao doutorado que defendemos em dezembro na Faculdade de Medicina, confirma mais ou menos o que a Dra. Ana Luiza dizia há pouco. Talvez das perguntas, eu fale de algumas coisas, mas só para mencionar a vocês que a cara da judicialização da saúde aqui no Estado de São Paulo é a

mesma cara que outros estudos têm tentado demonstrar, e que a gente poderia resumir, grosso modo, no que vou falar agora antes de entrar no Direito. Eu queria entrar um pouco no trabalho do profissional do Direito, pois falta isso quando falamos sobre saúde.

Falando sobre dados, a pesquisa confirmou, primeiramente, que mais de 60% dessas pessoas que ajuízam ações estão em hospitais privados ou clínicas privadas; elas não estão sendo atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Temos um problema grave de equidade aí. São pessoas que têm médico particular e que podem – com razão ou não, não estou entrando no mérito – precisar de um medicamento; aí, elas 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 precisamos discutir.

Outro problema que a pesquisa demonstrar – e que precisamos também discutir – é que é muito frequente medicamentos que não estão nas políticas públicas. A Ana Luiza falou dos componentes da assistência farmacêutica, que são os programas que existem, de medicamentos. É muito frequente – e não vou falar de percentuais – que seja objeto de judicialização um medicamento que não está previsto nas políticas públicas ainda. Temos uma forma de incorporação de tecnologia, bem regulamentada desde 2011; mas, antes que isso ocorra, alguém ingressa em juízo e obtém aquilo.

Outra coisa muito frequente são medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que é o nosso órgão que fiscaliza a eficácia e a segurança dos medicamentos. Isso é muito frequente e tem sido considerado quase sempre irrelevante pelo Poder Judiciário o registro na Anvisa. Outra coisa muito frequente são os medicamentos importados; mesmo não existindo no País, determina-se que se compre algo do Exterior.

Outra coisa também muito frequente é a confusão de competências, como a Ana Luiza comentou. O Sistema Único de Saúde trabalha muito com pactuação ou acordo, ou pelo menos deveria ser assim. Nem sempre isso é muito claro. Às vezes, critico a saúde porque o

cidadão não tem que ficar sabendo quem faz o que, quem compra o que, isso é muito confuso. Em medicamentos, claro, é complicado, porque só a assistência farmacêutica pode entender bem. Mas temos 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 explicam 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. Em resumo, tem que haver um acordo sobre quem compra o que, quem distribui o que. A União, o Governo Federal tem a maior parte dos recursos do País, e de maneira muito significativa; o Estado tem outra quantidade de recursos, e o Estado de São Paulo é um pouco melhor do que os outros Estados, pois há Estados em situação realmente difícil; e os municípios geralmente têm menos dinheiro ainda. Aí, é feito um acordo sobre quem compra, quem armazena e quem distribui, e a Justiça, em regra, desconsidera, nem pergunta quem compra.

Então, este é outro problema: aquela receita – como a Ana Luiza comentou – que o médico faz de boa ou de má fé – e não é isso que está em discussão -, colocando a necessidade de um medicamento de alto custo. Pelo que combinaram, geralmente é assim: 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. Aí, temos municípios pequenos – no Estado de São Paulo inclusive – praticamente quebrados por causa dessa conta, pois eles não têm recurso para comprar medicamento de alto custo. Isso é competência da União e, em alguns casos, do Estado.

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. Eu ficava doido com meia dúzia de aspirinas, como é que iríamos comprar, fazer licitação, aí não

se consegue, aí compra 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.

Vi muitas vezes a defesa bem feita pelos procuradores do Estado. Tenho que dizer isto, porque estou cansado de ouvir dizer que o SUS não se defende, o que não é verdade. Há várias falhas, sem dúvida nenhuma, mas cansei de ver defesas bem feitas e não acolhidas. “Ah, isso é irrelevante”. Quem paga é irrelevante, quem distribui é irrelevante, porque se entende que há uma solidariedade entre Governo Federal, Estados e municípios para a saúde.

Além disso, há um uso muito frequente do mandado de segurança – que, no Estado de São Paulo, representa 25% das ações -, porque é uma ação judicial rápida, que não tem prova. No mandado de segurança a pessoa diz assim: “Olha, eu tenho direito líquido e certo, não há o que discutir”, e o juiz manda fornecer. Um exemplo simples que é muito usado é daquele funcionário público que é demitido sem ampla defesa, sem processo. Se um maluco demite o funcionário, e essa demissão é publicada no *Diário Oficial* e ele não vai mais trabalhar, ele vai impetrar um mandado de segurança e vai ganhar, porque não tem o que discutir. Ele não vai dizer: “Olha, Sr. Juiz, os documentos estão aqui, eu sou funcionário público há 15 anos, o Governador me demitiu ontem, não sei nem o motivo, não me defendi”. Então, não tem nem que discutir, o juiz vai dar uma liminar e vai falar: “Não quero saber, reintegre o funcionário e o Governador que faça o processo disciplinar”. Esse mandado de segurança está sendo usado com muita frequência para medicamentos, e o problema é que ele não permita prova, não é? Então nós não temos instrução, não temos perícia, não temos documentos... Só um documento, o juiz dá uma liminar, etc. então esse é outro problema. Então essa é... Eu não queria propriamente ficar... Eu tenho muito desses dados, a gente pode falar depois.

Mas eu queria dizer que a cara da judicialização de medicamentos, em regra, é muito ruim e ela tem uma série de problemas que vamos ter de enfrentar. Claro que, se o medicamento falta, se ele é imprescindível, se a União, o Estado e o Município empurram para

o outro e ninguém resolveu o problema o paciente de, têm mais de ser condenados mesmo. Acho que a gente não pode questionar isso, e esse acesso ao Poder Judiciário é o direito fundamental - está lá na Constituição Federal, não é? É um princípio do regime democrático: se eu sou ofendido no meu direito, procuro o Poder Judiciário, pelo Defensor Público, por um advogado, pelo Ministério Público. Elias, quando há falha, acho que não temos de discutir, tem de haver a condenação mesmo.

Mas esse tipo de condenação que está ocorrendo, a literatura científica hoje tem vários exemplos do que vou falar, tem causado muita injustiça e tem desestruturado muito as políticas públicas.

Aí eu queria falar - você me corrige tempo, tá? - do profissional do Direito, porque acho que o profissional da Saúde Pública precisa aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde, não há dúvida. Eu concordo com ela aqui... Em 88, nós usamos na Constituição Federal. Vamos fazer um sistema público e gratuito para todos os brasileiros. Não tem nenhum exemplo assim no mundo. Vai falar da Inglaterra, que é pequenininha e todo mundo vive bem; no Canadá, todo mundo tem um alto nível. Nós estamos falando de outra coisa: estamos falando de um país da dimensão continental, com muita desigualdade social e com pouco dinheiro - porque não estamos na Suíça, não tem dinheiro sobrando. Tem desvios - isso é outra coisa, não é?

Então, nós usamos em 88 e eu acho que, por isso, o sistema público de saúde é a melhor a melhor política de inclusão social que temos no Brasil. Agora, ela precisa ser aperfeiçoada, e o pessoal da Saúde Pública, com os inúmeros problemas que a gente pode depois discutir aqui, tem trabalhado nesse sentido. Agora, eu acho que o pessoal do Direito está errando muito, e é que isso o que eu queria comentar com vocês. E, para falar que está errando muito, falar - ainda que rapidamente - de como essa judicialização da Saúde chegou ao Direito, porque nós nunca ouvimos falar de Saúde na Faculdade de Direito. Eu nunca ouvi falar.

Eu me formei em 91 - que eu sou um pouquinho velho, não é? Eu me formei em 91

e nunca tinha ouvido... Bem, tinha ouvido falar aqui saúde era de graça, tinha que dar para todo mundo. É só isso porque a gente ouve. Agora, o resto... O que é o SUS, quais seus princípios e diretrizes, a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, eu nem sabia que isso existia. Então... E aí vou dizer: hoje não sabem também. Porque aí eu queria falar com o Vereador que vou deixar para o final a contribuição do Poder Legislativo. Mas acho que uma das coisas e o que poderiam encampar - acho que é importante - é que o Direito Sanitário, que é o direito que cuida disso, seja ensinado nas faculdades, seja cobrado nos cursos de juízes, promotores e advogados; seja divulgado, porque esse é o Direito de poucos especialistas, tem poucos livros. Eu tenho um, que é um dos poucos - e já faço a propaganda -, esgotou, porque não há livros, quase. E, com raríssimas exceções, não consta das Faculdades de Direito.

Então aquela pessoa que se forma e que se torna advogado, Promotor e juízes, ela nunca ouviu falar em Direito Sanitário do SUS. Se ouviu falar, foi muito genericamente, rapidamente, numa aula. E, depois, quando vai prestar concurso para Promotor e para juiz, é a mesma coisa: quase não se pede nada. Eu estou brigando lá para pedir mais coisas. Vivo brigando com essa história. É muito pouco, porque a saúde é um dos direitos fundamentais, e o Promotor, quando ele começa a carreira, mas é no dia seguinte, ele abre a portinha de lá, depois de alguns meses de treino, vai ter alguém lá com uma receita, pedindo remédio. Mas tenho certeza. Eu falo que essa é a melhor propaganda, que eles me ligam desesperados: "O que eu faço com isso?". Porque eles não têm orientação jurídica. E aí acho que precisamos pensar um pouco nisso. Por quê? Porque, em 2009, o Supremo Tribunal Federal, na época presidido pelo Ministro Gilmar Mendes, fez uma audiência pública, uma audiência pública número 4. Está lá no *site* do Supremo. Foi em 2009. Todo o discurso está filmado, das pessoas que participaram. Foram duas semanas. E também escrito. E todo mundo participou: a universidade a indústria farmacêutica, os gestores públicos, os políticos, o pessoal do Direito.

Todo mundo participou para dar sua versão, para discutir, etc. Essa audiência é de 2009 e estamos em 2016, já valeu tudo o que estamos falando aqui.

Depois, 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; que é aquela 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; tem de ser obedecido. Na época, isso não estava na lei – já me falaram -, mas tem de ser a regra. O Ministro diz: “Exceção tem de ser provada”, está lá na decisão dele. Dificilmente o juiz numa liminar vai ter elementos para decidir uma exceção. Por isso tem de evitar liminar.

E depois dessa audiência pública, em 2009, o Conselho Nacional de Justiça emitiu uma recomendação, em 2010, de número 31. Lá estão todas essas ideias principais para o juiz de Direito. Estou falando muito grosso modo, muito simplificada, mas 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. Não é decidir, vocês são juízes. Há apoio técnico? 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.” Está lá: “...preferencialmente por meio eletrônico.” Hoje temos e-mail, pelo menos ouça antes de decidir. Pode até conceder liminar, mas um juiz houve? Não, raríssimas vezes ouvem.

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 (ininteligível) alguns enunciados sobre saúde pública, mas o que queria destacar é a existência de um problema no Brasil em relação à saúde pública e à geral de insularização das políticas públicas. É isso que queria passar a vocês, ainda que fale rapidamente, porque depois disso, muita sugestão boa surgiu, que

ninguém cumpre. Rarissimamente. Estou me referindo ao pessoal do Direito.

Eu me matava lá na Secretaria, mandamos e-mail, fiz propaganda. Não precisa acreditar em mim, mas perguntem que vou responder que isso está no Município. E outro, isso é marca do medicamento, mas há outro que é a mesma coisa e tal. Mas não perguntam. Não perguntam, rarissimamente.

Então, por que queria chegar ao Poder Legislativo? Porque em 2010, 2011, houve um grande avanço do direito sanitário. Tivemos duas modificações na Lei Orgânica da Saúde 8.080 que – falando muito rapidamente – regulamentou a incorporação de tecnologia; como entra um medicamento ou outro na política pública. Existem regras para fazer, prazos, tem de haver consulta pública e nos casos mais graves, audiência, enfim, uma série de coisas. Também deixou claro que o 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.

Houve também um decreto que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde e que deixou mais claro ainda. 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.

E tudo o que estou falando a vocês adiantou alguma coisa? Não. Continua a mesma história da judicialização da saúde, salvo alguns casos. É preciso dizer, existem juízes e promotores que têm estudado isso. Aqueles que, em regra, estão mais próximos desse direito sanitário, que vêm aqui debater, que fazem o curso na Faculdade de Saúde Pública, ou em outro lugar. Esse pessoal que começa a estudar isso fala, realmente, quando há falha,

quando a pessoa, de fato, precisa daquilo para um tratamento, para salvar uma vida, não tem que discutir nada, tem de ser condenado, mesmo.

Mas espere um pouquinho, 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.

Uma coisa é a pessoa ir à unidade básica de saúde, falta o remédio, ela pede orientação, não consegue, isso acontece, ela procura um advogado e ingressa com ação. Aí o SUS tem que ser condenado mesmo. Outra é ela ir à unidade básica de saúde, pedir um medicamento de alto custo, não é lá o lugar, ela não tem obrigação de saber disso. Ninguém a orienta direito, isso acontece também, ela procura um advogado e entra com ação, pedindo medicamento de alto custo para a prefeitura dar. Está errado até aí? Não.

Agora, o juiz tem que saber que aquele medicamento não é da prefeitura. O juiz tem que saber que aquele medicamento muito caro, se a prefeitura der ela pode quebrar. Isso está na lei, está no decreto.

Eu acho que há um problema hoje, em relação ao Direito, que a gente precisa, Vereador, conscientizar as pessoas da sociedade civil, especialmente do Direito, que essas regras não existem para limitar o direito à saúde. Não é isso. Essas regras existem para que a política pública funcione para todos de maneira mais justa. Porque senão a gente rasga a Constituição que já falava tudo isso - porque isso não é invenção. Isso tudo o que está na lei, a Constituição já falava. A gente acaba rasgando tudo, todo mundo pode tudo e quem gritar mais leva. 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.

Eu tenho uma opinião bastante objetiva sobre a história dos profissionais de Direito. Lá no Ministério Público a gente tem trabalhado muito para conscientizar os promotores nesse

sentido.

Política pública é uma coisa organizada, não é desorganizada. A minha obrigação, como promotor, quando alguém me 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 sobre aquele medicamento, se precisa mesmo, se tem outro, etc. e observar essas regras.

Sempre digo que pode ter um caso excepcional, nunca vi. Não conheço. Vejam, deve existir, por favor, me entendam. Mas eu não conheço um medicamento, sem registro na Anvisa, que tenha sido imprescindível, por causa de uma ação judicial ele foi obtido e alguém salvou a vida, deve existir. Por favor, eu não estou dizendo que não existe.

Mas, em 23 anos de carreira, em todos os processos que trabalhei, nunca vi isso. O que eu vi foi o contrário. Comprar algo muito caro e era possível ter algo mais barato ou que já tinha aqui, etc.

Outra coisa que me incomoda demais é marca, porque parece que a gente está falando o óbvio. O 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. Sempre que ele não funcionar, devemos lutar para que ele funcione melhor e as falhas são inúmeras: falta de recursos, gestão ruim, má orientação para as pessoas, há um monte de problemas. Mas nós temos de lutar para que essas regras, que hoje estão na lei, sejam respeitadas.

A conclusão do meu trabalho, de uma maneira simplificada, nem poderia escrever

isso porque iriam me processar, mas a conclusão do meu trabalho é que nós 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, optei um sucesso na Câmara Municipal, e consegue uma lei. Para ela ser obedecida vai ser muito difícil, porque vai ter alguém no Direito que diz: “Ah é inconstitucional por causa disso, não concordo, porque fere o princípio da dignidade.”.

Não quero dizer que juiz tem que ser um robozinho que cumpre a lei e não interpreta. Não é isso, de forma nenhuma. 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.”.

O que não podemos fazer, mas em regra está acontecendo, essa pesquisa que fiz demonstrou isso, é que eu mando comprar marca, nem sei 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. 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.” Aí 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?

Eu queria, ainda que rapidamente, dizer que na minha avaliação a lei é algo muito

importante para a democracia. Ela pode ter defeitos, tem de ser mudada, 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.

Nós estamos num momento no Brasil, em minha opinião, que nós simplesmente desconsideramos a lei. Ou não conhecemos – nós profissionais do Direito – ou desconsideramos. Isso está errado. Acho que a gente precisa fazer um trabalho de conscientização. Então eu queria terminar dizendo que a despeito dos problemas que existem no Sistema Único de Saúde, eles existem; a despeito dos casos em que a judicialização está correta mesmo, a pessoa precisa do medicamento e o Judiciário deve realmente condenar a política pública; a despeito disso, nós, profissionais do Direito, temos ainda um trabalho muito grande de fazer que é conhecer o Sistema Único de Saúde e defendê-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.

O que nós estamos fazendo é desconsiderar esse caminho e isso está causando muita injustiça. Então acho que temos de estudar a lei, defender a sua importância e aplicá-la. Se a legislação sanitária que existe hoje for aplicada, tenho certeza que boa parte desses problemas seria resolvida.

Muito obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Parabéns. É muito gostoso ouvir um

promotor que já esteve nos dois lados, porque quando é um lado só, a coisa é brava. Imagina o nosso Secretário Davi Uip sendo preso porque não tinha vacina no Município de Bebedouro, é algo esquisito. Às vezes aqui também, na Prefeitura, nós ficamos chateados quando o promotor ou o juiz obrigam o Prefeito ou o Governador a fazer alguma coisa. O Prefeito quer ser um bom prefeito, o Governador quer um bom governador, mas às vezes não dá. É muito difícil.

O senhor está lá, do outro lado, sabe como é a coisa. De repente, o prefeito leva toda a culpa. Ele não tem culpa. É um ser humano que tem as melhores das boas intenções. E aí, também quando vai a lei, como o senhor mesmo disse, vamos dizer: Olha quem quer remédio do SUS tem de ter o cartãozinho do SUS. Aí vem um cara bem abonado, vai ao Einstein e entra na Justiça e quer o remédio. É uma coisa estranha. A Lei realmente, eu falo que a lei é luvas, é difícil ser cumpridas, ela não quer ser cumprida. Tem três advogados aqui na assessoria, fico até temerário, porque agora vão começar a ter outras ideias.

Vamos abrir um debate aos interessados a perguntas. (Pausa)

A SRA. _____ - Boa tarde a todos. Sou diretora da Associação de Diabetes Juvenil, a nossa colega, inclusive já falou diabetes está lá em cima, quando Dr. Mafeli e Heloisa, falam que, inclusive, está havendo sérios problemas por causa da judicialização, em relação a medicamentos. Não vou falar de outros medicamentos, nem de outras associações, vou falar daquela onde convivo com as pessoas que têm diabetes e com a necessidade que elas têm de utilizar, outros medicamentos. Quando aqui é dito que o Poder Público já disponibiliza uma insulina. Disponibiliza sim. Disponibiliza a NPH regular. Só que é essa insulina, não é boa para todas as pessoas. Porque elas utilizam inicialmente essas insulinas, mas depois têm a necessidade de utilizar outras insulinas que são chamadas análogas. Essas insulinas – aqui teria de entrar um pouco, não sou médica – mas no decorrer de todos esses anos, a gente acaba sabendo o que acontece. A insulina NPH ela tem basal de 12 horas. As pessoas procuram hoje. Antigamente não acontecia isso. 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. A pessoa precisaria passar, digamos assim, o dia todo fazendo teste de ponta de dedo, para aferir quanto está a glicemia dela e ficar tomando o dia todo insulina. Talvez até conseguisse um controle que evitasse que com o decorrer do tempo ela vai ter aquelas complicações que chega para todos nós em uma determinada idade. Só que quem tem diabetes e não cuida adequadamente da diabetes ela vai antecipar essas complicações. Na associação hoje podemos ver todas as pessoas sendo atendidas gratuitamente, vamos chegar, pessoas com sérias complicações. Ah, porque estou NPH, agora meu médico prescreveu a Insulina, e sabemos que nas unidades básicas de saúde os profissionais não prescrevem as insulinas análogas. Se ele prescrever a insulina análoga, ele sabe que aquele paciente necessita da insulina análoga, e pode ser tanto a basal, como a insulina ultrarrápida, a pessoa vai procurar a defensoria pública, vai procurar o Ministério Público, ou se ultrapassar aquele limite de três mínimos de renda familiar ela pode. Quem mora no Estado de São Paulo, pode entrar no Juizado Especial da Fazenda Pública. Vai entrar com aquela receita, daquele profissional de saúde que prescreveu que trabalha na UBS e vai acontecer o quê? Vai jogar para a UBS. Já soube de casos, de profissionais - hoje, eles não prescrevem mais – que tiveram problemas de sindicância. Isso, não só nas UBS, como nos hospitais que a gente chama de filhotes dos SUS. Hospital das Clínicas, Hospital Brigadeiro, todos esses outros hospitais que são ligados, raramente, com raríssimas exceções os médicos prescrevem. Eles são proibidos de prescrever insulina análoga. Já chegou gente para nós da Santa Casa, é atendido pelo SUS, que precisa, dizia: “Meu médico que falou que eu preciso utilizar tal e tal insulina. Não é aquela que é disponibilizada...” Não vou citar nomes, porque não estou aqui para fazer apologia de nenhuma insulina. Mas quero dizer, que também quando as pessoas procuram, ou serviço particular, como bem disse Dr. Mapeli, primeiro, não consegue

marcar com especialista do SUS, uma consulta rápida. Sabemos que o SUS é ótimo, mas ele têm serias falhas e as pessoas não conseguem marcar. Demoram! 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 é uma doença degenerativa, tem necessidade premente de ser sempre consultas. Está passando mal. Tem de passar. Ele não pode esperar. Ah, mais ele pode ir lá no SUS, tudo bem. 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 diabetólogo. O que é diabetólogo? É aquele médico que entende de diabetes. Não adianta ser um endocrinologista. Ele não entende da área de diabetes. Um endocrinologista que entende de regime, não adianta. Ele vai prescrever, talvez o básico para aquele paciente.

Estou falando tudo isso porque precisa ser entendido, o porque está havendo judicialização. Na associação nós não prescrevemos a judicialização. O que fazemos? Inicialmente, a pessoa: “você tem indicação do seu médico? Tenho! Então você vai dar entrada na Secretaria Estadual de Saúde - nem se fala para ir contra a Prefeitura do Município de São Paulo – porque em 2011, se não me engano, veio uma resolução que criou a comissão de farmacologia. A pessoa imprime o formulário, leva no médico, o médico preenche, tem médico que não quer preencher porque diz que perde tempo, dá entrada, não só em São Paulo, como no Estado de São Paulo existe as DIRs onde as pessoas podem estar protocolando. As vezes a resposta não vem. Ai a gente fala, orienta para que essas pessoas enviem um e-mail solicitando a resposta quando a resposta vem, na maioria das vezes, não vou dizer sempre, porque em alguns casos, de crianças, adolescente, as vezes até adolescente vimos que está sendo negado, vem uma recusa. 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. As insulinas análogos. Mesmo que o Conefec 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, eles têm um – não vou citar nome – uma delas tem um basal de 24 horas, sendo que a NPH tem um basal de 12 horas. Ah! Isso ele está só pleiteando, porque isso vai dar o maior conforto para ele. Não é verdade. Vai evitar as sérias hipoglicemias e as oscilações que a pessoa tem quando ela está tomando erradamente, falta educação, sim, em diabetes. Após a Lei Federal, na própria Lei Federal 11347 em 2006, quando ela veio, que disse, que quem tinha diabetes teria direito a ter o tratamento adequado e que somente entraria em vigor um ano depois, dizendo o seguinte que a pessoa teria de estar inscrita em um programa de educação em diabetes. O que aconteceu? Observou-se que não existia um programa de educação em diabetes. A própria DJ, em conjunto com a sociedade brasileira de diabetes, em conjunto com a IDF. Começaram fazer curso Educando os Educadores, ou seja, um curso de capacitação para os profissionais da área da saúde. Depois disso passou a ter outros cursos. O próprio Governo Federal começou a dar cursos a distância, hoje já existem muitos locais, mas falta conhecimento tanto dos profissionais quanto das pessoas que têm que ter educação em diabetes. Educação em diabetes é informação. Então o que a gente faz? Você vem na associação, você passa por todas as atividades que existem, a pessoa começa a se empoderar das informações e ela tem também o acesso, que são as informações. Então a gente orienta, tudo bem, você vai lá, se você conseguir tudo bem. E se não conseguir, o que eu faço? Você vai entrar com uma ação judicial. Se você ganha até três salários mínimos de renda familiar a gente orienta a procurar a Defensoria, hoje tem um 0800, a Defensoria diz em qual local. Existe também quem vai no Ministério Público e quem mora na Capital nós orientamos também no Juizado Especial. Fora da Capital não tem Juizado Especial da Fazenda Pública, então ou é Defensoria Pública, Ministério Público ou é um advogado que atue nessa área.

Está havendo judicialização? Está sim, porque as pessoas necessitam de ter o tratamento e a gente vê, comprovadamente, que as pessoas que se tratam... Claro, tem aqueles que tomam insulina e não fazem mais nada. Mas será que por causa dessas pessoas que agem dessa maneira os outros não têm direito a ter o tratamento? Mas é um tratamento caro e o SUS já disponibiliza. Mas a insulina que ele disponibiliza não adianta mais para todas as pessoas. “São aos laboratórios por traz”. Todas as insulinas análogas, não têm um similar, elas não têm um genérico. Estão dizendo que vai ser quebrada a patente de uma delas. Ótimo, quando for quebrada a patente vai fazer com que as pessoas tenham mais acesso.

Então esse ponto que queria deixar. Não vou nem questionar a cada um. O que o doutor falou realmente está certa, eu concordo, há a judicialização, talvez haja um pouco de critério, 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. Então ele pode até ir lá, ele precisa do medicamento para agora. Ele precisa ter o convênio para poder fazer frente a tudo. É uma doença degenerativa e acaba, estamos vendo um surto de diabetes. Diabetes não é nem uma epidemia, é uma pandemia mundial. Se fala que até 2030, 2035 serão mais de 500 milhões de pessoas no mundo com diabetes. Diabetes tipo I atinge crianças e adolescentes, diabetes tipo II é aquela que se instalando insidiosamente, que a gente também cobra que houvesse maiores campanhas, não só de conscientização, como campanhas de detecção. No dia mundial da saúde, que foi agora no dia 07, a DJ fez uma campanha, catou profissionais que tinha lá, não houve patrocínio, fitas que tinha lá e foi fazer uma campanha do metrô Jabaquara. Nesse dia foram detectadas lá várias e várias pessoas que nem desconfiava que tinha diabetes. Agora, o que se faz com essas pessoas que foram detectadas? A gente orienta, tudo bem, vai na AMA, vai no SUS. Será que lá ele vai ter o atendimento que ele tem necessidade?

Uma vez, numa congresso da DJ, há anos, cheguei a conversar com uma pessoa do Ministério da Saúde, não vou nem citar o nome, e perguntei: “Há necessidade de ser

médico do SUS?” “Não, não pode ser só médico do SUS, porque a pessoa tem que ter atendimento”.

Dois, por que não se fazem mais campanhas? Essas campanhas deveriam ser semestrais, anuais, essas campanhas de detecção. A população está doente. Nós sabemos que diabetes tipo II existem fatores que desencadeiam: sedentarismo, obesidade e vai por aí afora, e essas pessoas dizem: “Eu descobri que estou com diabetes hoje”. Você não descobriu que está com diabetes hoje, você já vem vindo. Então, se houver a campanha de detecção e as pessoas começarem a se conscientizarem que elas precisam modificar o estilo de vida, elas vão, até o próprio Poder Público, ser beneficiadas, porque as pessoas vão estar menos doentes. Agora, precisa da judicialização. Se não conseguir ser atendida, se não houver políticas públicas que incorporem... A Conetec porque disse que não existe, nós estamos agora, a Sociedade Brasileira de Diabetes, junto com a Sociedade Brasileira de Pediatria, a DJ está também, está sendo levado novamente para a Conetec, com evidências, para ser incorporada a insulina análoga para crianças e adolescentes. É um primeiro passo. Vamos ver, inclusive, agora, se pelo menos isso passa. Acontece que a insulina análoga não é só para criança e adolescente, é um primeiro passo para que se haja essa incorporação. Sabemos que em cinco ou seis estados do Brasil a insulina análoga já foi incorporada. Por que aqui em São Paulo não foi incorporado, que é o maior estado da Federação? Será que não evitaria, foi mostrado lá um quadro, que a insulina gládicina é aquela que é mais pedida, se for incorporada, se houver um protocolo aqui no Estado de São Paulo, porque o Estado de São Paulo pode fazer sim um protocolo, e tiver o protocolo, não evitaria também a judicialização? Quando fala em marca, quando pede uma determinada insulina, está citando aquele nome é porque ela não tem um outro, ela não tem um princípio ativo, não tem uma outra insulina. Quando pede, por exemplo, uma bomba de infusão de insulina com monitorização contínua e suspensão automática; “Está pedindo marca, está beneficiando o fabricante”. Não. Essa bomba de insulina que uma criança vai precisar, ou que um adulto que tem muita hipoglicemia noturna ela pode

morrer porque ele não consegue acordar, aquela bomba precisa e não existe outra. Fora do Brasil existem vários outros fabricantes, aqui no Brasil, infelizmente, nós só temos dois, e realmente acho que os dois deem brigar. A Secretaria hora acolhe um fabricante, hora acolhe outro e ela, na licitação, consegue uma bomba de infusão com preço mais em conta.

Eu já terminar, só me estendi porque colocaram a judicialização.

O SR. PRESIDENTE (José Anibal) – Tem a palavra a Dra. Sue.

A SRA. PAULA SUE FACUNDO DE SIQUEIRA - Bom a todos, bom dia, Vereador.

Eu agradeço a oportunidade de estar representando a Secretaria da Saúde. Eu acho que é muito o tema porque a judicialização da saúde acho que é um problema realmente de entendimento. São áreas que antes nunca se tinham misturado e recentemente, a partir de 2005, elas têm essa amalgama baseada no direito fundamental à saúde. Então, enquanto direito entende um HC como habeas corpus, a gente entende como Hospital das Clínicas, ou enquanto o operador de direito entende MS como sendo mandado de segurança a gente entende como sendo Ministério da Saúde. Então há divergência de linguagem, há divergências de visões do que é o direito à saúde. Acho que essas mesas de reunião eu agradeço realmente porque como operadora, gestora de saúde pública, a gente vê uma grande divergência do que é a abrangência do direito à saúde e o que é, como a população percebe, como ter esse direito. Então, são duas premissas que são duas frases muito simples que há cinco anos eu me debato com elas. Eu gostaria de participar para vocês. A primeira é de Aristóteles que fala que justiça é dar o que lhe é devido. O que lhe é devido? Nós queremos tudo, nós queremos o melhor, é nossa natureza humana. Buscar o melhor, toda a satisfação, todo o conforto, toda a segurança. Então, eu falo assim: eu vou viajar, você vai querer ir de carro ou avião? Sendo de carro, você vai querer ir de Fiat ou de Lamborguini? Você vai querer ir de Fiat ou de Mercedes? A viagem é a mesma, o destino é o mesmo, o alcance é diferente, a viabilização é diferente.

“Outro contraponto mais modernamente São Tomas de Aquino fala: que justiça é

dar o que é justo”. Então, tem um momento individual e um momento coletivo. A senhora participante ela colocou que a Dra. Luisa disse que saúde não tem preço, ela se manifestou, mas não se faz política pública sem dinheiro. Isso é um fato. O que o gestor de saúde pública tem de prezar? Fazer um orçamento e as melhores operações para viabilizar a melhor saúde. O que o individual faz: ele procura um médico que ele tenha confiabilidade, um médico que lhe assiste para buscar a melhor terapia para ele. Isso é até o disposto no código de exercício da Medicina. O médico tem obrigação legal de fornecer o melhor tratamento para o seu paciente.

E o Estado está inerte nisso? Ele fala que não tem dinheiro e diz que não vai acolher a excepcionalidade? Ou ele fala que não tem dinheiro e a pessoa é conveniada e não é vulnerável e ela não está assistida. O problema é muito maior gente, é de abrangência. O SUS se propõe a ser um SUS 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, uma coisa meio que sonhática, mas acho que a questão do SUS, não é ineficiência. Acredito que a questão do SUS é apropriação. Não é nem entendimento, é apropriação. Quando a doutora fala que não se consegue uma consulta no SUS, eu pergunto: a Associação de Diabetes entrou com alguma ação judicial pedindo acesso ao sistema de saúde para os seus assistidos? A gente não vê isso, o que a gente vê: vemos um pedido individual, pouquíssimo fundamentado, que um médico falou que um paciente viu o paciente, ele precisa desse produto e que ele deva ser fornecido. Então, eu faço algumas perguntas: o SUS se propôs a ser universal. Hoje atualmente a gente percebe que o SUS está se transformando em um balcão de farmácia para a saúde privada. É errado isso? O SUS é universal. A assistência farmacológica está dentro do SUS. Está, então, qual é a oferta do SUS que tem de ser reclamada? O paradigma não é o direito individual e o direito social. O paradigma nosso é como o SUS deve operar. Como a judicialização pode ser benéfica para esse sistema maravilhoso que é o sistema público de saúde. Não tem nenhum sistema público de saúde no mundo, doutora, a senhora me corrija se eu estiver errada, que tenha incorporada as insulinas

análogas como primeira escolha terapêutica. A Politec (?) 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 se operam nessa metodologia. Então, qual é a melhor evidência? É a influência recebida pelo médico? Eu já tive essa experiência. Tem um familiar com um caso grave de saúde: “Vai operar ou não vai?” Aí, o médico fala: “Vai”. Um segundo médico fala: “Não. Não precisa operar”. Um terceiro fala: “Vamos tentar uma quimio, uma rádio antes de operar”. 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.

Com todo o respeito, acho que o caminho são organizações representativas de pacientes, associações representativas de médicos, mas não com essa finalidade. 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 perde 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. Isso é certo? É essa a judicialização que queremos? É esse o direito à Saúde que está sendo guardado por nosso Poder Judiciário? Isso é um caso à parte, uma exceção, mas devemos pensar nessa evolução da judicialização. Estamos chegando aonde? Aonde queremos chegar? O que estamos

reclamando para o nosso Poder Judiciário?

Estou trabalhando 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 Cacon, porque eu tenho a Lei Hebe Camargo que me assegura que em 60 dias de diagnóstico devo estar no SUS”. Isso não vi. Não vejo judicialização de campanha de vacina, assim como também não vejo judicialização para o programa de HIV. Por que isso? Porque houve um movimento. Nas décadas de 80, 90, os primeiros pacientes vinham de uma classe econômica diferenciada. Então, eles tiveram todo um histórico de fomento de saúde pública, de inserção de terapêutica em saúde pública, e a saúde pública, para a AIDS, em nosso Brasil, está resolvida. Inclusive, o programa de HIV é referência internacional. Então, a judicialização foi benéfica no início? Foi muito benéfica, mas por qual caminho ela está indo? Estamos com 20 anos de judicialização. 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.

Por favor, 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. Desculpe-me, doutora, no meu conhecimento, a barreira não foi a oferta de custeio. São várias variáveis para elencar um produto, na verdade: segurança, eficácia terapêutica e viabilidade.

Por que essa Justiça benevolente fala: “Doutora, há uma prescrição médica. Eu tenho de acatar”. E o Estado tem acatado, além das insulinas análogas, suco de uva, água de coco, creme hidratante importado, protetor solar francês e fraldas. Temos 58 tipos de fralda. Se nos apropriássemos do SUS... Por exemplo, quando vamos ao supermercado, se vamos com uma listinha, fazemos a compra em meia hora. É uma compra racional, eu sei, eu preciso, eu estou abastecendo, é isso que eu preciso. Agora, vá um sábado à tarde, com os filhos, antes

de almoçar, levem o irmão, a cunhada e façam o mesmo carrinho: é biscoito, é iogurte, que a cunha quer o grego e a outra quer o light. A Saúde pública está fazendo isso. Então, são alguns caprichos que o Poder Judiciário, que os operadores do Direito e principalmente os médicos têm de entender, têm de disciplinar.

Quando a doutora coloca que o SUS parece algo engessado: ele é um quadrado, quem está no programa é aquilo, quem não está, então está fora. Desculpe-me doutora, mas 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.

Então, as insulinas análogas, quando a senhora coloca: “Olha, não é dado. Não é dado para ninguém, aí vem uma recusa”. O que eu tenho de conhecimento, não trabalho com o núcleo de administrativo que faz a avaliação, mas as justificativas são escritas; eles recomendam que se vá ao médico, porque eles não avaliam pessoalmente o paciente. E, doutora, não sei se a senhora também tem esse dado, as insulinas análogas também são o carro-chefe do pedido administrativo. E o pedido administrativo foi uma tentativa de o gestor estadual alcançar a integralidade de assistência à Saúde. Isso quer dizer o quê? Eu vejo que a minha paciente precisa de insulina e eu vou apresentar ao gestor: “Olha, ela está fora dessa curva. Ela tem uma história clínica que eu não vejo outra alternativa”. Então, quando a doutora coloca que a lista do SUS ou os prescritores do SUS estão adstritos a prescrever fora do SUS, estão. Mas isso aí é para recerrear, é para economizar? Não. É para a gente ter a lógica 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, Doutora.

Então isso aí não é uma armadilha, porque o que a gente viu na Secretaria? Os centros de referências, hospitais-escolas, especialistas de renome - que você vê o receituário e fala: "Esse eu não tenho o que discutir, esse está visto (?), esse é um especialista, é uma

referência na área". O que ele faz? Ele dá a prescrição para um, ou para dois, ou para quem está acolhido na associação, ou quem tem acesso a ele.

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.

Eu fico muito contente, quando o Doutor Ione coloca que, agora, quando foi apresentado o desenho, que é também um fato.

Antes da Conitec, só quem apresentava desenho para incorporação de tecnologia: a indústria farmacêutica. Por quê? Porque eles faziam uma pesquisa: farinha e o produto. Então, uma perninha de melhora nos ensaios clínicos, falava que tinha melhora. Então fala: "Ah, chá de limão é melhor do que Coca-Cola, quando está resfriado? É, parece mais confortável". É uma coisa, é uma perninha.

Daí, falava: "olha, não foi incorporado, não tinha critério".

Agora, a Conitec, ela é clara, ela é transparente, ela tem participação de consulta pública, de especialistas.

Qualquer um dos cidadãos pode provocar a Conitec. Eu posso mandar um *e-mail* para a Conitec. Eu falo: "olha, eu uso tal produto". E tal. Daí ele vai me instruir. A Conitec é nova. Para a gente pensar que o SUS é desde 80, 90. Se você pensar que a assistência farmacêutica está incorporada, definida, a Conitec está definida a partir de 2011, é esse o nosso caminho. Acho que a gente está rei inaugurando o SUS.

Então, se essa ideia de recerçamento, essa ideia de que o SUS é o todo, e o particular é o individual, o advogado particular é via (?) o individual, não. O SUS quer ver o tudo.

A senhora conseguiu entender a lógica? Então, o SUS não deixa os prescritores do SUS prescrever por conta disso.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Doutora Sirlene, por favor, vamos... O horário.

A SRA. SIRLENE - Porque é uma função social que o médico tem para incorporar a melhor tecnologia.

Eu agradeço a palavra. Acho que a gente tem de conversar muito mesmo.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - O tema é fantástico. É fantástico. Eu me empolgo muito, viu, Doutor?

A SRA. SIRLENE - Mas o que acho que falta...

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Eu estou aprendendo muito aqui. Você não imagina...

A SRA. SIRLENE - A gente sempre convidado, vou a muitos congressos, é um tema que me interessa.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Olha, tenho certeza que a nossa assessoria, depois vou conversar com o Dr. Calvo, que é o nosso Presidente da Comissão de Saúde: temos de levar esse tema mais adiante. Vamos sim.

A SRA. SIRLENE - Doutor, houve tanto esse entendimento, porque, assim, acho que o...

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Com o entendimento, nós chegamos ao nosso...

A SRA. SIRLENE - É, porque, assim, nessas rodas de conversa, a gente vê.

- Manifestação fora do microfone.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Perfeito, é isso mesmo.

A SRA. SIRLENE - É, é o mesmo.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Porque é um tal de um falar uma coisa, outro falar outra e tal. Vamos nos entender. É fantástico. Eu já me empolguei com a Promotoria Pública aqui, olha. Estou, realmente, porque a coisa mais importante, eu falo para pessoal - desviando um pouquinho da área da Saúde: eu sou Prefeito não para tomar conta de São Paulo, de uma cidade. Eu estou para ajudar pessoas. Essa é a finalidade. Eu acho que, de um

Vereador - eu, pelo menos -, eu quero cuidar de pessoas.

Vocês da Saúde, pelo amor de Deus, cuidem da saúde das pessoas. É fantástico. E eu tenho certeza de que ninguém vai falar nisso. "Eu não quero, eu não quero". Querem sim. Mas existem mecanismos que, às vezes, um atrapalha uma coisa; outro, outra. Então nada como o entendimento. Isso é fantástico. Mesas como essas, debates, são fantásticos.

Vocês podem ter certeza que vamos ter muita coisa aí pela frente. E tentar divulgar isso o máximo possível, a toda uma população.

Nós somos restritos à cidade de São Paulo. Esse é fundamental. Está bem?

A SRA. SIRLENE - Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Padre João, o senhor queria fazer alguns comentários?

O SR. JOÃO INÁCIO MILDNER - Como há o adiantado da hora, mas...

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - É, porque tem mais uns 10 minutos.

O SR. JOÃO INÁCIO MILDNER - O Dr. Matelli colocou muito bem, o cobertor é curto e o frio é grande. Mas eu acredito que muita coisa dessa judicialização, eu tive a alegria de participar de nove conferências regionais de saúde do Estado, a gente ouviu muita coisa e acho que vale a pena se interrogar: o que levou, de fato, um diretor regional ser ameaçado de prisão porque não comprou a fralda *Pampers*, comprou de outra marca? É de se questionar o que há por trás.

Eu tomo a liberdade, Dr. Mateli, sou muito amigo do Dr. Malheiros, desembargador, e ele uma vez me disse assim: o juiz pensa que Deus; eu, como desembargador, já tenho certeza; e no Supremo não se discute. Muitas vezes acredito que a Medicina e o Direito, que são semideuses que não sabem dialogar. Então, por falta – desculpe usar uma expressão forte – de humildade, às vezes, se tomam decisões que acabam prejudicando o todo.

Por isso nós, no conselho - sou conselheiro estadual de saúde – a gente está lutando para que a Câmara Técnica, que a Secretaria da Saúde do Estado, e o Tribunal

funcionem como suporte nas decisões judiciais. Se eu fosse o juiz, faria a mesma coisa que estão fazendo agora. Eu não sei, não sou médico, se estão dizendo que vai salvar vida, até injeção no olho eu autorizo. O médico está no papel dele, mas no momento em que houver diálogo entre o Judiciário e a Saúde muita coisa superaremos.

Também em relação à questão que a nossa colega citou, temos que observar o que é o bem comum. O que, de fato, é o bem comum, será que não sobressai sobre o individual? Eu trabalho no Emilio Ribas há 24 anos, e estávamos trabalhando sem dipirona, sem nada. Os médicos da UTI brincavam: dieta tal e tal, e reza de quatro em quatro horas porque não tinha antibiótico. (Risos)

Eu fico então me questionando, eu sou da Comissão DST AIDS, os medicamentos são fantásticos, mas para uma pessoa você gasta milhões e lá, na base, na ponta, não há o básico, não há vermífugo. Enquanto em alguns lugares discutem se vão tomar água da marca “x”, na periferia não há água da Sabesp.

Acho que nós devemos 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 temos mais como *tocar* pra frente. Só vejo viabilidade no SUS, progresso do SUS, na universalização - acho que é o programa de justiça social mais bonito que nós temos - na medida em que soubermos dialogar e não olhar para o próprio umbigo, olhar pra alguém que precisa.

(Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Gostei da receita do Padre João.

Dra. Neide, por favor.

A SRA. NEIDE – É rápido. Primeiro, quero agradecer a sua coragem, enquanto profissão, de dizer exatamente o que foi dito. A *judicialização* só acontece porque temos o instrumento, que é o operador do Direito. Se não tivéssemos o instrumento “operador do Direito” talvez já tivéssemos até tentado melhorar a circulação do que nos falta pra que a gente

trabalhe na ponta.

Com essa mesma coragem, eu quero, dentro do Conselho Estadual de Saúde – sou conselheira estadual – representando o trabalhador, dizer que estamos com dificuldade de condições de trabalho por conta de que se faz uma coisa ou outra. Se conseguirmos ter o controle social no Judiciário porque a OAB foi muito sábia, ela está dentro da Constituição. E nós, como também outros profissionais, nem isso nós conseguimos. Mas ela está lá e nada é feito se não estivermos com ela. Talvez agora, com essa visão, você possa montar do Estado de São Paulo um controle social lá dentro, através da Câmara Técnica, que é uma solicitação a ela.

Foram mais de 10 mil pessoas que participaram das conferências regionais, da conferência estadual e mais a nacional, que também saiu com a *judicialização*, e eles também não estão conseguindo. Acabou de sair processo em cima do Ministro da Saúde, mais o secretário está com o processo referente às crianças serem presas...

Se não tivermos parceria com o Judiciário, não teremos como continuar criando essa criança linda, maravilhosa. E fico muito agradecida de ter tido a coragem de vir aqui e dizer isso.

Reynaldo Mapelli – Eu acho que coragem a gente tem, a gente é muito criticado. E eu falei a ela que vou pegar leve porque o pessoal do Direito não está aqui.

O Padre falou muito bem sobre a questão do diálogo, eu não concebo o trabalho do Direito sem esse diálogo. Queria dizer mais duas coisas. Os dois assuntos são extremamente relevantes e se não trabalharmos no sentido de conscientizar o profissional do Direito, nenhum dos dois vai andar.

Na Câmara Técnica, o juiz não é obrigado a ouvir. Eu já ouvi 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 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. O exemplo do Padre é perfeito, se eu colocar que o Estado é no município, e o médico, quem paga, quem distribui, não dá pra enrolar, e nós estamos conversando. É como doença, tem de ser tratada. Como é o tratamento?

Então se diálogo é fundamental na Câmara Técnica, tem de haver um trabalho na escola de juízes, em palestras, em conversas, se não, não adianta, Padre! 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. Então não é um ato...

A resolução, o decreto, eu não sei... Acho que é uma resolução do Ministério da Saúde, que cria a política nacional de assistência farmacêutica, ou política nacional de medicamentos... É um decreto, não sei quem era o ministro, mas não é que alguém chegou lá e disse: a partir de agora vai ser assim. Não! Houve uma Conferência Nacional com os conselhos de saúde, com a população, e até o valor jurídico disso aí não é respeitado.

Então precisamos - além de incrementar, e eu estou à disposição, se eu puder ajudar o fortalecimento do Conselho Estadual da Saúde, a gente conversa depois, eu deixo meus dados - ter um trabalho de convencimento, tem de começar lá na faculdade de Direito para saberem que essas coisas são importantes: dialogar, conciliar, ouvir o outro lado e a importância também do controle social. Tudo isso é jurídico, vai formar as políticas. A política pública - e não só no setor da Saúde - tem de passar por uma discussão com a população,

com o Conselho de Saúde, enfim.

Só dando um exemplo de diálogo, queria terminar citando o que a doutora falou, a receita privada. Eu não sou contra, mas se ocorrer o que a senhora falou. Alguém ingressa com uma ação pedindo insulina através de um médico privado, de uma clínica privada. O juiz pode despachar. Bom, eficiência lá, a Secretaria de Estado ou do município, quem estiver lá, no polo passível da ação, e concedo dez dias para ela fazer uma consulta e um atendimento adequado, me comprovando. Por que o juiz não faz isso? Então, eu acho que é uma questão de diálogo e de inverso, porque se, de fato, não atender, se a consulta não atender, demorar demais, não há dúvida, tem que aceitar a receita privada. Não é isso que eu quis dizer.

Se nós quisermos realmente melhorar a política pública, tem que ser o inverso. A questão das insulinas é muito delicado. Eu não vou entrar na questão farmacêutica, até porque eu não vou entender. Ela é muito complicada. Eu sei que esse é um tema bem polêmico, mas como o parecer técnico e científico pertencer recente da Conitec, dizendo que não haveria evidências científicas para inclusão dessas insulinas, eu acho que a única saída jurídica - estou falando do Direito - é ter um bom estudo técnico ou para mudar o parecer, fazer um novo pedido lá na Conitec ou até uma ação civil pública, para que, contra o Ministério (inaudível) para que isso seja reavaliado e eventualmente o protocolo clínico modificado. O que me parece um grande equívoco é, havendo um parecer recente, como a lei determina, nós continuarmos nessas ações individuais, seja o município, seja o município, seja o Estado, sem critério. Acho isso muito errado.

Então, eu acho que a associação devia trabalhar. É uma associação séria. Eu conheço os senhores há muitos anos, no sentido de mudar esse parecer, se ele estiver errado, e buscar evidências científicas para isso e até uma ação coletiva, se for o caso, para que o protocolo nacional inclua essas insulinas, com os critérios, para quem for necessário. É assim que eu imagino que seria adequado na área do Direito.

A SRA. NEIDE – 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 e tem vários e vários...

A SRA. Paula Sue – 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 a ver o pedido administrativo. Quando a senhora fala que o pedido administrativo é indeferido, até para diabetes juvenil, o que eu tenho de notícias é que esse mesmo recorte que está sendo proposto um estudo na Conitec é o que a Secretaria tem deferido administrativamente; e ela só não defere administrativamente quando ela não tem uma informação que realmente esse paciente foge da curva do padrão de assistência...

A SRA. NEIDE - Veja bem, a orientação que é dada pela associação aos associados ou a outras pessoas, é que elas têm que seguir aquilo que está na página dos senhores, fornecimento de medicamentos da Comissão de Farmacologia. Então, o que os senhores pedem lá é o que a gente orienta a pessoa para dar entrada. Então, se está faltando alguma coisa, está faltando outra coisa da parte da secretaria, não da parte da associação. 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, 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, estar atualizando.

A SRA. Paula Sue – Falta qualidade no preenchimento dos formulários,

Doutora.

A SRA. NEIDE – Mas então, os senhores têm que orientar o médico.

Paula Sue – Com a informação médica. Então, a gente, às vezes, pede a informação.

A SRA. NEIDE – Então, são os senhores que têm colocar essa informação. Certo?

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Vamos continuar, depois discutimos. Eu acho que estão todos com razão aqui.

Eu estou extremamente feliz porque, em mais uma reunião dessas, a coisa vai evoluindo de tal maneira que todo mundo fica empolgado. Realmente todo mundo está atento aqui. Vamos propor aqui novas reuniões. Vamos, com certeza. O tema é polêmico. Vamos avançar além disso aqui.

Alguém gostaria de fazer um pequeno complemento rapidamente?

NÃO IDENTIFICADA – Eu não vou tomar muito tempo. Eu apenas quero agradecer o convite. Como estou representando os trabalhadores enfermeiros, esse debate, essa discussão é muito válida, porque os enfermeiros não têm um entendimento tão claro desse assunto. Como representante deles, isso me alegrou demais, pelo convite e pela participação. Eu gostaria que houvesse mais convites, porque é um assunto que vai melhorar o entendimento à assessoria médica em relação ao assunto. O enfermeiro tem uma proximidade muito grande com os médicos. Então, na hora da prescrição, dizem: “Olha, há um similar”. Sabem que há. A discussão vai levar a esse processo. Será que não poderia ser de outra maneira? Então, isso realmente me alegrou muito. Eu falo em nome dos sindicatos dos enfermeiros e realmente gostaria de ser convidada mais vezes a participar desse assunto.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Será convidada, sim. Não tenha a menor dúvida.

Tem a palavra o Sr. Jason.

O SR. JASON – Boa tarde a todos. Já vim aqui em outros momentos. Estava em

outro espaço. Eu acho que a gente sempre precisa lembrar de onde vem, para a gente pensar o quão complexo são essas questões. Nós estamos aqui porque lá atrás houve um PL que queria propor diagnóstico de dislexia.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Tudo começou com a dislexia.

O SR. JASON – Para mostrar para gente o quão complexo e grave é o tema da judicialização. Muitas vezes, ela vem via Ministério Público, mas, muitas vezes, ela vem também via legislativo, porque aí se propõe uma lei para que aconteça de uma determinada forma e uma determinada visão, para prescrever um determinado medicamento. Obviamente que existem casos em que isso é extremamente necessário.

Eu tenho uma amiga que precisou de um tratamento bastante específico para retocolite. Foi negado na primeira vez. O médico dela fez toda a argumentação de aquele tratamento era extremamente necessário para o seu caso. Apresentou prontuário, apresentou o histórico dela inteiro, e esse medicamento foi liberado pela própria administração estadual. Era um medicamento bastante específico. Então, ele era dispensado numa farmácia específica também do Estado.

- Manifestações fora do microfone.

O SR. JASON – Eu acho que é importante a gente ter em mente que não é só o medicamento que entra no bojo dessa discussão. Terapêuticas também são judicializadas. Então, como eu estou aqui via conselho de Fono, e como fonoaudiólogos não receitam medicamentos, mas receitam tratamento, prescrevem, de certa forma - você também 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. A gente, muitas vezes, quer, de fato,

um atendimento bastante específico e um medicamento bastante específico; mas 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.

Saiu há um jogo o boletim brasileiro de avaliação em tecnologias em Saúde do SUS, falando sobre o metilfenidato. A gente conversou sobre isso atrás, apontando quanto às pesquisas. É um boletim que 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. 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.

Então é um trabalho muito sério e precisamos respeitar. 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. Ou vem uma medida judicial ou uma lei específica que imponha sobre todo o sistema uma determinada visão que acaba trazendo uma necessidade muito mais privada, prejudicando uma questão muito mais coletiva.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Tem a palavra a Sra. Gisele.

A SRA. GISELE – Boa tarde, aqui represento o Conselho Regional de Farmácia, meu nome é Gisele, sou Farmacêutica, atuo lá e estou junto com a Dra. Karen, que é Advogada do Conselho também.

Primeiro, gostaria de agradecer o convite de participação do Conselho, a discussão realmente é muito proveitosa. Essa questão é difícil, não sou da área e nunca atuei em Saúde Pública, mas como Farmacêutica temos uma noção disso e o que percebo 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, 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.

Isso muitas vezes gera a questão que o Padre falou aqui. Medicamentos básicos, a maioria necessitando daquele medicamento e desassistida porque o recurso foi usado para atender um único paciente, sem levar muitas vezes em consideração se realmente ele fazia parte da exceção. Essa é uma questão que precisa ser repensada, rediscutida com o Judiciário. E deixo uma sugestão, não sei se houve o convite, mas tendo em vista que na minha percepção o pilar dessa discussão é o Poder Judiciário, o profissional prescriptor, o médico sinto falta de um profissional que venha representar essa categoria para termos uma discussão também junto com essa classe.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Vou abrir para questões. Por favor.

(NÃO IDENTIFICADO) – Boa tarde a todos e a todas. Cumprimento o Vereador e a iniciativa; meus dois colegas de Conselho e digo que quão proveitosas na fala do Vereador quando diz que certamente sairíamos daqui com um pouco mais de sabedoria ou coisa muito parecida. Sinto-me contemplado na fala dos que me antecederam, principalmente dos que compõe a Mesa, quão maravilhosa é esta discussão, principalmente o tema da judicialização que precisa ainda ser engrossado e discutido Brasil afora.

Neste momento aproveito para me identificar representando o usuário, o convite não foi formal. Estou Conselheiro Presidente da cidade de Indaiatuba, portanto controle social. Estou Conselheiro Estadual e Conselheiro Nacional e militamos no SUS há 12 anos. Sinto-me muito contemplado na fala da Doutora e acho que temos de entender um pouco mais o contexto. É inadmissível e falo isso com propriedade, como o Juiz manda, Promotor, autoriza

pagar fraldas Johnson's, sabonetes importados, na fala da Doutora, e assim por diante.

Sinto-me mais contemplado ainda na fala do Promotor quando disse ter provado os dois lados da situação. Acho que é muito bacana tanto do poder de decisão quanto de gestão que é muito importante. Mas nesse contexto maior - e é por isso que o Judiciário talvez não tenha entendido - discutir a situação do controle social, porque acho que se for discutir nas bases e aproveitar para encerrar minha fala, deixo aqui um convite que já protocolei no Conselho Estadual; Conselho Nacional; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde, semana passada na Organização Mundial da Saúde, a participação de todos os atores para uma grande discussão que haverá no dia 17 de novembro, na cidade de Indaiatuba, em que estaremos abrangendo mais de 20 municípios. Portanto, gostaria que um Promotor pudesse abrilhantar o nosso evento, bem como o nobre Vereador e encaminharei através do Secretário David Uip o convite para o departamento também fazer parte.

Sem mais, estou saindo daqui enriquecido. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – A senhora, por favor.

A SRA. MARIA DO SOCORRO - Boa tarde, sou Maria do Socorro, estou um pouco afônica, fiz uma cirurgia recentemente. Fiquei muito feliz por vir participar. É uma coisa que fico muito lisonjeada e entristecida porque depois das falas de todos, eu tenho sentimento só de dizer: vocês esqueceram os protagonistas, o fundão, a periferia, aqueles que mais sofrem.

A Doutora falou dos jovens e das crianças. E os idosos? Defendo os idosos. Desde 2001 frequento esta Câmara e quando vocês...

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – A Dona Maria do Socorro é amiga nossa, participante e muito ativa.

A SRA. MARIA DO SOCORRO – Quero pedir encarecidamente a vocês, os postos, UBS, AMA, nossa periferia de Itaquera não tem medicamentos, fraldas, tem profissionais bons. O que vocês falam aqui eu acompanho, sou humilde, mas acompanho.

- Fala fora do microfone.

A SRA. _____ - Dona Maria do Socorro, talvez eu tenha me expressado mal. A ADJ foi criada há 36 anos como uma Associação para atender crianças e adolescentes, mas há mais de 20 anos a ADJ já atende pessoas de todas as idades, idosos, qualquer pessoa, inclusive, a ADJ hoje atende pelo nome de ADJ Diabetes Brasil, porque já tem filiadadas em outros estados.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Quero comentar que quando nós iniciamos esses trabalhos, tudo começou como o Jason falou, sobre processos parlamentares a respeito de dislexia. Eu fui ao Conselho Regional de Fonoaudiologia, ao Conselho Regional de Psicologia, de Farmácia, fomos procurar todos os conselhos que estavam envolvidos. No fim acabou sendo criada a Subcomissão de Medicalização. É um tema tão polêmico. Judicialização é para entrar numa parte, e estou vendo que é um mundo, um universo. Acho que Sócrates falava que, quanto mais se aprende, menos se sabe. É isso que está acontecendo aqui. Nas conclusões do trabalho da Subcomissão, vocês tenham certeza, vamos abrir caminhos. Vou sentar com cada um dos participantes para que digam o que pode resolver. Podemos resolver todo o problema de judicialização - não vamos resolver no Brasil - em São Paulo? Eu acredito que sim. Sou engenheiro, sou cartesiano. Acredito que em São Paulo, se nós nos acertamos, vamos conversar, vamos trocar ideia entre nós aqui. Se lá no Pará ou no Maranhão não se acertarem, vamos tentar fazer algo aqui. Tendo entendimento, eu acredito que sim. Estou com 61 anos, diabético, pressão alta, colesterol, sou muito bom de saúde, é incrível. Mas o entendimento dá certo. Não tenho dúvida nenhuma de que alguma coisa nós vamos fazer. E vamos fazer desta subcomissão coisas produtivas, porque fazer coisas que só fiquem lá, ficar escutando que nós estamos desde 2002, 2003... Puxa vida, será que está tendo algum resultado? Se tiver resultado, ótimo, bacana, mas não vamos... A vida sempre continua, essa batalha de vocês acho que é eterna, mas vamos ter, sim, um resultado o mais rápido possível e bastante produtivo.

Agradeço a tolerância de vocês, que não era o local adequado para nós. Perdemos

muitos participantes. Ele até achou que tinha bastante gente. Era para ter mais. É que tem um pessoal nosso lá na outra sala onde seria a nossa reunião de direito. Não sei o que houve, ninguém me explicou ainda, mas eu vou tirar satisfação porque eu sou meio teimoso. Acho que foi uma coisa muito chata. Não era aqui, não. Aqui não é um (ininteligível). Nós tínhamos mais pessoas lá, que no fim acabaram ficando lá pensando que nós íamos chegar lá e nada. Então muito obrigado pela tolerância de vocês.

Mais duas coisas. Vocês estão com uma etiqueta, o meu já saiu, do doutor também saiu. O que representa isso? É um projeto de lei nosso sobre o abril marrom. Abril marrom nós abrimos no dia 1º a campanha em que o mês de abril nós vamos considerar como se fosse combate e prevenção à cegueira, O castanho logicamente é por causa do olho castanho, que é o nosso... Ah, está aqui. A assessoria não perde tempo. Vamos lá, não vamos perder tempo. Temos outros adesivos, os panfletos também estão saindo. Estamos fazendo não só esse combate todo. Vários institutos estão nos ajudando, tipo CEMA, Suel Abujamra, para que façamos um trabalho muito bonito para as pessoas. Quem quiser aderir, nos folhetos tem as palestras, mas aí é mais para profissionais da saúde, não é para todo mundo, é uma coisa muito técnica. A próxima reunião da Subcomissão será no dia 27 de abril com os conselhos profissionais da área de saúde e ações em relação à medicalização.

Quero encerrar mais uma vez agradecendo a vocês. Esperamos contar com a colaboração, se tiverem alguma matéria que puderem deixar aqui com a Vera, porque depois nós vamos fazer um relatório com as nossas conclusões. Quaisquer dúvidas nós vamos contatá-los para dar maior valorização, ter mais conteúdo o nosso relatório.

Obrigado a todos vocês.



FL. Nº
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

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: 27 DE ABRIL DE 2016

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Manifestação fora do microfone

O SR. PRESIDENTE (Anibal de Freitas) – Bom dia senhores convidados. É com muita honra que vamos para mais uma reunião de trabalhos da Subcomissão de Medicalização.

Para iniciar nossos trabalhos, quero compor a Mesa chamando o Dr. Gustavo Bonini Castelanna, psiquiatra do HC, representante da Presidência do CRM; Sra. Rosângela de Mello, do Conselho Regional de Enfermagem, Coren; Padre João, sempre presente, é uma honra muito grande; Sra. Neide Salles Biscuola, da Associação dos Cirurgiões Dentistas da Prefeitura do Município de São Paulo.

Quero comunicar a presença da Ivonildes, do Sindicato dos Enfermeiros também, parceira da Rosângela; Wagner Menezes, Secretário Geral de Sincoverg. Agradeço a presença.

Quero informar que a reunião está sendo transmitida através do Portal da Câmara São Paulo, no endereço WWW.camara.sp.gov.br, *link* Auditórios On-Line.

Como todos já sabem, estamos realizando várias palestras a respeito de medicalização, um tema que muito preocupou a Casa, a nossa Câmara Municipal por conta de projetos de lei de vários Srs. Vereadores. Tudo começou com a dislexia, aí depois fomos vendo os problemas que estamos enfrentando a respeito do excesso de remédios que cada um por si se medicaliza. Já tivemos grandes palestras aqui, brilhantes. É um verdadeiro aprendizado, quem esteve presente aprendeu, quem não esteve deixou de ganhar.

Para iniciar um bate-papo, para falar alguma coisa sobre medicalização vou dar a palavra à Sra. Rosângela para que fale alguma coisa sobre o tema.

A SRA. ROSÂNGELA DE MELO – Bom dia. Obrigado pelo convite. Infelizmente a gente está num momento no Conselho de muita atividade e na verdade o conselheiro que tem acompanhado as discussões aqui não pode vir, mas a gente vem acompanhando as pautas.

A questão da medicalização já é um velho conhecido nosso, e nós, da enfermagem, infelizmente, boa parte da enfermagem, tem esse hábito da automedicação e da medicação

dos outros também. Por que isso acontece? Oras, eu mesmo estou esperando uma consulta no Hospital das Clínicas, doutor, com um ombro que não aguento de dor, tomando medicações de alta complexidade, para setembro. Isso é um presente que ganhei de 36 anos de trabalho na enfermagem, os joelhos e os ombros. Mas isso não vem ao caso. Então a pessoa que está com dor, que está com problema, não pode ficar esperando não sei quantos mil anos para poder passar no médico. E isso acaba facilitando, ou ensejando, a automedicação. A vizinha vai dizer: “Olha, não sei quem estava assim e tomou tal coisa”, e a pessoa vai à farmácia e compra, porque pode comprar tudo.

Afora isso, há um desinteresse muito grande da classe médica em orientar os pacientes sobre como se toma remédio de verdade, como tem que ser feito isso. Dá uma lista “desse tamanho” de medicamento. E aí é assim: três vezes ao dia, quatro vezes ao dia, não sei quantas vezes ao dia. E sabemos muito bem que muitos medicamentos ali vão interagir e não vão funcionar, vão impedir a ação de outros. E isso faz com que se prolongue a data desse tratamento; não satisfaça o que precisaria, por falta dessa educação para o uso. Afora isso, a melhora para o paciente significa que não precisa mais tomar remédio. E lá no Hospital das Clínicas tem até um departamento, não sei se vocês conhecem, para devolver remédio vencido. É só parar naquela porta um pouquinho para ver quantas sacolas as pessoas chegam para devolver medicamento que está vencido. E é medicamento de alta complexidade, que tirou dinheiro do bolso da gente. Ou então é “experimente o meu para ver se serve para você”. Então tudo isso facilita a automedicação e a medicalização exagerada.

Em um evento recente em que o Secretário da Saúde falou – não era o Padilha ainda –, e o Dr. David Uip também falou, numa reunião que tivemos com ele, que o remédio mais comprado, tanto pelo Município quanto pelo Estado, é o tal do Omeprazol, e ninguém lê aquela bula e vê que esse medicamento é para tratamento de crises estomacais e que tem endereço certo e hora certa. Inclusive, impede a ação de vários medicamentos. Dá uma sensação ruim no estômago, o paciente “Não, mas está fazendo mal o remédio”. Não, na

realidade, é uma reação, sim, e o uso dele acaba impedindo a ação concreta do medicamento que o paciente precisaria estar tomando.

Já se tornou um hábito de os vizinhos, parentes... Eu vejo na minha casa. Eu sou do interior, de Sorocaba. Quando eu estou lá, é uma filha de parentes lá em casa, com exames, raios X. É um inferno. Eu já falei que vou cobrar. Até evito de dizer que estou lá, porque eles não conseguem e vêm a mim: “Eu posso tomar?” “Não, não pode.” Mas como é que vai ficar com a dor? E aí chega lá no farmacêutico, e muitos deles também falam: “Não, tomem isso; tomem isso e aquilo outro; tomem uma injeção, você vai ver, é só uma”. Eu vejo lá no interior. Meu pai: “Ah, eu fui lá no fulano e ele fez uma medicação tal e eu já fiquei bom”.

Temos um descontrole total do Estado, das autoridades, nesse quesito. A ânsia de faturar. O lugar que a gente vê mais cheio de gente hoje, fazendo compra de sacolinha, é a farmácia. Você vê que no supermercado da sua rua não tem muita gente, mas a farmácia vai estar lotada de gente. E a grande maioria sem receita médica.

No quesito conselho, uma das coisas que estamos trabalhando é a prescrição de enfermagem, autorizada em protocolos, da atenção básica. Então a nível de posto de saúde, tem um kit de medicações que o enfermeiro pode prescrever para o paciente, já diagnosticado e que necessita desse tipo de medicamento, sem precisar passar ao médico, porque, muitas vezes, a consulta dele é daqui a não sei quantos meses, e a receita vale por um mês. Aí, todo mês, tem que ir lá, ou então precisa de alguém para prescrever aquilo. Então há essa autorização. E a gente tem tido, com o CRM, alguns entraves, porque tem muitos médicos que não aceitam isso – vão trabalhar na saúde pública sem conhecer absolutamente nada dos protocolos, dos programas, e acabam deixando o trabalho por não concordar que o enfermeiro prescreva. Tivemos vários embates no Conselho por causa disso. Vivemos tendo denúncia contra enfermeiros porque prescreveram medicação, e são medicações que estão em protocolo. Então não há uma prescrição indevida, é um seguimento de protocolo do Ministério da Saúde, com o qual costumamos a concordar. Apesar de a nossa lei de exercício profissional

ser de 1986, o decreto 94.000, que regulamenta a profissão, tem lá um artigo que fala da autorização do enfermeiro para medicar em protocolo, referendado pela instituição.

Outra questão é a forma como a indústria farmacêutica programa a embalagem da quantidade de medicação. Digamos que você precisa tomar remédio de uso contínuo, e aí tem remédio para 28 dias. Ou então você precisa tomar o antibiótico por três dias, e aí vem uma caixa com 30. Aí usam o que sobra. “Ah, eu tomei porque eu estava com dor de dente”; “Olha, pode tomar, que é ótimo”. Aí passa para o vizinho, passa para a mãe, passa para não sei quem. É desse jeito. Quando você senta para conversar com o paciente, você explica para ele sobre a medicação... na verdade, a gente nem tem esse tempo, porque a gente também não tem gente para sentar com o usuário e explicar para ele. Vocês querem ver a maior tristeza nossa? A dificuldade de lidar com tratamento da tuberculose, que está lá no pico, principalmente entre os moradores de rua, que a gente tem que andar catando na rua para tomar remédio e trazer para a unidade. Todo dia cedo saem os agentes procurando a bendita da criatura – nem se podemos chamar de cidadão –, para levar ao posto de saúde para que tome o remédio, porque não dá para dar na mão dele, porque é bem capaz de vender para usar drogas.

Então tem um monte de problemas que nós, da enfermagem, estamos trabalhando. Mas temos esse vício infeliz. E isso a gente só vai conseguir trabalhar na universidade, com os futuros profissionais... Somos, hoje, o Estado de São Paulo, 460 mil profissionais de enfermagem. São 160 mil enfermeiros, 160 mil técnicos de enfermagem, e vamos chegar a 500 mil antes do final do ano. Como vamos, com essa formação, cada dia pior, colocar uma postura profissional para que se trabalhe nesse quesito, para que se trabalhe o segmento nesse sentido? Então eu vejo que, em curto prazo, não tem solução, porque precisaria realmente sensibilizar todas as autoridades para que se trabalhe de forma diferente nesse quesito.

Eu vejo na minha casa – minha mãe recebe remédio do HC. Eu chego lá e o que eu vejo: Liptor. “Mãe, por que está caixa está sobrando?” “Não”. Falo “Mãe, está sobrando, você

não tomou direito”. Eu vejo na minha casa. Os idosos sozinhos não tomam direito.

Não vejo, em curto prazo, uma solução, até para que possamos utilizar melhor esse dinheiro que é destinado à compra de medicamentos, que poderia estar comprando medicamentos mais sofisticados, necessários, que estão sendo impedidos de entrar no país, e que as pessoas ficam na maior briga. Eu sei muito bem disso porque fui eu a enfermeira, no Município de São Paulo, que coordenou, quando começamos, há quase oito anos, a distribuição de insulina para os insulino-dependentes. Como é que faríamos isso de uma forma equânime. Não era todo mundo que tomava equânime. Não era todo mundo que tomava a mesma insulina, não era todo mundo que tomava a mesma dose. Um inferno se instalou na cidade de São Paulo até a gente conseguir resolver. Eu tenho 36 anos de enfermagem; me aposentei como auditora do SUS na Secretaria Municipal de Saúde e já vi “n” coisas caminhando nesse sentido.

Outra questão é o médico ter que trabalhar com a listinha do que tem. Muitas vezes não tem outra opção, é aquilo ou é aquilo. “Mas eu não posso tomar tal remédio, eu tenho problema de alergia ocular”; “ah, mas tal remédio não está na lista, então não pode”. Então é assim: a gente não tem um controle de quem cede a medicação e nem um controle hoje... Não temos ninguém que ainda nos informe o quanto está sendo devolvido de medicação vencida. Isso precisa ser levantado na cidade de São Paulo, no país como um todo. Muito é jogado fora, em lixo comum, porque não é levado ao posto para jogar fora como se deve. O descarte não é bem orientado. Tudo isso precisa ser mudado. O conceito precisa ser mudado. A pessoa tem que ter a clareza do que ela está levando em medicação, que ela tem que tomar de determinada forma, em determinado horário, sem misturar com esse ou aquele, e isso não está sendo feito. Falem o que quiserem, mas, antigamente, bem ou mal, a gente tinha uma pós-consulta, em que sentava alguém da enfermagem com o doente e explicava a receita para ele; hoje em dia isso não acontece em lugar nenhum. Ainda mais com o genérico, que vem com outro nome. O pessoal se confunde, não entende, não sabe. “Mas não é esse remédio que eu

estou tomando; eu não vou tomar, não, vou tomar outro”. Gente, é direto esse problema. Agora nós, do Conselho, somos limitados pela competência do Conselho. Conseguimos visualizar medicação vencida no posto, mas não conseguimos saber da população como é que a gente podia organizar grupos setoriais, distritais, sei lá como, para trabalhar essa questão junto à população, porque eu só acho que pode haver mudança se houver essa prática. Não adiantar intelectuais sentarem para falar de medicação, se quem vai usar não estiver junto, porque a gente vai continuar jogando dinheiro fora.

É isso que eu tinha para falar, Vereador. Obrigada. Fico à disposição. (Palmas)

P – Obrigado, Rosângela. Depois, ao final, nós abrimos a palavra para todos – pessoal da Mesa, dos convidados –, e aí vocês vão fazer as perguntinhas.

Quero convidar o Jason, nosso novo presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia. Jason, é um prazer tê-lo conosco.

O grande objetivo da nossa subcomissão é tentar, ao final dela, fazer um protocolo, fazer algumas normas de conduta para que não sobre remédio, para que cada um de nós não tenhamos uma farmácia dentro de casa numa caixa, porque não é fácil. E também precisamos falar para vocês que parem de tomar remédio... Vamos dizer, o cara vai tomar remédio para o pulmão, e de repente vai fazer mal para o estômago, aí toma omeprazol, mas aí dá uma dor de cabeça e toma uma dipirona. Aí acabou tudo. É aí que não dá certo a coisa. Nós estamos nos dopando. É incrível. Uma doutora nossa lá da Prefeitura fez uma palestra em que comentou do diazepam: diazepam e cocaína é a mesma coisa, só que uma é oficial, a outra não. É interessante isso.

Tem a palavra o Dr. Gustavo Benini Carcerani (?), psiquiatra do Instituto do HC, representante da Presidência do Conselho Regional de Medicina.

O SR. GUSTAVO BENINI – Bom dia a todos. Em primeiro lugar, eu queria agradecer ao convite da Câmara para esse debate que o Conselho Regional de Medicina entende ser bastante importante.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Gustavo, desculpe-me interromper, quero registrar a presença da nossa palestrante também, a Sra. Karin Sasaki, do Conselho Regional de Farmácia. Desculpe atrapalhar a sua fala.

O SR. GUSTAVO BONINI CASTELANNA – Sem problemas. Estou hoje representando o Dr. Mauro Aranha, Presidente do Conselho Regional de Medicina e tenho essa especificidade de ser psiquiatra, uma área onde acho que esse debate é ainda mais quente e mais suscetível a questões de toda a natureza, sejam questões relevantes de fato, ou sejam questões de cunho mais ideológico.

Tenho a especificidade também de ser coordenador de um projeto interessante, que o Hospital das Clínicas tem há dez anos, junto à Fundação Casa, que é um projeto de atendimento de jovens infratores da Fundação Casa. Portanto, esse tema para nós é muito presente no nosso dia a dia, que é o tema da medicalização da vida, da medicalização do social, porque enfrentamos dificuldades, muitas vezes até no sentido contrário do que muitos imaginam.

Muitas vezes nós nos vemos como psiquiatras defendendo o não uso de uma medicação ou o uso moderado de uma medicação, tentando inibir associações que são feitas por leigos entre jovens que estão envolvidos com crime ou com atos infracionais, com transtornos mentais.

Então, esse é um trabalho que temos feito junto ao Judiciário já há dez anos e que acho que tem uma atualidade muito grande para esse debate, que é justamente a questão de quando estamos abusando ou não do uso de medicamentos e de outros diagnósticos.

Eu queria, então, começar lendo um pequeno trecho. Antes disso, queria agradecer à manifestação dos presentes. É uma pena que não seja para a gente essa euforia toda nas ruas. Acho que o nosso tema não está dando tanto ibope quanto o tema da tarde, mas enfim, eles estão nos ilustrando com a sua presença e com essas cornetas que estão sendo tão agradáveis aqui no nosso discurso.

Queria ler um pequeno trecho de um autor, que se chama Gilbert Welch, e escreveu um texto que se chama *O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos*. 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, cada vez mais, como

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”, segundo 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 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, de livre acesso para quem quiser acessar e dialogar um pouco com o texto.

Então, isso é para dizer que esse tema da medicalização é um tema que não é tabu para os médicos. É um trauma que está presente no nosso dia a dia, em especial da atuação dos psiquiatras. É um tema que os médicos e o Conselho Regional de Medicina 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, mas uma questão que tem de ser discutida com a sociedade, pois se trata de uma questão, acima de tudo, cultural; uma questão, como o Vereador exemplificou, do uso de medicamentos pelas pessoas, do autodiagnóstico e também do quanto essa noção é um pouco mais dos tempos modernos do que era antigamente.

Vale lembrar que a medicina se formou como uma área científica numa época de guerras em que o tratamento era das doenças agudas; os traumas e as infecções. Então a ação do médico era resolver o trauma ou a infecção. Hoje, a medicina lida muito mais com as doenças crônicas; sejam as psiquiátricas, a hipertensão, o diabetes, dores crônicas. De certa maneira o referencial da medicina mudou mesmo e isso é algo que tem de ser bastante pensado e não simplesmente acusado, eventualmente, por toda a sociedade de ser algo que diz respeito apenas à responsabilidade dos médicos.

Já que é uma mesa sobre medicalização, quero retomar dizendo que esse termo se

diferencia do termo medicalização. A medicalização diz respeito a um processo que transforma questões políticas, sociais e individuais, sobretudo, mas não apenas, em ordem biológica. Em outras palavras, isso significa, como exemplo, dizer que uma criança mal educada tem um diagnóstico de transtorno mental que justificaria a sua “má educação”. Esse seria um exemplo de medicalização. E a medicalização seria usar medicamentos de forma abusiva, como já foi exemplificado aqui na mesa.

Estamos discutindo a medicalização da vida cotidiana, não apenas a medicalização e, por isso, entendemos que o papel dos médicos é sim fundamental, mas é um papel que, acima de tudo, tem de ser refletido junto com a sociedade. Esse foi um termo cunhado por Ivan Illich, por volta dos anos 70, num livro chamado *Medical Nemesis* e, posteriormente, trazido para discussão pela Professora Maria Cecilia Donnangelo, 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.

Ressalto que por outro lado o Conselho Regional de Medicina tem uma preocupação bastante grande 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 na sua alçada superior, de 2010, sobre esse tema.

Quero deixar bem claro que a nossa postura, como médicos, falo tanto no meu papel individual e como psiquiatra como representante do Conselho Regional de Medicina, que é uma postura absolutamente aberta ao diálogo, à reflexão e acreditamos que essa é uma discussão que tem de ser, de fato, partilhada com toda a sociedade e não somente demonizado seja o médico ou próprio diagnóstico, até porque na nossa prática vemos situações em que o diagnóstico tem de ser feito, a medicação tem de ser usada e isso faz toda a diferença para o ser humano, seja um adulto ou até mesmo uma criança. Acreditamos que

abusos podem ser cometidos e vivemos em uma época em que os contatos entre as áreas são muito mais ricos do que anteriormente. Por exemplo, entre as áreas de medicina e sociais, portanto, é uma época bastante profícua para este debate. Portanto, prefiro aguardar para que possamos discutir juntos e pensar sobre esse assunto.

Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Dr. Gustavo. Tem a palavra a Sra. Karen Sasaki, do Conselho Regional de Farmácia.

A SRA. KAREN SASAKI – Bom dia. Justifico a ausência do Dr. Pedro Eduardo Menegasso, Presidente do Conselho, que agradeceu o convite, mas infelizmente não pode comparecer, por conta de sua agenda, e fez questão de ser representado.

O Conselho conta com um grupo técnico de apoio aos municípios, que a gente chama de Getam, do qual faço parte, sou Advogado no Conselho, que é formado por farmacêuticos; eu, como Advogada; e alguns voluntários também.

Acompanhei a reunião passada e, hoje, o enfoque seria o que o Conselho tem feito junto aos seus profissionais. Então, para relatar de forma breve, o Conselho tem consciência da participação importante do farmacêutico para contribuir com os Municípios para que haja essa redução, porque a judicialização tomou uma grande proporção. Como Advogada, não posso dizer que acho errado a judicialização, mas acho errada a banalização, o excesso que acontece, ou seja, a gente vê uma judicialização excessiva na parte da saúde que compromete.

Na reunião passada, representantes do Estado e do Município relataram, em termos de valores, o quanto isso impactava no orçamento. Em contrapartida, por meio do Getam, a gente observa que o gestor tem de entender primeiramente o âmbito de atuação de cada profissional da saúde. A gente não quer ser corporativista de forma alguma. O que o Getam busca é uma conscientização para formar o que o farmacêutico pode trazer de benefícios junto ao paciente.

O Getam demonstra que o farmacêutico deve acompanhar o tratamento, a adesão, eventuais eventos adversos, a interação medicamentosa com alimentos. Então, o farmacêutico, junto ao paciente, traria um ganho ao Município não só financeiro, mas em termos de qualidade para o paciente, que é o que a gente tem de buscar quando se fala em saúde.

É claro que o gestor busca também uma questão monetária – a gente tem essa consciência –, mas o foco principal do Conselho, como autarquia federal que tem de zelar pela saúde pública, é sempre o direito do paciente de ser atendido com qualidade, de forma humanizada.

Então, o Getam tem trabalhado dessa forma, para auxiliar os Municípios. Mas infelizmente São Paulo é um município que ainda é muito relutante com relação ao profissional farmacêutico, pois entende que qualquer profissional, sem qualquer formação, minimamente alfabetizado, seria apto a distribuir medicamentos, e não dispensá-los; com orientação, para poder esclarecer as dúvidas dos pacientes. A gente encontra certa resistência no Município de São Paulo, mas está aberto o diálogo tanto com São Paulo, quanto com outros municípios, para que essa assistência farmacêutica não seja apenas acesso ao medicamento de forma irrestrita, mas sim acesso ao medicamento, ao tratamento prescrito, com qualidade e de forma humanizada ao paciente.

Com esse grupo que foi formado no Conselho, a gente tem buscado uma aproximação ao Município e tem auxiliado, de forma direta, a treinar os profissionais farmacêuticos que compõem a equipe municipal. Num primeiro momento, a gente oferece quatro módulos, e um deles é justamente “Judicialização da Saúde”. Então, a gente convida os farmacêuticos, os gestores.

Não temos a solução para a judicialização. Acho que não só o Conselho, mais ninguém tem essa solução. Felizmente, ou infelizmente, não sei dizer. Como Advogada, tenho ressalvas, porque acho que a judicialização não é errada, mas o excesso dela, sim, traz prejuízo. A judicialização em si é o direito de ação de cada cidadão. Então, com relação a isso,

não posso ser totalmente contrária.

Com esses treinamentos, a gente tem buscado alternativas para minimizar, porque há relatos de municípios que, com a implementação de uma assistência farmacêutica efetiva na ponta que reduz o custo, o gasto, o desperdício de medicamentos, esse valor consegue ser implementado e a redução da judicialização é muito grande.

Então, a gente tem buscado alternativas junto aos municípios, junto aos farmacêuticos, com quem a gente acaba tendo uma relação mais próxima, para buscar uma qualidade na prestação de serviços do paciente, do cidadão, aliada ao custo. O Conselho tem trabalhado de forma administrativa para auxiliar tanto o farmacêutico quanto a Administração Pública quanto à judicialização, por meio do Getam, por meio de treinamentos específicos do tema; e tem buscado auxiliar na formação de uma equipe multiprofissional, que é o que temos visto que dá mais resultado junto ao Município.

Essas são as medidas que o Conselho tem conseguido implementar, até porque a sua competência é restrita. Eu gostaria até de auxiliar mais, porém, não há condição de sobrepor às decisões do Município.

Fico aberta a qualquer questionamento que eu possa contribuir.

Obrigada. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Eu falava com o Dr. Gustavo a respeito da reunião passada com o Promotor Reinaldo. Foi muito bom, porque hoje a judicialização é terrível. Ele mesmo falava que, de repente, um paciente entra com uma ação no Ministério Público e o Promotor força o órgão público a dar uma fralda *Johnson's*, etc. Fica tudo muito fácil. Na Prefeitura é a mesma coisa: Às vezes, uma pessoa quer matricular alguma criança na creche, vai ao Conselho Tutelar que, por sua vez, manda para o Promotor da Criança e do Adolescente, do CMDCA, e força a pessoa a matricular numa creche. É esquisito, porque existe uma fila para fazer matrícula e, só porque ela foi ao Promotor, consegue as coisas.

Também na área de saúde, há milhares de pessoas esperando na fila para uma

consulta, fazer algum exame; então vem um caso que custa um milhão de reais, mas vai ao Ministério Público e consegue.

A SRA. KAREN SASAKI – Inicialmente, a ação seria para quando as políticas públicas e os protocolos não fossem seguidos. Mas houve um desvirtuamento e essa banalização. Hoje se pede a marca da fralda, protetor solar importado. São esses excessos que têm prejudicado a judicialização.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – E esse Promotor é dos nossos, é justo e quer as coisas corretas. Estou com muita esperança de criarmos um protocolo para conseguirmos, junto com todo o Ministério Público, para entenderem que a coisa não é bem assim, é muito amplo. Se não, tira o Prefeito, o Governador, e o Ministério Público toca esse negócio.

A SRA. – Vereador, eu queria fazer um aparte com relação à farmácia, que é o tendão de Aquiles da enfermagem, porque na maioria dos lugares quem dispensa medicação é a enfermagem, porque não tem farmacêutico, ou porque não tem dinheiro para contratar ou porque não tem na “praça”.

Acontece que, na maioria das ações judiciais vem pressionando os Municípios, inclusive o Estado, para se colocar profissional adequado nas unidades, é o Coren que está entrando com essas ações. Então nós ganhamos já, e até está divulgado. Eu também sou Advogada em Campinas...

A SRA. KARIN SASAKI – A gente é litisconsorte nessa ação, a gente está junto com o Coren e o Conselho de Enfermagem.

A SRA. – Sim, nós entramos e chamamos vocês. Agora, temos notícia, por exemplo, de Porto Alegre de que o Conselho de Farmácia acho: “Não está bom, os auxiliares têm mais é que dispensar mesmo”. Então, veja, gente, têm coisas que não seríamos nós que deveríamos entrar com uma ação para pressionar os municípios a terem o profissional adequado, e sim o Conselho que está sendo lesado nessa questão. E a gente está tentando fazer o quê? Temos hoje uma parceria importante com o CRM, com o Ministério Público. Fazemos parte do fórum dos conselhos em São Paulo e estamos caminhando passo a passo,

dependendo do que a nossa perna alcança, através de medidas dessa natureza para que se abra a questão de que se tenha o farmacêutico, o técnico de farmácia; que sejam criados cargos, sei lá eu.

Acho apenas que temos uma coisa, doutora, que é, a meu ver, a pior viagem que inventaram, a Lei de Responsabilidade Fiscal do que jeito que está, para a saúde. Porque quanto mais tecnologia a saúde tiver, mais gente especializada precisa, mais dinheiro para a questão do gasto com o RH terá. E isso nos impede e inventam, então, a história de comprar a gestão das OSs, das Organizações Sociais, enfim, de tudo o que tem aí, que passa a fazer a gestão.

E estou dizendo isso porque sou consultora dessa área para vários municípios. Passa a ser feita a gestão por um terceiro, que não tem o menor conhecimento da questão de como é isso. Eu, como auditora do SUS, sei exatamente quanto o município vai receber. Não adianta querer espichar e querer inventar, porque não vai ter dinheiro. Um município de dez mil habitantes não vai ter hospital nunca. Não adianta querer, não está na agenda de saúde nacional. Não adianta vereador, prefeito, deputado estadual, senador, não vai ter e ponto.

Então, essa questão não vem sendo discutida e acho que essa questão da medicação tem que ir para os conselhos locais, tem que ir para o Conselho Municipal de Saúde para que se entenda como é que isso tem que se dar. E não é de mão única e não é um. Temos feito várias intervenções em vários momentos de questão dessa natureza, onde ele aparece, onde a gente sente a demanda, onde a gente provoca até a demanda para que possamos intervir. Porque o conselho é assim: vai agir conforme a demanda. Depois tem a rotina.

Mas, temos criado demanda nesse sentido de dispensação de medicação, porque na lógica, se a gente for pensar, se o auxiliar ou técnico de enfermagem pode medicar, por que não pode dispensar? Isso seria uma pergunta que a gente pode fazer. Só que não está na legislação, porque a enfermagem tem nitidamente descrita a função de cada membro da enfermagem na sua lei de exercício profissional.

Então, não está lá dizendo que é a nossa função dispensar medicação, mas também no posto de saúde, se ninguém for dispensar, como ficará o paciente? Falem para mim. É essa questão que temos de discutir e precisamos que o Conselho, de maior interesse, seja sim parceiro em todas as vias e até o provocador dessa mudança. (Palmas)

A SRA. KARIN SASAKI – Eu gostaria só de complementar.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Não se desculpe, Karin.

R – Desculpe-me, talvez até fuja um pouco do tema em questão, mas só para não ficar nenhuma dúvida aqui. Não posso falar pelo Conselho do Rio Grande do Sul, por motivos óbvios, represento São Paulo.

A SRA. – Só dei um exemplo.

A SRA. KARIN SASAKI – É que eu acompanhei essa questão. A gente acaba tendo proximidade entre os conselhos. Eu sei que lá no Rio Grande do Sul acabou tendo um apelo popular muito grande, porque a população estava sendo prejudicada. Então, talvez, o Conselho de Farmácia, na hora de se posicionar frente à sociedade tenha sido um pouco infeliz da forma como foi colocado. E o Conselho de Enfermagem ter se sentido, digamos, deixado de lado.

Mas, na questão do Rio Grande do Sul, acho que a forma como foi feito de fecharem mais de 50 farmácias, acabaram ficando dez somente, a população estava sendo prejudicada. Aqui em São Paulo o Conselho de Farmácia tem atuado de forma conjunta com o Coren nessa questão.

Infelizmente, no passado, antes da Lei 13.021, de 2014, o Conselho de Farmácia enfrentava algumas questões, decisões judiciais contrárias e por isso não tinha como cobrar de alguns municípios. Graças à Lei Federal 13.021 foi modificado. Então, atualmente temos mais força. A gente acompanha essas ações, no caso de Campinas especificamente, que foi mencionado, eu particularmente acompanho de perto esse processo. Fui com a Jamile na audiência, então, posso dizer com conhecimento de causa que o Conselho atua ativamente nessa situação.

O Conselho de São Paulo de forma alguma se deixa esmorecer nessa questão. O Conselho de São Paulo tem atuado de forma firme com relação a isso, entende sim que o único profissional apto a dispensar os medicamentos é o farmacêutico por força de lei, que não deve ser delegado nem a técnicos nem a auxiliares de farmácia, nem a profissionais de enfermagem e nem nenhum outro profissional.

Quando eu coloquei aqui de uma forma singela que os municípios acabam entendendo que qualquer pessoal alfabetizado poderia dispensar, é porque a gente vê muitos casos em que farmácia acaba sendo um castigo. O profissional que está afastado da área administrativa - têm escriturários, tem “n” tipos” de funcionários - acaba indo para farmácia. Então, por isso que eu coloquei.

E essa questão de enfermagem para a gente é muito clara. A gente atua de forma conjunta com o Coren, a gente tem um bom trânsito. A gente entende que tanto o Conselho Federal de Enfermagem, quanto o Conselho de São Paulo, e de Enfermagem também têm o mesmo entendimento que o Conselho de Farmácia, que é a dispensação é âmbito privativo do farmacêutico.

Então, só para esclarecer, porque o Conselho também tem atuado de forma firme nessas questões.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Tem a palavra a Sra. Neide Salles Biscuola.

A SRA. NEIDE SALLES BISCUOLA – Bom dia a todos. Eu sou Neide, já fui conselheira do Conselho Regional de Odontologia. Entendo que toda essa nossa discussão profissional, nós temos que estar dentro desses fóruns dos conselhos fiscalizadores das nossas profissões.

O nosso momento aqui é um momento muito pior que isso. É um momento do controle social, de como é que nós, usuários desse sistema, que é um sistema único, que fornece inclusive medicação, está por dentro do que é que eu, doente, preciso? Isso que a gente tem que resolver na Comissão de Saúde da Câmara.

Será que essas listas de medicamento, que é o Remume e tudo isso que tem parceria com o Governo Federal, Governo Estadual, Governo Municipal é aquilo que nós necessitamos enquanto usamos o serviço e praticamos o Sistema Único de Saúde? Por isso que a Comissão de Saúde montou tudo isso. Tem sempre essas reuniões para que a gente reflita o que está acontecendo.

E acredito também que o que hoje está faltando é a promoção e a prevenção. Se a gente não tiver isso e a parceria com a educação, porque nós tínhamos um profissional lá atrás. Eu sou jurássica, estou aposentada da Prefeitura há 13 anos. Então, eu sou do tempo em que a gente tinha saúde na escola. Tínhamos um médico, um dentista, um fonoaudiólogo e uma psicóloga. Esse era o núcleo de saúde de uma educação.

E para fazer a interface entre nós, profissionais da saúde, e a educação, tínhamos outro profissional que se chamava educador em saúde. Esse educador em saúde era formado na faculdade de saúde pública e aí, sim, a gente conseguia minimamente manter a história da medicalização minimizada. E aí, as coisas foram evoluindo de acordo com o Dr. Gustavo, do Coren, e é muito interessante isso. A gente podia na escola dar até medicação, desde que

fosse prescrita pelo médico ou pelo dentista.

Em não podendo mais mudar o Estatuto da Criança – não se pode dar mais nada naquele espaço para aquela criança – a criança começou ali a ficar desassistida. Depois, com o advento, ainda, da retirada desse departamento de educação dentro das escolas, dentro da Secretaria de Educação piorou mais ainda. E vinculou esse serviço à unidade básica. E aí que vem o problema: não temos RH necessário para essa assistência. Nem para criança, nem para o adulto e nem para o idoso. Ficamos, daí, brincando de fazer assistência. Aí vamos regulamentar a Emenda 29, que é o financiamento dessa assistência através da Lei Complementar 141 que tira a obrigação do Governo Federal de dar essa assistência, além de colocar na mão dos deputados o seu financiamento do sistema único de saúde, através de emenda parlamentar.

Pessoal, cada vez mais vai ter judicialização, porque nós não falamos a mesma língua. O Parlamentar tem de dar assistência daqueles que votam nele. E acontece o que está acontecendo, são várias coisas. Há hospitais que estão sendo montados em espaços que não tem nem dez mil habitantes, mas é reduto daquele deputado, então, ali, cria-se o hospital. Mas quem vai fazer o RH disso? Será o Estado, que não tem concurso há muito tempo? Por que foram municipalizadas as ações de serviço de saúde? Como foi no Município de São Paulo? Então temos de prestar bastante atenção o que é que estamos fazendo.

Existe um PAC, Termos de Ajuste de Conduta do Município de São Paulo com o Conselho Regional de Farmácia do nosso município que é assim: por enquanto, um farmacêutico é responsável por uma área grande, por uma supervisão de saúde, e que o Município é responsabilizado para dar isso. E aí, acontece o seguinte: agora, não temos mais nada. O Conselho de Farmácia não consegue cobrar, qualquer um está dispensando medicamento e o medicamento não tem na unidade, o que é mais grave. Mas nós estamos aqui para ter o medicamento na unidade e que seja responsabilidade de quem prescreveu, além do Município ter esse medicamento.

Acho que precisamos refletir bastante, nós profissionais da área da Saúde, como é que vamos ajudar a população a ter essa assistência de qualidade e equânime. Não só um

tratamento de um milhão.

Estamos passando por um processo agora que é a Hepatite C. E quem vai ser escolhido para tomar essa medicação nova, que é o *the best* do momento e que não possui reações adversas? Poucos, porque tem o famoso protocolo do Ministério da Saúde que, para determinadas doenças, tem isso e não tem aquilo, aí outro que não tem isso nem aquilo. Então, assim, precisamos refletir bastante para saber qual é a assistência que iremos dar a vocês, população de qualidade e equânime, tender com equidade, dar de acordo com a necessidade, ou seja, tratar todos igualmente.

O SR. _____ - Jason, agora você, como Presidente.

O SR. JASON – Fico até muito lisonjeado com sua fala. Estou como Presidente da Comissão de Educação, estou representando a Presidente do Conselho do Fono que, atualmente, é a Márcia Mendes. Ela não pode estar aqui, porque há reunião também lá, então, nesse momento, estou fazendo essa representação. Presidente da Comissão de Educação do Conselho de Fono, ok?

Queria, já que fiz esse início, dar boa tarde a todos. Fico muito feliz quando vejo os conselhos profissionais reunidos nesses espaços de debate e eu queria aproveitar, antes de falar especificamente sobre o tema, para fazer um convite. E faço esse convite, aproveitando a presença do Dr. Gustavo. O convite é para participar do FCAFS - Fórum dos Conselhos de Atividades Fim da Saúde que, atualmente, a assinatura da constituição do fórum foi colocada pelos 13 conselhos profissionais de saúde. E gostaríamos muito que o CRM estivesse presente lá também.

Atualmente, um ou outro conselho profissional tem alguma dificuldade na representação no FCAFS, por isso queria reforçar o convite para o CRM, porque acho que esse é o espaço importante do debate, esse que as colegas do Corem e do Conselho de Farmácia trouxeram, referente às relações profissionais que temos e às demandas relacionadas ao SUS. É importante que levemos esse debate lá pro FCAFS, porque temos a

presença dos representantes de todos os conselhos e, assim, podemos conseguir maturar um pouco mais essa discussão, que é necessária – sobre o Sistema Único de Saúde e as questões de dispensações aos profissionais, que têm sido colocados para realização de procedimentos, muitas vezes, até mais do que muitas vezes, em grande parte, sem ter a formação para isso -, e vocês falaram também não da dispensação, mas da distribuição do medicamento sendo realizada em alguns espaços por profissionais que não têm a condição de orientar a população sobre o uso daquele medicamento - acho que, de fato, o pessoal da 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.

Tem uma proposta, na atualidade, para que qualquer profissional faça o teste do TANU – Triagem Auditiva Neonatal Universal e nós sabemos que precisa de uma formação bastante específica com relação aos conhecimentos de audiologia para fazer essa triagem e, infelizmente, temos algumas propostas em alguns lugares para que qualquer profissional de saúde. Mas sabemos que alguns procedimentos precisam ter cuidados bem específicos. Entendo, assim, que são discussões que precisam ser levadas para o FCAFS até para fortalecermos essa relação dos conselhos.

Com relação à questão da medicalização e da judicialização da (ininteligível) é um tema bem caro, no Conselho de Fono. Temos participado desses debates há bastante tempo e também fico feliz em saber que o CRM está postando essa discussão também. Em alguns espaços temos, vejam, as classes são todas muito divergentes em termos dos seus profissionais especificamente, mas temos, nessa discussão, às vezes, uma dificuldade muito grande com alguns setores da psiquiatria. Embora saibamos que existem setores da psiquiatria que se aprofundam nesse debate e de forma bastante séria. E, também nesse sentido é importante fortalecermos essa aproximação, junto com o CRM e com o pessoal da psiquiatria, que está nesse debate sobre a medicalização, isso para que não incorremos em retrocessos

que têm acontecido. Por exemplo, com o projeto de lei que tem sido no proposto no âmbito federal, o qual, sobre o nome de lidar com a psicofobia, a redação tem tratado a discussão sobre a medicalização como psicofobia.

Então você judicializaria a discussão sobre a medicalização da vida, interrompendo, de uma forma legal, as pessoas que têm discutido esse processo bastante perverso, no qual questões que são sociais, políticas, econômicas e culturais têm sido transformadas para um diagnóstico em saúde.

E acho que aí é muito pertinente, quando você falou da questão da discussão que o Ivanitch trouxe lá atrás, e por ter dito que é uma discussão de cunho bastante cultural, o fato é: temos uma cultura na sociedade brasileira do pronto socorro, do medicamento e do diagnóstico. Vou para um serviço de saúde esperando um pronto atendimento. Nossa população espera um pronto atendimento. Não é à toa que ela fica muito feliz quando se abre UPAs e AMAs. Mas acho importante temos uma Unidade Básica de Saúde com estratégia da saúde da família, com atenção básica, focada em promoção de saúde.

E é isso é uma questão cultural, portanto, precisamos pensar em como lidar com a nossa população, porque, claro, ela tem o anseio desse tipo de intervenção, mas, muitas vezes, ela não tem a noção que uma ação de saúde pensada nos âmbitos da saúde coletivo, bem como nos âmbitos de como o Sistema Único de Saúde propõe a intervenção de saúde, ela é muito mais benéfica para a população.

Existem experiências muito bacanas no SUS, de pessoas que estavam em tratamento bastante verticais com relação a diagnósticos de saúde mental, que não estava com - se a gente for pensar na questão de bem-estar, saúde, de fato - a pessoa estava com diagnóstico, estava sendo medicada, mas ela não estava sendo tratada como cidadão, como uma pessoa que precisa de emancipação, na sua cidadania. E nesse sentido é importante a gente pensar que o Sistema Único de Saúde e as ações da atenção básica, elas tem um papel fundamental nesse sentido.

A rede de atenção psico social, por exemplo, ela tem um papel importante na emancipação desses cidadãos que acabam entrando em diagnostico de saúde mental e muitas vezes são vistos pelo viés da doença. Tivemos uma dificuldade muito grande lá atrás com a discussão da própria luta antemanicomial que hoje em dia aparece já bastante avançada, mas há pouco tempo atrás ainda era complicado você falar que uma pessoa não teria de ser internada, simplesmente porque ela tem um diagnóstico ligado às saúde mental. Hoje essa discussão, felizmente avançou bastante. As pessoas têm percebido o quanto as ações que pensam o cidadão, não a partir do viés da doença, mas a partir de suas possibilidades já são no seu território de ações, na convivência com seus pares, com seus vizinhos, o quanto elas potencializam esse sujeito e o quanto essas ações promovem saúde.

Os conselhos profissionais foram criados com uma responsabilidade social. É por isso que existe conselho profissional de saúde, porque as nossas profissões, elas implicam em ações com a população, e as nossas profissões dependendo de como essas ações são realizadas, elas podem trazer problemas. Muitas vezes pensamos apenas em soluções, mas muitas vezes só pode trazer problemas irreversíveis. É nesse sentido que se constitui as ordens e os conselhos profissionais, para que possamos, não só fiscalizar, mas orientar nossos profissionais e a população com relação as melhores possibilidades de atendimento sem que a gente crie problemas irreversíveis. E na fonoaudiologia, a gente não lida com medicamentos nem da parte de prescrição, mas também nem na parte de orientação, porque a gente não lida especificamente com diagnósticos que estão ligados a medicamentos, mas a gente lida com diagnósticos e muitas vezes a gente acha que é só medicamento que trás um problema, e não. Quando eu dou um diagnóstico para uma criança de uma doença incapacitante eu estou dando isso para o resto da vida dela. E aí não importa qual o diagnostico que estou dando. Estou dando para o resto da vida dela. Pelo resto da vida dela, ela vai seguir, sendo atravessada por aquele diagnostico 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 somos

juízes com relação à saúde da nossa população e por isso temos uma responsabilidade muito grande nesse sentido.

Finalizo minha fala. É isso. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Com a palavra o Padre João.

O SR. JOÃO – Obrigado, nobre Vereador, debatedores da mesa, há uns dois anos atrás, pelo Conselho Estadual de Saúde, fui à Secretaria Executiva, ao encontro com o Governo Estônia, que queria conhecer o nosso SUS. E como me lembrava de um pouco era um País, da Antiga União Soviética e tal, fomos com muito ânimo para ensinar de como é o nosso SUS. Por questão de educação, deixamo-los falarem à experiência que eles têm. Claro, comparando a população deles é o Município de Guarulhos. Nem imaginaria o Município de São Paulo, naquele País. Eles nos colocaram: O nosso sistema de saúde, quando a pessoa nasce, já ganha um cartão, aonde vão todas as informações desse cidadão e quer, aonde ele vá, os profissionais de saúde tem acesso. Exames que ele fez, medicação que ele toma, orientações médicas e outros profissionais, médicos, enfermagem. Vai tudo nesse cartão. É interessante, porque, - ele até deu exemplos de situações – em que em acidentes, até a policia pode pegar esse cartão, tem acesso ao prontuário eletrônico. Sei que no fim a gente ficou sem jeito. Não tem nada disso no Brasil, ainda e agrademos o convite, porque diante do que eles estavam nos colocando a nossa experiência era muito pequena.

O que estou sentindo, porque estou participando desde o inicio dessa comissão, nos temos uma criança que nasceu feia e ninguém mais quer ser o pai dessa criança. Todo debate está sendo – tudo bem, eu tenho um pouco de responsabilidade – Sou Padre! Bom, eu não prescrevo. Posso prescrever Ave Maria e Pai Nosso, mas isso não tem interação medicamentosa.

O que a gente sente hoje nesses debates é cada um tentando jogar a batata quente no colo do outro. E aí acho que o Jason tem razão e todos, no sentido de que está na hora dos profissionais sentarem, assumirem juntos, a responsabilidade com a sociedade civil porque nós

também somos responsáveis pela cultura que trazemos. Se minha amiga Neide, disse que é Jurássica, então sou o avô dela. Eu me lembro do tempo de criança existia um remédio chamado dorçana. Ele não vinha em papel, como hoje, invólucro. Era um invólucro comestível. Era uma capsula. Então a gente fingia para o papai e para a mamãe, que a gente tinha dor de dente, dor de cabeça, não por causa do remédio, mas para comer o invólucro. Quer dizer, essa cultura que a gente trás e que temos de superar, nós temos de sentar nesse sentido. Assumir nossas responsabilidades, as nossas culpas históricas, e projetar um protocolo por onde o Município de São Paulo vai se orientar. Por isso acho que seria importante a gente lutar, voltar de novo para que haja um cartão SUS Nacional.

Hoje temos um desperdício enorme do dinheiro publico, porque eu vou de manha no Cachoeirinha, aí não gostei do médico, não me deu o remédio, então vou ao PS da João Paulo, dou dois exemplos, ou à noite ainda no Penteado. Moro naquela região da Zona Norte. Se eu tenho um cartão com todas as informações, automaticamente se ele for – sai do Cachoeirinha para o Penteado ou para o João Paulo – entra no sistema, com o prontuário eletrônico, já tem todas as informações. Porque repetir exames? Porque prescrever de novo. O grande avanço seria nós termos um cartão nacional com essas informações do paciente.

Hoje, parece incrível, mas nós estamos tendo casos de tétano no hospital de idosos, pela desatualização da carteirinha de vacinação. No momento que tem essas informações...

- Manifestação fora do microfone.

O SR. JOÃO INÁCIO MILDNER - A Prodesp e vai os “Pró” da vida, não é?

Então eu acho que o grande desafio é sabermos sentar e dialogar, assumirmos as nossas responsabilidades e fazer um passo mais a frente, para que haja esse prontuário eletrônico através do cartão SUS. (Palmas)

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Olha, nós estamos fora dos conselhos, mas eu acho que os Parlamentares têm de unir todos esses conselhos, queiram ou não, e fazer com que todos se entendam. O que está faltando, na verdade, como o senhor falou, é o entendimento. Falo sempre isso para o meu pessoal, porque para viver numa coletividade, e viver bem, nós temos que exercer o significado de duas palavras: entendimento e tolerância. Sem isso, nós não viveremos numa sociedade.

Bom, vou chamar algumas pessoas da lista, pela ordem. Peço, por favor, dois minutos e meio, não vamos exceder. Vocês perceberam aqui que eu não gosto de cortar a palavra de ninguém. A pior coisa que tem quando se está falando: “Ah, espere, desculpe.”

A Karen tinha pedido. Por favor, Karen.

A SRA. KAREN - Eu não quero insistir, acho que o nosso tempo está curto. Para não deixar informação truncada aos presentes, com relação ao que a Neide colocou sobre o TAC, o de São Paulo não existe. Realmente existe uma negociação, junto ao Município, mas o Município não efetivou a assinatura desse TAC junto ao Conselho. O Conselho tem buscado avançar de formas alternativas.

Concordo tanto com o padre quanto com o Jason, da fono, que os conselhos devem sim conversar e dialogar.

O Conselho de Farmácia está sempre aberto para esse diálogo.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Obrigado.

Wagner Menezes, por favor.

- Manifestação fora do microfone.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Se sobrar um tempo eu ponho você. Ok.

Vai começar à 1h. Fique frio, se a turma for rápida.

Pois não, Wagner. Obrigado pela presença.

O SR. WAGNER MENEZES – Eu agradeço. Bom dia a todos.

Em nome do Presidente da CUT, Douglas Izzo, queria parabenizar o Vereador e a Mesa. Obrigado pelo convite. O Douglas não pode vir, está com outra atividade, mas eu estou Secretário da CUT São Paulo, vim a pedido do companheiro Douglas, para poder estarmos juntos.

Inteirei-me um pouco sobre a discussão. Minha esposa é enfermeira e meu pai mora em Porto Alegre. Tudo aqui tem alguma coisa a ver comigo.

Na questão de Porto Alegre, andei acompanhando muito pouco, mas não foi só a questão do trabalhador da farmácia, parece que tinha muita farmácia irregular em Porto Alegre. Não sei se a companheira sabe disso. Tinha muita farmácia irregular.

A SRA. KAREN - É que toda farmácia que não tem farmacêutico é considerada irregular.

O SR. WAGNER MENEZES – Mas não só irregular por falta de farmacêutico.

A SRA. KAREN - Questões sanitárias também.

O SR. WAGNER MENEZES – A Vigilância Sanitária também. Parece que tinha muito problema com a Vigilância Sanitária e com medicamentos estocados de forma inadequada. Esse tipo de vigilância tinha que ser feito aqui também, porque aqui estamos passando pelos mesmos problemas.

Eu queria fazer uma pergunta ao Dr. Gustavo. O senhor falou que o CRM tem procurado, na sua maneira, ajudar de várias formas os conselhos. Eu queria saber de que maneira o CRM, na questão da medicalização, vem buscando tentar ajudar os conselhos de saúde? De que maneira?

A gente ouve muito falar, mas não se conhece na prática o que está sendo feito. Eu gostaria de saber do senhor. Caso possa me dar essa informação, eu agradeceria muito.

Muito obrigado para todos. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Gustavo.

O SR. GUSTAVO BONINI CASTELANNA - Obrigado Wagner.

Eu acho que a participação neste evento pode ser o começo de uma agenda um pouco maior, para esse tipo de discussão. Confesso que esse é um tema importante, o Dr. Mauro assumiu a presidência do CRM agora, ainda está em posse, eu o ajudo neste momento, na presidência. Confesso que não sei como isso tem sido feito anteriormente. Não sei dar essa informação, mas a gente tem muita disponibilidade a esse tipo de conversa, é um assunto que nos interessa.

Particularmente somos ambos psiquiatras, coincidentemente, então o tema é muito quente na nossa área. Há interesse pessoal no assunto, mas não sei dizer como isso tem sido feito. Estou aberto até em saber sobre possíveis críticas do que tem sido feito para que possamos corrigi-las.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Márcia Rita. Vai falar ou não? Está o seu nome aqui.

- Manifestação fora do microfone.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - A senhora quer vir ao microfone, D. Márcia? Pode falar ao microfone.

A SRA. MÁRCIA RITA – Eu moro na zona Norte, no Tremembé.

Estou gostando muito desta palestra, que é interessante. Eu gostaria de aproveitar para dizer que eu tenho um bisnetinho que tem problema de fala. Está com cinco anos, ele vai na UBS e falam para a mãe dele que não precisa de psicólogo, que ele está bem.

Mas ele tem dificuldade na fala, não se expressa normalmente. Tem coisas que ele fala certo, coisas que não fala direito. Ela depende infelizmente também do Sistema Único, não tem uma condição para pagar convênio.

Eu gostaria, se você pode me responder, o que a gente poderia fazer com relação ao meu bisnetinho, porque eu o amo de paixão.

Sou avó de 10 netos e bisa de dois.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Posso propor uma coisa?

A SRA. MÁRCIA RITA – Pode.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Jason, assim que terminarmos, você pode instruí-la. É moradora da zona Norte.

O SR. JASON GOMES - Vamos conversar, sim. Acho que é uma pauta importante.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - O Jason é uma pessoa maravilhosa.

O SR. JASON GOMES - Eu acho que é uma pauta importante para a gente conversar inclusive sobre a falta de fonos na rede. Às vezes a Unidade Básica de Saúde vai tentando repassar a demanda porque falta profissional mesmo. Mas nós conversaremos depois.

A SRA. MÁRCIA RITA – Está bom. Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Marisa? Não está. Sizaltina? Não está. Marta Elisa? Não está. D. Maria do Socorro.

A SRA. MARIA DO SOCORRO ALVES – Bom dia a todos. Não tenho costume de falar nome de ninguém. Eu cumprimento geral.

Quase todo mundo sabe que eu sou a Maria do Socorro Alves, conhecida por D. Socorro, sou do Conselho Participativo, sou de ONG, sou da periferia, zona Leste, Itaquera. Admirei a Neide, a Rosangela e o psiquiatra, por que falo isso? Atuo na região de Itaquera, na zona Leste, Cidade A.E. Carvalho, numa periferia monstruosa. Trabalhei por 19 anos na FEBEM, fui auxiliar de enfermagem e estou aposentada num PS do Tatuapé, por isso digo que vocês têm de ter consciência – não estou ofendendo, estou sendo clara – de que sozinhos não conseguem nada. No dia em que vocês acreditarem que existem pessoas competentes na região, porque o nosso conselho não ganha dinheiro não. Ele tem amor pelo que faz.

Atuo junto da Águia de Haia, num AMA, numa UBS e num PSF, que antes era Spdm e agora é Santa Marcelina. Alguém pode falar dela, agora, é ela que atua na minha região, por isso não tenho o que falar. Ajo lá não como conselheira, mas como amiga. Lá tem sim problemas. Há CAPS fechados, cracolândia, idosos largados e abandonados, por que vocês não param um pouquinho – sem ofensa, não são todos -, porque só enxergam o fundão na época da eleição.

Fiquei doente, fui hospitalizada, bem atendida e ninguém sabia quem eu era, em Ermelino Matarazzo. Há bons profissionais, mas também tem os crápulas que não olham a cara das pessoas, porque são negros, pobres e idosos. Então, se procurarem os gestores, vocês terão bons companheiros, bons amigos e bons profissionais. Não tenho o que falar, porque defendo a saúde. Amo de paixão o que eu faço, tá bom? E acredito, ainda tenho fé, de que tem gente boa.

Parabéns, Neide. Parabéns, Rosângela e o psiquiatra. Tenho dois amigos, o Rubens Calvo é irmão do meu ex-chefe, o Paulo Calvo, por isso que gosto dele. Amo de paixão o médico e também a minha periferia.

Muito obrigada pela oportunidade. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Valeu. Essa é a Dona Maria do Socorro.

- Manifestação fora do microfone.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Nossa, sou louco de não deixar a senhora falar? Meu Deus! Tenho juízo, não é padre? Ainda tenho.

Com a palavra a Sra. Rosângela.

A SRA. ROSÂNGELA DE MELLO – Maria do Socorro, obrigada pela fala. Quero apenas fazer um gancho na sua fala, porque a senhora falou que foi bem atendida, então, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo vem promovendo ações junto ao Santa Marcelina, em parceria, de capacitação dos profissionais da região. Temos ido aos

hospitais da região e às Coordenadorias da Atenção Básica levando para a periferia a capacitação do profissional de enfermagem, que é a linha mestra, a espinha dorsal de qualquer instituição. Em qualquer lugar em que se some, a presença da enfermagem sempre é acima de 60%, do total de profissionais que ali estão. É quem sustenta o doente lá dentro. Sempre digo que o médico só é bom se a enfermagem for boa, porque se ela não for boa, o médico pode ser um dez estrelas do Einstein que o doente não vai melhorar. E a gente tem de trabalhar nessa parceria.

Então, à medida da chamada de todos os hospitais, tem profissional do Conselho Regional de Enfermagem indo até lá para falar de ética, de segurança na medicação, dos direitos do paciente. Os conselhos não estão apenas para congregar os profissionais, mas principalmente para proteger a população deles.

- Manifestação fora do microfone.

A SRA. ROSÂNGELA DE MELLO – Mas o nosso é. Esse é o nosso lema.

(Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Com a palavra o Sr. Severino, por gentileza, por favor. Eu percebi que você gosta de falar. Três minutos.

O SR. SEVERINO – Boa tarde a Mesa, boa tarde aos presentes, boa tarde aos companheiros. Eu venho de Santana, venho da supervisão técnica Santana, sou usuário, sou da zona Norte. Hoje estamos em maioria aqui, a zona Norte, mas perdemos para a zona Leste.

Farmácia parece um dilema. A pós consulta para nós é importante, mas as nossas unidades viraram dispensador de medicação, pro isso que não temos pós-consultas e as nossas farmacêuticas, as nossas farmácias ficaram só para dispensar medicação. Não se tem tempo para dizer ao usuário como ele deve usar, porque nós também não temos aquela educação de esperar o nosso momento. Nós chegamos na farmácia e temos que pegar a medicação logo porque ou se tem que voltar para o trabalho logo, ou se tem que voltar para casa, ou tem que se voltar para o filho. A gente fica em cima do outro que está sendo atendido.

Eu aprendi, eu estou no sistema há 18 anos, porque sou usuário, sou do Movimento Popular de Saúde, e a unidade que eu frequentava, que era aqui no Campos Elíseos, me ensinou que é assim, você fica sentado, aguarda o momento de ser atendido, isso que estamos tentando implantar na zona Norte, para dar tempo do farmacêutico explicar para o usuário como deve usar a medicação sem pressa, porque medicação é tão sério quanto a consulta, ou até mais sério que a própria consulta.

Então essas questões são difíceis de colocar até para o próprio trabalhador, que ele tem que atender o usuário com calma e com calma explicar para o usuário, seja ele da área da farmácia ou do pessoal da enfermagem. E as nossas unidades parece que estão sempre correndo, todos estão sempre correndo e não chegamos em lugar nenhum. Então eu venho aqui porque hoje, por incrível que pareça, eu vim para outra discussão da saúde e essa semana que chega uma lista de medicação que está faltando na cidade de São Paulo. Esse pedido nosso já vem de muito tempo.

E eu fico pensando, mas será mesmo que precisamos de toda essa medicação? Será que nós temos essa necessidade de toda essa medicação? Primeiro que a gente não conversa com o usuário, a gente não sabe. Eu venho da infectologia, e o nosso lema na infectologia, eu sou soropositivo, e nós trabalhávamos com a prevenção e a prevenção é o papel de tudo, a gente tem que fazer com que o cidadão não adoça, mas, infelizmente, nós vamos só tratar depois a doença e não a saúde. Isso faz com que a nossa Cidade, o nosso mundo sempre fique mais doente ainda. Eu já vi guardas dispensando medicação na farmácia. Entrei com uma denúncia com a supervisão da época, era outro Governo, e eu fui mal visto pelos próprios trabalhadores porque eu fiz essa denúncia. Veja, um guarda, nada contra, mas não é um profissional adequado, não é um profissional para dispensar medicação, da mesma maneira que enfermagem também não é o profissional adequado. Eu tenho um amigo que é médico, eu considero ele como amigo, ele é gerente de uma unidade e ele já disse: “Severino, eu vou às vezes para uma farmácia para dispensar e não me sinto à vontade porque não me

sei nada de medicação”, ele é um médico e nem por isso se sente à vontade na farmácia. Eu acho que a gente tem que começar a discutir isso sério. Acho que só a multa para o atual gestor é pouco, porque a multa, no final, quem paga somos nós cidadãos. Quando você multa os municípios você está punindo o cidadão. Nós não temos outra questão. Acho isso muito sério, acho que a gente tem que começar a pegar esse viés, assim como touro bravo, na unha. E as nossas farmácias estão farmacêuticos e se for multadas aí é como o cidadão paga pelo gestor do município que não abrir concurso, não contratar o farmacêutico. Então fica aquilo lá sempre sendo jogado para nós, usuários. Isso eu acho péssimo, acho que é uma discussão que tem que aumentar.

Só queria colocar por último a questão da medicação dos laboratórios. Vejo o laboratório, eu mesmo tomo fenitoína, e o SUS não comprou, não tem comprado, não tenho uma notícia do Ministério. Essa fenitoína vem numa caixa de 25. O mês não tem 25 dias e é uma medicação contínua, se eu não tomo eu tenho crises de convulsão. E aí não vejo ninguém discutindo isso. Quem é o maior comprador dos laboratórios? É o Governo, é o Poder Público. As farmácias compram, mas o maior comprador é o Governo. Será que o Governo não tem interesse em fazer essas discussões e se faço a medicação ou tenho que comprar uma caixa com 40 ou tenho que comprar uma caixa com 25 porque o laboratório assim quer. Eu acho que a gente tem que começar a discutir essas questões de modo mais sério, não dá para a gente ficar só passando por cima. Acho que essas questões são muito mais sérias do que o próprio barulho lá fora. Acho que tudo isso é muito mais sério.

Desculpem, eu não queria tomar muito tempo de vocês. Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Anibal de Freitas) – Quero acusar a presença do Vereador Wadih Mutran, que faz parte da Comissão de Saúde.

Pessoal, quero agradecer a todos os membros da Mesa, aos representantes do Conselho Regional da Medicina, da fono, da farmácia, enfermagem, a todos vocês que vieram aqui para essa reunião de trabalho da Subcomissão de Medicalização. Esperamos que daqui

15 dias retornemos aqui. Nós temos como tema Avaliação de Novas Tecnologias em Saúde.

A SRA. ROSÂNGELA DE MELLO – Sr. Presidente, eu gostaria de fazer uma sugestão. Eu acho que seria interessante que de toda reunião fosse lavrada uma ata e encaminhada para os convidados para a gente ver em que pé estão as coisas, se vier outra pessoa ela se intera e a gente passa para o grupo.

O SR. PRESIDENTE (Anibal de Freitas) – As reuniões, além de estarem todas gravadas, nos vamos fazer um relatório muito grande, um relatório de tudo que aqui se passou. E olha, você não imagina o conteúdo que temos aqui. Na minha opinião, eu sou engenheiro, como diz o meu assessor, todo engenheiro é cartesiano, eu acho que muita coisa vai dar certo. Mas não estamos aqui para brincar com pessoas. Quando fui provocado com os conselhos lá da fono, psicologia, esse pessoal todo, eu me senti na obrigação de fazer a minha parte como Parlamentar, porque nós temos que fazer alguma coisa. A única coisa de medicina é que eu queria um dia ser médico, não fui, virei engenheiro. Tudo bem. Então, vamos sim fazer relatórios, vamos encaminhar para todos vocês para mostrar todo o trabalho, porque em algumas reuniões vem uns, outros vem em outras. O único direto aqui é o Padre João. O Jaison, faltou a algumas, não tinha obrigação, mas a palestra dele foi muito interessante, colaborou muito para o tema.

O SR. – Quero falar para o padre que eu estive na Secretaria de Esportes no Governo e pensamos lá em fazer um cartão para todos os usuários dos clubes e do Centro Olímpico diretamente ligado ao cartão do SUS. Paguei cinco milhões para a Prodam e não fizeram.

O SR. PRESIDENTE (Anibal de Freitas) – Mas o padre deu hoje uma ideia... Qual é o país? A Estônia. Legal.

A SRA. – Mas a gente não pode esquecer que se ele gastou cinco milhões só para a Secretaria de Esportes, o Ministério da Saúde gastou bilhões nesse cartão SUS, todos nós estamos cadastrados. A abertura, eu disse na abertura, foi uma discussão desde a oitava

conferência, desde que surgiu lá em 1990 a Lei da Saúde. Todos nós temos cadastro, o problema é integração e TI é o que não falta, porque o dinheiro que esse povo gasta com TI, gente, é algo absurdo. Então é assim, falta vontade política. Se você pudesse sugerir ao novo Presidente, se é que vai ter, se é que não vai ter, que já comece por aí, o cartão nacional do SUS, para que possa ter o controle de todos aqueles que estão doentes, não os que estão saudáveis.

O SR. PRESIDENTE (Anibal de Freitas) – Perfeito. Então vocês estão vendo que os temas são polêmicos. A saúde realmente é muito importante. Educação também, porque Educação e Saúde correm juntos. Tanto se fala, tanto se fala, mas nada fazem. Mas isso é outro tema, mais para frente.

O SR. WADIH MUTRAN – Sr. Presidente, eu estava aqui ouvindo, uma senhora dali está falando que é falta de vontade política. Eu gostaria que ela esclarecesse melhor isso e o que está faltando politicamente eu quero colocar, porque nós não deixamos faltar nada, nenhum político aqui da Câmara Municipal tem vontade de deixar alguma coisa, em especial na Comissão de Saúde. Então eu gostaria da sua ajuda...

O SR. PRESIDENTE (Anibal de Freitas) – Vereador Wadih Mutran, isso aí foi num contesto geral, porque estávamos falando de SUS, em termos de Governo nacional, porque aqui na Casa, eu já falei outras vezes...

O SR. WADIH MUTRAN – Ela falou que está faltando vontade política.

O SR. PRESIDENTE (Anibal de Freitas) – Mas não é a nossa, é de maneira geral.

O SR. WADIH MUTRAN – Eu quero que ela oriente de maneira geral o que é. Eu quero aprender e quero resolver.

O SR. PRESIDENTE (Anibal de Freitas) – Posso não fazer o diálogo sabe por quê? Porque nós só temos um minuto. Vereador Wadih, me perdoe, porque você é um grande mestre, mas devo falar a vocês que se tem uma Comissão que funciona, uma Comissão atuante é a Comissão de Saúde. Todos nós, dela faz parte o Vereador Wadih Mutran também,

o Vereador Calvo, que está com um problema com a neta dele, nós trabalhamos muito, nós vamos na Cracolândia, nós vamos nas UBSs, nós vamos nos hospitais. Inclusive daqui a pouco começa a Comissão de Saúde, não sei se nós vamos ter a presença, e às 13h30 teríamos uma audiência pública que o Vereador Calvo marcou, sobre o Hospital São Luís Gonzaga. Não sei se vai ser realizada, mas já ligaram para mim dizendo que sim. Mas nós fazemos a nossa parte. Por isso que o Vereador Wadih Mutran fala o que fala. Nós fazemos sim, se pensar que nós não somos atuantes, somos sim. Gostamos até de cobrar os conselhos de saúde, tem várias pessoas que são dos conselhos de saúde, às vezes o conselheiro de saúde não vem aqui prestigiar as aulas que estamos tendo aqui. A literatura da parte de saúde que está tendo aqui e as pessoas às vezes, por outras convicções, sem ser de saúde, porque às vezes a pessoa é conselheira de saúde por ser, esquece do tema que ele está exercendo, os problemas de cada região. Mas, tudo bem, seres humanos são seres humanos não sei se o padre depois explica isso. Um dia ele vem fazer uma palestra a respeito disso, dessa máquina maravilhosa que Deus criou, que é o homem.

Mais uma vez agradeço a todos os membros da Mesa, a todos os nossos convidados e daqui a 15 estaremos aqui novamente.

Dou por encerrada a reunião de trabalho da Subcomissão de Medicalização, que faz parte da Comissão de Saúde, Mulher e Trabalho. (Palmas)



FL. Nº
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

SUBCOMISSÃO DE MEDICALIZAÇÃO - COMISSÃO DE SAÚDE

PRESIDENTE: ANIBAL DE FREITAS

TIPO DA REUNIÃO: ORDINÁRIA

LOCAL: CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

DATA: 18 DE MAIO DE 2016

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Exibição de imagens

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Bom, prezados amigos, bom dia.

Vamos dar início aqui a uma sessão, a uma reunião de trabalho, na verdade, com a presença dos Vereadores Vavá e Aníbal de Freitas - que vos fala. Como não temos quórum, vamos fazer uma reunião de trabalho.

Na qualidade de Presidente da Subcomissão de Medicalização, constituído no âmbito da Comissão da Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, declaro abertos os trabalhos desta reunião ordinária de 2016.

Informo que esta reunião está sendo transmitido através do portal da Câmara Municipal de São Paulo, no endereço www.camara.sp.gov.br, *link* Auditórios On-line.

Informo também que essa reunião tem o seguinte tema: Avaliação de novas tecnologias em saúde e a inclusão de novos medicamentos.

Vou compor a Mesa: Dra. Eliane Cortez, Farmacêutica, representante da Diretoria do Conselho Regional de Farmácia; Dra. Karin Sasaki, advogada do CRF; Sra. Sandra Aparecida Jeremias, Coordenadora da Comissão Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; nossos palestrantes: Dra. Ana Luiza Chieffi, Doutoranda da Faculdade de Medicina da USP; Dr. Suel Abujamra, uma pessoa amiga, um dos maiores oftalmologistas do País.

Dr. Suel, nosso grande Abril Marrom já foi promulgado - não sei se já falaram para o senhor. Felizmente, que coisa linda, muito, muito bacana!

Bem, caros convidados, então vamos começar com nossas palestras. Como já disse, o tema de hoje é: Avaliação de novas tecnologias em saúde e inclusão de novos medicamentos. Vou pedir para a Dra. Sandra Aparecida Jeremias, por gentileza, se quiser ocupar o púlpito ou se quiser falar daí, à sua escolha.

Vamos lá, pessoal.

A SRA. SANDRA APARECIDA JEREMIAS - Bom dia.

Apesar do dia chuvoso, que bom que há algumas pessoas aqui para a gente

discutir esse tema tão importante.

Eu sou farmacêutica, trabalho na área técnica de assistência farmacêutica da Secretaria de Saúde Municipal, e coordeno a Comissão Farmacoterapêutica, que é responsável pela seleção de medicamentos no âmbito da Secretaria. Nós elaboramos nossas listas oficiais de medicamentos da Rede de Atenção Básica e de Especialista, também do âmbito dos hospitais, prontos-socorros, SAMU e também da lista oficial de odonto da Secretaria.

Tão importante quanto falar do processo que utilizamos para a seleção de medicamentos é fazer uma reflexão sobre esse tema. Por que é necessário fazer uma seleção de medicamentos, uma vez que se entende que o que está comercializado no mercado passou por uma regulação da Anvisa – está registrado, comercializado. Então por que uma secretaria de saúde precisa fazer uma seleção disso que está disponível? O pano de fundo é uma questão que vem vindo de longo tempo, desde a industrialização, na verdade, onde a indústria farmacêutica se tornou imensamente poderosa.

Temos um resumo do que vamos falar, abordar, sobre como o medicamento, como 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 a medicamentos, em termos de uso racional de medicamentos, e um grande impacto nos cofres públicos. Vamos mostrar alguns dados sobre isso. E como que nós, do SUS, temos que promover estratégias para enfrentamento dessas questões.

Vou falar um pouquinho também sobre como a nossa Secretaria organiza a Comissão Farmacoterapêutica, como ela trabalha.

- Oradora passa a se referir a imagens em telão.

A SRA. SANDRA APARECIDA JEREMIAS - 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. Lógico, quando você desenvolve um produto farmacêutico, existe também a intenção de dar conta de uma demanda legítima. Mas, antes de mais nada, o que motiva a indústria a produzir ou não, desenvolver ou não medicamento, é se vai vender. Se não for vender, não interessa. O maior exemplo disso é o esquema para tuberculose, que é o mesmo desde que existe. Isso mostra como as doenças de alta prevalência, mas que são doenças de terceiro mundo, do mundo em desenvolvimento, não motivam tanto as pesquisas. Agora, os anticorpos monoclonais, os biológicos, que são extremamente custosos, estão em pleno desenvolvimento. Então esse tipo de característica tem uma alta influência naquele que serve de meio para chegar isso à população. E quem seria? O prescritor, o médico, que é o grande veículo do consumo de medicamentos. Existem os que são livres de prescrição, óbvio, mas entendemos que a prescrição médica é altamente influenciada por esse panorama. Isso leva a práticas de profissionais – odontólogos, médicos e farmacêuticos, da equipe da saúde em geral – ter uma influência em relação à propaganda, ao *marketing*. Então o nosso medicamento é bem de consumo e é mercadoria. É também um bem social.

Esse slide mostra como a indústria farmacêutica evoluiu no nosso país. Apesar de todas as crises, ela só vem crescendo. Tem aí o ranking dela. Hoje ainda é o sexto mercado mundial. O Brasil é um grande mercado de medicamentos. E esse tema nasce nessa subcomissão como a discussão da medicalização. Esse é o nosso pano de fundo que leva a essa importância discussão. Então é importante que consigamos trazer cada vez mais pessoas para formar uma massa crítica em relação a isso, porque eu creio que um importante foco de mudança é o comportamento da própria população em relação a isso, porque vocês sabem que quando alguém vai ao médico e ele não prescreve, a pessoa não sai com uma receita da consulta, geralmente o médico é muito mal avaliado, porque nem toda situação requer medicamento. Existem “n” situações que requerem outro tipo de abordagem. Então acho que temos de trazer muita gente para essa discussão, de modo a formar uma massa crítica em

relação a isso.

O remédio, como um bem de consumo, segue as mesmas regras de qualquer mercado de consumo. O mercado de consumo consome quem pode, não é assim? E hoje temos no mundo dois bilhões de pessoas sem acesso a medicamentos considerados essenciais. Então, embora haja muito consumo, ele está concentrado numa pequena parcela da população mundial. Isso acontece aqui, acontece em qualquer parte do mundo.

O gasto público de 25% a 70% das pessoas é muito impactante. O gasto público com medicamentos, em países em desenvolvimento, é muito maior do que nos países desenvolvidos, exatamente por essa influência do marketing da indústria farmacêutica, e, muitas vezes, por falta de estratégias desses países em fazer uma seleção adequada.

Existem mitos em relação ao medicamento, como existe em qualquer mercadoria. Com a mercadoria é assim: a nova é melhor do que a antiga, né? Celular não é assim? Equipamento eletroeletrônico não é assim? E com medicamento também é assim. As pessoas pensam que, quando existe um lançamento no mercado ele é necessariamente melhor do que o antigo. Então a gente ouve, muitas vezes, “Puxa, mas a lista da Prefeitura só tem medicamento velho”, “não tem lançamento, não tem um moderno”. Eu acho que, em relação a isso, a gente tem que tomar muito cuidado, porque nem sempre um medicamento novo de fato significa uma inovação em benefício da saúde das pessoas.

Essa tabelinha que eu vou resumir é um estudo de uma revista francesa muito séria que estuda essa questão de inovação e tecnologia, que ela analisou, por 20 anos, o mercado francês, que tem um comportamento muito parecido com o nosso. Só para resumir: houve 2.871 novos lançamentos nesse mercado durante esse tempo. Ali, “bravo” é uma cotação que significa que, de fato, aquele medicamento significava uma inovação, um benefício. Então, de 2.871 produtos, apenas 7 tinham essa categoria. A maior parte era “eventualmente útil”; quase 2 mil produtos não representavam nenhuma inovação; alguns eram até inaceitáveis. Então, embora esse quadro represente um estudo que terminou em 2003, ele continua muito atual.

As informações confiáveis sobre determinado produto só são plenamente conhecidas depois de um tempo grande em que aquele produto foi utilizado, comercializado. Então, a Organização Mundial da Saúde considera que um produto é plenamente conhecido quando tem pelo menos 10 anos de comercialização, principalmente em termos de segurança.

Não vou me ater a isto, mas este quadro mostra quais são as fases de desenvolvimento de um novo produto. Há a fase em que se estuda em animais, em que se verificam questões de segurança; depois, há a fase de eficácia e segurança, e há a fase 4, dos estudos pós marketing. Esses, de fato, são importantes, porque durante as fases 1, 2 e 3, principalmente nas fases 2 e 3, as condições de teste do produto são completamente controladas. Não se convoca gestante nem criança nem idosos para esses testes. Os indivíduos que participam dos estudos clínicos não utilizam outros medicamentos, somente o medicamento em teste. Vejam como isso é diferente das condições reais de uso de um produto. Somente quando o produto já está comercializado é que se sabe sobre as interações medicamentosas, de indivíduos com várias comorbidades utilizando-se do produto. Por isso, um produto precisa estar no mercado há muito tempo para que possamos conhecê-lo profundamente.

Essas distorções no uso nos mostram que, durante os últimos anos, vários fármacos que foram 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. Temos “n” exemplos disso acontecendo sempre. Acompanhamos a literatura internacional a todo o momento e vemos que determinado produto que todo mundo achava maravilhoso é obrigado a ser retirado do mercado exatamente por esses estudos pós marketing.

Falhas no tratamento, ou seja, quando o tratamento não é bem indicado, levam a um grande custo social e também para o sistema público de saúde. Porque, se ele não está bem indicado, você não vai ter aquela situação de doença controlada. Aí, o paciente volta ao

serviço de saúde. Ou, ainda, ele piora, exigindo-se uma internação. Então, são várias as consequências desse uso inadequado.

As reações adversas que são observadas, decorrentes do uso de medicamentos, podem ter desde leve intensidade até a letalidade. Isso gera custos e um custo social muito grande com hospitalizações, incapacidades e até morte. No Brasil, não temos ainda, organizado, um sistema de vigilância que nos permita identificar coisas desse tipo no caso de uma internação. Existem os hospitais sentinela que estão fazendo um trabalho nesse sentido, mas isso ainda é meio incipiente em nosso país. Porém, nos Estados Unidos – onde se adoram as estatísticas, onde há estatística para tudo -, já conseguimos dados que dizem que a letalidade por reações adversas a medicamentos pode alcançar 5% dos indivíduos acometidos. Cerca de metade desse número morre e 61% são hospitalizados por reações adversas, em pacientes com 60 anos ou mais. Isso porque o paciente usa mais medicamento, eventualmente já tem alguma insuficiência renal ou hepática. Esse problema é muito mais grave nos indivíduos idosos.

Alguns estudos mostraram que cerca de 4% das admissões hospitalares nos Estados Unidos são devidas a reações adversas. Na Europa, estima-se que de 3% a 8% de admissões hospitalares são consequentes de reações adversas. Esse número pode chegar a 17% quando se trata de paciente idoso. Já a incidência de reações adversas em pacientes hospitalizados atinge a casa dos 20%.

Então, nem em um ambiente hospitalar, que é basicamente controlado, estamos livres desse tipo de coisa. Por isso é que no Brasil está-se desenvolvendo muito a farmácia clínica, que é o acompanhamento do farmacêutico na questão do uso dos medicamentos. Tendemos a achar que o uso de medicamentos é de conhecimento pleno da equipe médica, mas, infelizmente, não é assim. Principalmente na rede de atenção ambulatorial, quando o indivíduo passa em diversos especialistas, um não sabe o que o outro prescreveu. Aí, quando vamos verificar todos os medicamentos que esse indivíduo usa, muitas vezes um prescreveu o

mesmo medicamento que o outro, e o paciente por vezes está tomando marcas diferentes do mesmo princípio ativo, promovendo uma sobrecarga de dose desse princípio ativo absurda. Isso também acontece no ambiente hospitalar, infelizmente. Então, a farmácia clínica precisa ser muito desenvolvida no nosso país para que se evitem ou se minimizem esses efeitos do uso indevido de medicamentos.

Essas são as fontes das informações.

Em termos de gastos públicos, o medicamento representa o segundo maior gasto do orçamento do sistema de saúde, só perdendo para recursos humanos, segundo a Organização Mundial de Saúde. Obviamente, isso vai variar de país para país, mas entendemos que esse dado também representa a nossa realidade.

Aqui está demonstrada a evolução do mercado farmacêutico no Brasil de 2003 a 2011. As colunas azuis representam o montante de vendas em reais; as vermelhas, em dólares; e as bolinhas azuis representam as unidades farmacêuticas, em caixas. Vemos que é uma indústria que nunca perde, que só tende a crescer.

Aqui é um dado do Ministério da Saúde, nesse mesmo período, que mostra a evolução dos gastos com medicamentos. Em 2011, estava por volta de 7,5 bilhões. Então, é algo muito representativo que mostra como o nosso dinheiro está sendo gasto e qual é a efetividade desse gasto em termos de saúde pública.

Essa linha amarela mostra o gasto total em saúde e, em paralelo, o gasto, no mesmo período, com medicamentos. Vemos que, cada vez mais, o gasto com medicamentos está mais significativo do que o gasto com saúde. É, então, um gasto que representa um percentual cada vez maior do que o gasto em saúde.

Em resumo, quando os produtos farmacêuticos estão disponíveis, eles frequentemente são utilizados de forma incorreta. Muitos países gastam de 30 a 40% de seus orçamentos em saúde com medicamentos e muitos gastos são efetuados com fármacos ineficazes, não seguros ou inapropriados. Reverter essa situação é hoje um dos mais

complexos desafios dos cuidados e saúde. Isso foi dito em 2004. Será que mudou? Doze anos depois, esse *slide* continua atual.

Diante disso, que estratégias o SUS tem que dispor para enfrentar essa situação? A adoção de listas oficiais de medicamentos é uma das estratégias, e vamos mostrar também algumas estratégias internacionais e nacionais.

A Organização Mundial da Saúde propõe que os países estabeleçam comissões de farmacoterapêutica ou comissões de farmácia e terapêutica – esse nome varia, mas quer dizer a mesma coisa – para a seleção dos medicamentos com critérios de segurança e efetividade e a elaboração de listas oficiais é uma das diretrizes da nossa Política Nacional de Medicamentos, de 1998. Percebam, então, o quão recente é essa política nacional que segue essa diretriz, que é muito importante.

O fato de existir uma comissão que elabore uma lista oficial é um instrumento de racionalização do uso de medicamentos, porque ela vai ser a diretriz de base para os prescritores do SUS.

Vantagens do trabalho com uma lista padrão de fármacos: oferece 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; permite 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.

Uma ressalva: nós temos uma lista, assim como a maior parte dos municípios, baseada na Rename, que é a lista nacional. A lista municipal difere por conta das necessidades das diferentes regiões do Brasil. Uma cidade como São Paulo necessita de uma complexidade muito maior do que a própria Rename oferece, mas o fato de haver uma lista oficial garante até em termos o uso racional, porque há medicamentos na lista que são seguro

e eficazes, mas precisam ser bem indicados. A lista por si só não garante o uso racional de medicamentos; ela promove, mas não garante que aquele medicamento da lista seja bem-indicado. Constatamos na lista, por exemplo, abuso de consumo de Omeprazol e até de antidepressivos, o que é um absurdo.

A lista, portanto, é um caminho, não é o fim dele.

A lista também facilita o fluxo de informação; o estabelecimento de educação para os médicos e outros profissionais de saúde e propicia melhores condições para ações de farmacovigilância, que é aquela vigilância que fazemos em relação a reações adversas, que são detectadas no uso dos medicamentos. Nosso sistema de farmacovigilância no Brasil também precisa ser bem melhorado, mas temos algumas ações e o fato de haver uma lista oficial facilita bastante esse trabalho.

A estratégia nacional também é a Conitec – Comissão Nacional de Avaliação de Tecnologias, sobre a qual a Ana vai falar depois.

A nossa comissão da Secretaria Municipal foi instituída por meio de uma portaria em 2002. Já está bem consolidada no seu trabalho e tem procurado melhorar sua atuação a cada ano. Formando essa comissão, há profissionais que trabalham nos serviços. Quando convocamos reuniões, esses profissionais saem dos seus locais de trabalho para participar. Não são membros que fazem somente parte da comissão, eles atuam como médicos, enfermeiros e dentistas na rede. Daí termos a representação de vários profissionais e de diferentes níveis de complexidade também. Há médicos do hospital e farmacêuticos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde, ou seja, há representação dos vários níveis de complexidade.

Essa comissão possui um caráter deliberativo, delibera ações e está subordinada diretamente ao Secretário de Saúde. Isso é muito bom porque dá certa independência de ação para a comissão.

O critério de trabalho da comissão é o que chamamos de saúde baseada em

evidências, ou saúde baseada em provas. Evidências são provas científicas de que o medicamento de fato tem segurança, eficácia e efetividade. Por isso, a nossa base de trabalho é a literatura científica. Não trabalhamos com material produzido pelo laboratório produtor do medicamento; vamos às bases de dados internacionais, americanas, australianas, inglesas que trabalham com literatura independente. Ou seja, são institutos de pesquisa que fazem estudos independentemente do financiamento da indústria farmacêutica. Procuramos, portanto, a melhor evidência possível para deliberar sobre um determinado medicamento.

A gente começa o nosso trabalho, a nossa lista já tem bastante tempo, antes disso a Secretaria já tinha listas de medicamentos, lógico que a prefeitura sempre comprou medicamentos, mas era meio na base do leilão. Quem quer isso, quem quer aquilo, então, quando a comissão foi instituída, a gente passou a fazer revisão dessas listas e elas começaram a ser elaboradas com base nas necessidades da atenção básica ou de hospital ou do Samu, enfim, e a gente trabalha com dados epidemiológicos.

É importante a gente dizer 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 isso que, por exemplo, medicamentos para doenças mais raras ou muito mais complexas e de alto custo, essa responsabilidade não é do município, é do governo do Estado, Por isso que nem tudo está na lista municipal porque a competência para algumas coisas do Governo do Estado e outros da União.

A gente trabalha com dados de segurança e de eficácia e efetividade dos medicamentos. Todo o medicamento oferece risco e todo medicamento oferece benefício. Cabe a nós técnicos avaliarmos o que está pesando mais na balança. Então, às vezes, o medicamento realmente é muito bom, é eficaz, mas oferece muitos efeitos colaterais, às vezes, muito graves. Então, para a nossa análise, a gente coloca na balança o que pesa mais: o risco ou o benefício? Porque todos os medicamentos mesmo aqueles que a gente compra na

farmácia sem receita oferecem riscos e benefícios. Nosso método de trabalho é assim: chega uma solicitação de inclusão, por exemplo. Essa solicitação é sempre feita por meio de um formulário, que vou mostrar e pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, qualquer usuário, qualquer indústria farmacêutica que seja. Então, a solicitação de inclusão de substituição ou de inclusão pode ser feita por qualquer cidadão.

A gente acata essa solicitação que tem de vir por escrito, discriminados os estudos que basearam aquela solicitação e a gente distribui isso para dois pareceristas da comissão que trabalham de forma independente. A gente normalmente dá um mês para eles fazerem os estudos, que seguem uma guia de estudos que também posso mostrar como que é feita. Então, seguem um padrão passo a passo. Em reunião a gente pede para essas pessoas apresentarem seus pareceres, às vezes, pode acontecer, dependendo da fonte que você usa, até ter uma distorção entre as conclusões dos dois pareceristas. Quando isso acontece, um terceiro parecer é elaborado, mas esses pareceres são discutidos em reunião e aí a comissão delibera.

Se forem necessários mais estudos, a gente parte para mais estudos. Esse é o nosso formulário de inclusão que está disponível na internet na nossa página eletrônica e depois posso deixar o endereço e isso está aberto a qualquer pessoa.

Só para vocês terem uma noção dos passos que são adotados para a elaboração de pareceres.

Tem uma questão que é adotada pela avaliação de tecnologia que é que população vai ser abordada; qual a intervenção que está sendo estudada; qual o comparador, o controle, o placebo ou outro medicamento para fazermos a comparação e quais são os resultados esperados.

Daí, partimos para descritos que são as palavras-chaves, as quais serão utilizadas para busca na literatura – é bem técnico, mas é para que tenham uma ideia de que usamos várias fontes como o *Nice*, o *Science*, *NPS*, *Cielo*, *Trip*, *Healphy Canada* e várias fontes de

informação, até que cheguemos numa conclusão a respeito do medicamento.

Também verificamos diretrizes clínicas utilizadas em outros países, daí, fazemos o estudo de preço por tratamento, assim como o do custo do tratamento, preço do medicamento, e deliberamos.

Resumidamente, esse é o método de trabalho da comissão.

Obrigada a todos. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Dra. Sandra.

É incrível: o medicamento hoje é o segundo maior gasto no mundo?

Só perde para o material bélico?

A SRA. SANDRA – Sim.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Que coisa! Nós estamos tomando bastantes remédios aqui.

Obrigado, Dra. Sandra.

A SRA. SANDRA – Eu que o agradeço.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – É muito útil.

Os dados são fantásticos. É bom que os convidados saibam para aonde vai isso.

Assustei-me com o fato de, em 2010, serem 7,5 bilhões gastos em compra de medicamentos. Imaginem, hoje, em quanto está esse valor.

Então, às vezes, não sei o que precisaríamos fazer. Depois, até vou perguntar o que fazer para tentar diminuir isso, racionalizar.

Sei que têm as listas dos medicamentos, mas não sei se isso é suficiente ou precisaria de uma conscientização, não só dos funcionários da área médica, mas, também, da população, porque alguns são com consultas e outros não. Eles vão até a farmácia e compram aleatoriamente, e, às vezes, não serve para nada. É ruim isso.

Tem a palavra o Vereador Vavá.

O SR. VAVÁ – Eu gostaria de agradecer a Dra. Sandra pela explanação, e,

também, ver se há possibilidade de ela deixar esse material com a nossa assessoria para darmos uma estudada melhor, com mais calma.

A SRA. SANDRA – Sim.

À disposição.

O SR. VAVÁ – Também sabemos que em cada casa existe uma farmaciazinha.

Eu estava brincando com o Vereador Aníbal: “Na minha casa tem duas farmaciazinhas”. É a forma como o povo se automedica. Cada um vai na farmácia, compra o medicamento que quer, vai trazendo, vai acumulando. Muitas vezes, há medicamentos vencidos que, por descuido, acabam tomando.

Também noto que por materiais e produtos médicos que entram de outros países via contrabando. Há muitos medicamentos caros que entram no país pelas nossas fronteiras e que também não estão catalogados. Não temos esse controle. Então, dá para sentir a gravidade do problema.

Mas quero agradecer, na pessoa da Dra. Sandra, toda a equipe da Secretaria Municipal de Saúde.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

A SRA. SANDRA – Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Vamos ouvir a Dra. Ana Luiza Chieffi, Farmacêutica.

A SRA. ANA LUIZA CHIEFFI – Bom dia.

Uma coisa interessante é que da outra vez em que eu vim falar foi sobre a judicialização. Estava um pouco mais cheio, mas deveria essa estar mais cheia.

O SR. PRESIDENTE – Não sei, não. É que foi difícil chegar aqui.

A SRA. ANA LUIZA CHIEFFI – Eu sei, estamos sem ônibus. Vim a pé grande parte. Mas é que esse tema...

O SR. PRESIDENTE – É. Além disso, o Vereador Vavá que é o Relator da nossa

Subcomissão, responsável pelo transporte público, proibiu a gente de andar hoje? Judiaram.

A SRA. ANA LUIZA CHIEFFI – Esse tema é importante. Isso é saúde pública, política pública. Queremos dar o melhor tratamento para o nosso paciente, para a nossa população. É isso: a conscientização.

A incorporação é um pedacinho do uso racional. Temos que fazer a conscientização da população, da classe médica, das escolas médicas, dos hospitais, mas a incorporação é uma delas.

Bom dia. Sou Ana Luiza, Farmacêutica de formação. Trabalho no Estado, na Vigilância Sanitária e estudo judicialização da saúde.

A incorporação vem muito com a judicialização.

A Dra. Sandra nos deu uma explanação muito boa sobre o tema que estamos tratando.

Eu vou focar mais na política de incorporação do Ministério da Saúde. Não trabalho no Ministério da Saúde, mas tudo o que vou colocar é público, do meu conhecimento, do meu estudo.

Mostrarei como acessar o site, como fazer para vermos as informações. Algumas informações são muito técnicas, mas eles têm colocado informações mais voltadas para a população.

As informações técnicas até eu que sou superintendida, não como a Dra. Sandra, tenho dificuldade para ler. Eles têm feito uma escrita mais simples para a população do porque incorporar ou não incorporar.

Não vou entrar na parte técnica, porque a Dra. Sandra nos deu uma ótima explicação de como incorporar.

A CONITEC trabalha, mais ou menos, igual, com as mesmas bases e com custo efetividade, comparando uma tecnologia.

Quando falamos em novas tecnologias em saúde, estamos falando de

medicamentos, exames, seringas, agulhas, tudo na área médica. Focamos no medicamento porque somos Farmecêuticas, mas tudo entra em novas tecnologias, tudo o que tenha uso no SUS, hospitais e clínicas. Tudo o que o SUS vai fornecer para o cidadão.

A CONITEC sempre compara o que está disponível para a população.

Então, falamos muito sobre a insulina no encontro passado. Ela vai comparar as insulinas que estão sendo solicitadas para a incorporação com as que estão no programa, que é de INPH irregular. Ela não vai comparar com outra insulina. Acho que é isso o que a Prefeitura faz também. A não ser que não tenha nada incorporado.

Daí, essa análise econômica é feita de forma diferente.

Sempre trago aqui a Lei 8.080, que traz o princípio constitucional do SUS, dentre eles a vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, para dizer que o SUS não é só assistência integral, mas, também, assistência terapêutica, inclusive, a farmacêutica, a qual está incluída no SUS desde o seu começo.

Pode passar, por favor.

Quando falamos de política de medicamentos, a Dra. Sandra falou também que a política nacional de medicamentos é de 98, ou seja, 10 anos depois do SUS.

Então, já teve um amadurecimento do Sistema Único de Saúde. Não começou aqui a política de saúde em medicamento. Ela começa em 70. Podemos fazer um histórico que não cabe aqui por falta de tempo, mas ela começa desde a Central de Medicamentos.

O Brasil tem se desenvolvido numa forma, não vou dizer, perfeita, mas há um desenvolvimento dessas relações de medicamentos desde 1970 ou 70 e poucos.

Poucos países no mundo falavam de Rename, e a gente já tinha a nossa com 500 medicamentos que estavam no sistema de saúde existente na época. Era a padronização dos hospitais do INAMPS.

A nossa política de medicamento é de 98. Ela traz como diretrizes: medicamento seguro, eficaz e de qualidade. Isso quer dizer medicamento de menor custo possível para as

três esferas de governo e de acesso à população.

Nas diretrizes, vou focar na Rename, é o que a Dra. Sandra falou, tem que fazer uma relação desses medicamentos, têm que ser estudados para dar à população. Isso porque do mesmo jeito que os medicamentos são benéficos, eles são maléficos. Uma simples aspirina, se pegarmos os efeitos colaterais, ninguém tomaria. É muito complicado mesmo, então, temos que saber o que estamos dando para a nossa população.

A Rename tem mecanismo para a redução de custo do produto, porque, quando se seleciona um medicamento para uma patologia, dentre os inúmeros existentes no mercado, é porque ele é mais seguro, eficaz, e se torna mais fácil de comprar porque se tem um rol de medicamentos. Você fará uma licitação mais bem feita etc. Tudo isso você irá pensar quando resolver incluir um medicamento no programa, nas nossas listas.

Para nós, que trabalhamos com licitação, fazer uma licitação de 10 itens, cada um com consumo de 10 é uma coisa; fazer uma licitação de um item com consumo de 100 é outra.

Então, temos que pensar no custo efetividade, como compraremos esse medicamento e otimizar.

Para isso é muito bom termos uma lista como a Rename, porque você consegue uma licitação melhor, com um preço melhor. Temos que falar de custos, sim. A vida não tem preço, mas temos que falar dos custos.

Pode passar.

Daí, temos um Decreto de 2011 que regulamenta a Lei 8.080, depois de 20 anos de SUS. Mas tudo é um processo.

O SUS está tão complicado que a última notícia que tive do Ministério da Saúde me deixou muito temerosa com o nosso direito à saúde.

Fui dar aula, no sábado, e disse que daria uma aula de história. Eu não tinha ouvido o Ministro da Saúde falar ainda. Mas ainda temos esse direito e não podemos perder isso de vista.

E o Decreto 7.508 delimita a assistência farmacêutica, diz como ela tem que trabalhar e tem duas coisas muito interessantes: cria Renases, não falamos disso aqui porque farmacêutico gosta de remédio, mas ela é uma lista de ações e serviços do SUS, a qual não tínhamos até então. Ele delimita o que o SUS pode usar em termos de medicamento, que é a Rename, quanto para as ações e serviços, para o resto.

Então, ele diz o que o SUS deve ou não pagar, até por uma questão financeira.

A gente já tinha Rename, ele amplia – aí há uma grande discussão se está certo ou errado – mas, ele amplia. A Rename não é só mais a relação de medicamentos especiais, mas é a relação de tudo o que o SUS fornece. Aí é outra discussão. Temos várias críticas a isso, mas o que é interessante é que esse decreto fala que a Rename tem que ser revista a cada dois anos. A gente não tinha isso, então, a cada dois anos você vai ser obrigado a ter uma nova revisão da Rename. Isso era muito legal, porque a gente tinha revisão da Rename a hora que dava tempo, não sei como era. Agora, a cada dois anos você tem que ter uma publicação nova da Rename.

E daí, o que eu vim falar na verdade é sobre essa outra legislação. Quer dizer, na verdade, eu vim falar da Conitec, que é a comissão criada com essa Lei 12.401, que altera a 8.080 também e diz como tem que ser feita a incorporação no SUS.

A Sandra falou como é no Município de São Paulo. Eu vou falar como é no Federal. Cada município pode ter sim a sua incorporação e cada estado também, mas você tem a incorporação no âmbito federal, que também orienta todos.

Pode passar, por favor. Não vou ficar lendo, ponho os *slides* mais para depois, se alguém quiser consultar e quiser ter isso, é para ficar mais fácil. Então, a 12.401 delimita o que é assistência farmacêutica, como vai trabalhar, porque a assistência farmacêutica tem que trabalhar com os protocolos padronizados pelos governos ou pelos entes federal e estadual.

A assistência farmacêutica, por exemplo, não pode usar remédio, medicamento que não seja autorizado pela nossa Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nem precisaria falar isso, porque a gente tem lei falando isso, mas foi necessário falar de novo. Tem a 5.991, de 70 e pouco, que já falava isso. Mas, ela enfatiza isso: não pode ser utilizado no SUS medicamento que não tenha sido aprovado pela Anvisa.

Pode passar, por favor. E ela traz também quem vai fazer a incorporação, que é

essa Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, que é a Conitec. A Conitec, a partir de 2011, é a comissão que vai propor a incorporação e a exclusão também de itens.

Pode passar. A Conitec traz agilidade e transparência para o processo e eu vou explicar por que.

Passa o próximo. Vou explicar por que. A lei cria a Conitec, depois vendo as normas da Conitec, ela tem um rito de incorporação de droga. Então, você pode pedir a incorporação, não é tão simples como na Prefeitura, com um formulário. Você tem que apresentar os estudos, mas qualquer entidade pode fazer isso. pode ser a sociedade civil, pode ser a sociedade médica, pode ser a indústria farmacêutica, sim. Podem ser as secretarias municipais e estaduais, pode ser a Câmara dos Vereadores, qualquer um pode ir lá. Ela é mais complicada do que na Prefeitura, você tem que apresentar os estudos, mas qualquer pessoa pode fazê-lo. Não tem restrição e tem prazos, tem ritos. Entrou o pedido, ele será analisado. Está conforme precisa a documentação toda correta? Ela tem, sei lá, eu não lembro direito, mas acho que são 90 dias para a Conitec avaliar com mais 90 dias. Então, no máximo, seis meses, três, seis.

Depois, a Conitec dá o parecer “sim” ou “não”. Se for “sim”, ela terá tanto tempo para incorporar e tanto tempo para fornecer para a população. Então, tem rito e rito certo, prazo certo. E, se passar desse prazo, o item automaticamente é incorporado. Ainda não vi nenhum passar. E isso é agilidade. E quanto à transparência, a Conitec trabalha com consulta pública. Todo item analisado passa por consulta pública. Então, é publicada no Diário Oficial da União uma consulta pública para qualquer um dar o seu parecer, falar se concorda ou não concorda. Qualquer um pode entrar na consulta pública e dar a sua recomendação. E ela analisa depois essas recomendações da sociedade civil, sociedade médica que as pessoas fazem e depois ela emitiu novo parecer podendo concordar ou não com essas recomendações e dizendo o porquê. Isso está tudo no site, o Alan deixou o site aqui e vamos entrar, vou mostrar onde consultar isso. Está tudo no site. A gente consegue entrar lá e ver cada item que foi solicitado, como foi solicitado. Daqui a pouco a gente entra, deixa eu terminar a apresentação, depois a gente entra.

Por quem foi solicitado, e qual é o parecer da Conitec (?) em que momento ele está e se muda o parecer e ele põe outro porque pode mudar depois da consulta pública e se for uma questão muito complicada tem uma audiência pública com as pessoas em plenário. Esse

é o rito da Conitec, ela ficou mais ágil e transparente.

Uma incorporação que a gente não sabia exatamente como era feita de que forma com que metodologia hoje ela é transparente e ela tem rito. O trabalho da Conitec é espelhado no trabalho do sistema de saúde inglês. Tem um comitê lá na Inglaterra, que tem um sistema único de saúde também que nem o Brasil, é universal. Também não é tão universal quanto o Brasil porque estrangeiro não pode usar, mas ele é universal para toda a população, é um sistema muito bom, um dos melhores do mundo, e tem uma agência incorporadora de drogas que está há décadas trabalhando com isso, até foi citado na outra apresentação. E a Conitec espelha no Nice (?).

Lógico, não é perfeita, ela está aí há dois ou três anos, tem muito o que evoluir, mas foi uma evolução para o SUS. Quando a gente volta a falar de política de assistência farmacêutica a gente vê que a Conitec é inserida na política de assistência farmacêutica porque nada mais é que a nossa política nacional de medicamentos, ela é o uso racional do medicamentos através de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Tem de ter uma avaliação tecnológica de saúde, do item que será incorporado. Então, a Conitec vem ao encontro com a nossa política. Nada mais é para dar acesso a medicamento de qualidade seguro e eficaz e gratuito porque está no SUS. Você tem de ter uma metodologia que avalia e comprova os quesitos de segurança, eficácia, indicação para poder incorporar.

Como se operacionaliza hoje a nossa política? Ela tem os componentes que são o componente básico estratégico especializado que são definidos pelo Ministério da Saúde, são pactuados nas três esferas – município, estado e o ministério. Cada componente é de uma forma. O básico você tem uma lista da renome, mas o município ele pode incluir alguns itens. O estratégico já é uma lista fechada, que é para as doenças endêmicas que o Ministério da Saúde tem um olhar diferenciado para Aids, tuberculose, para a leishmaniose. Então, ele já traz o componente escolhido, ele faz a seleção e compra e manda para gente, o estado manda para o município e o especializado são esses medicamentos que tem esses protocolos clínicos.

O paciente não retira só o medicamento, o médico tem de seguir o protocolo clínico, o Ministério da Saúde protocolo. Daí tem a pactuação, alguns o Ministério compra, mas a dispensação é do Estado. Você tem além disso os protocolos estaduais e municipais e a oncologia que é tratada integralmente. O paciente não vai lá é pega um remedinho, ele tem de ser tratado para poder ter aqui a radio. Fora isso tem a padronização hospitalar.

Então aqui é o site da Conitec. Chamada de consulta pública, está vendo? Crossing corneano para ceratose fumarato de metila, ceratocone. É um protocolo que eles estão propondo, já tem uma consulta pública. É a primeira coisa do site. Então você consegue, ou seja, se alguém tem interesse, entra no site e deixa seu parecer.

Por exemplo: fluxo para incorporação. Tem um fluxo bem definido. Vocês estão vendo? De como você entrar com o pedido, o quanto tempo passa. É tudo definido. É tudo certo. Não tem surpresa. A surpresa incorpora ou não incorpora, mas você não tem surpresa de esperar ou não: “Será que vai?” Não. Ele tem um fluxo. Passa por uma análise dos ‘pareceristas’, da mesma forma que a Sandra falou, mas não são duas ou três pessoas. É um grupo espalhado pelo Brasil inteiro. Cada estado tem alguns, não tem nada a ver com Secretaria Estadual. São comitês que a própria Conitec contrata, mas não necessariamente são públicos.

Por exemplo, aqui tem o pessoal do Oswaldo Cruz que o pessoal emite pareceres, é quem entende de incorporação, não é muita gente que entende disso no Brasil. São super poucas pessoas, mas quem entende é especialista. Achei incrível vocês fazerem com gente da rede. Nós, que estudamos isso, eu mesma não consigo fazer um parecer. É muito difícil. A leitura é muito complexa você entender, é muito difícil mesmo. Mas dá para fazer. E daí tem todo um fluxo.

O que eu acho interessante mostrar para vocês, para não me delongar pois sei que temos pouco tempo, é aqui: tem todas as recomendações. Está por ano: 2012, 2013, 2014 e 2015; ou por ordem alfabética, tipo: “Queremos saber se tem parecer da Conitec de

metilfenidato” – que alguns estavam estudando outro dia, já digo: não tem, já consultei. Ninguém pediu a incorporação do metilfenidato. Mas quando tem, daí você consegue ver o nome do medicamento, aqui o relatório e, por exemplo, ele está aguardando decisão do Secretário da CTIS que é a Secretaria, no Ministério, que faz a incorporação. Então tem a decisão do Secretário deles, que eu não sei quem é hoje. Que é do Ministério da Saúde.

Você consegue ler o relatório e ver em que pé está. Por ordem cronológica, por ano. Quando olhamos os anos, é nítido que só aumentou a incorporação. Nós analisamos, vemos o que tem – fiz isso no sábado com os alunos, estava dando aula de SUS e demos uma olhada rápida 2012, 2013 e 2014, 2015 e 2016 -, e percebemos que só está aumentando o pedido de incorporação. E é isso mesmo.

Não sei avaliar – preciso até fazer esse estudo – se está aumentando o número de incorporação, mas eu tenho um último slide com os dados de 2014 de quanto incorporamos. (Pausa) Vejam, em 2014 – a Conitec começou em 2011 – mas já tivemos alguns meses para nos organizarmos e ela começou a trabalhar no final de 2011, início de 2012. Então, 2012, 2013 e 2014, quase três anos, foram 57 pedidos de medicamentos, só. Lembrando a vocês que sou farmacêutica e só gosto de remédios, porque é minha linha de estudos no doutorado.

Então, 57 itens foram incorporados. É bastante. Não tínhamos tido uma incorporação tão grande. E isso só aumentou.

Bom, o que eu queria deixar para vocês, para que vocês entendam, é o rito da incorporação, o contexto foi dado pela minha colega; como é e hoje a gente tem uma política de que isso é um avanço. A política pode ser melhorada? Sim, mas ter uma política com esse olhar, com medicina baseada em evidência e analisando o custo e a efetividade é um avanço para o SUS.

É isso. Estou à disposição para discussão. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Ana, parabéns pela explanação. Duro são os nossos prazos. As duas palestras foram maravilhosas. Vamos tentar acertar uma, pelo

nosso tempo curto, apesar de estarmos quase chegando aos finalmente das reuniões da Subcomissão. É como sempre falo: quem vem, ganha; quem não vem, perde. São muitas informações, mas isso tudo vai fazer parte de um grande relatório. O Vavá, junto conosco, fará uma publicação muito gigante para elucidar, porque queira ou não, precisamos esclarecer a uma população sobre o que se passa na nossa cabecinha de fazermos essa medicalização doida. Que incrível.

Doutor Suel, por gentileza, solicito um comentário ou uma fala.

O SR. SUEL ABUJAMRA – Agradeço muito a oportunidade que o Vereador Aníbal me concedeu. S.Exa. fez uma mudança radical na Oftalmologia, na prevenção da cegueira. Conto mais tarde.

Quero, em homenagem às excelentes palestras da Dra. Sandra e da Dra. Ana Luiza, fazer não uma palestra, porque não tenho slides, mas um depoimento de um profissional que se dedica ao atendimento à população de baixa renda há 40 anos e oftalmologista há 59 anos.

Posso dizer que não sou um curioso na especialidade, porque fiz toda a minha carreira universitária na USP, me aposentaram, pela idade, como professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Fui Presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia da Sociedade de Retina e Vítreo, da Sociedade Latino-Americana e, agora, estou sendo homenageado pela Sociedade Panamericana de Retina e Vítreo, enfim, sou uma pessoa que tem uma história para contar sobre o problema do médico, do paciente, os recursos que ele tem para resolver o problema do paciente e as dificuldades que encontramos. Quer dizer, o nosso maior desafio é a doença. Temos de vencê-la. Existe a parte cirúrgica; a parte medicamentosa; a parte de exames, de equipamentos bons para bons diagnósticos também em oftalmologia. É uma especialidade muito aparelho-dependente.

Então, vivo nesse meio há 59 anos e nunca faltei a um Congresso Brasileiro de Oftalmologia. Já realizamos 60 congressos, sendo 22 só de prevenção à cegueira, quer dizer,

somos uma classe oftalmológica muito amante da profissão, claro que há exceções, como em tudo. Quando se vai a um congresso, encontramos de seis a sete mil congressistas e somos 17 mil no Brasil. Todo ano há congresso, assim como das subespecialidades. Somos 14 subespecialidades. A retina e vítreo, que é a minha, é uma delas, e há mais 14 subespecialidades.

Então a gente tem uma vida muito ativa no sentido de realmente resolver o problema da população e evitar a cegueira porque o custo humanitário da cegueira é a coisa mais violenta. Vocês podem imaginar a sua família lendo pra você, de um momento para o outro, e você ficar privado, não consegue ver nada? O custo humanitário é violento.

Tudo bem, mas ainda se fala em orçamento, em números, nisso e naquilo, mas 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, vejam estatística do IBGE e na Internet, metade tem deficiência visual.

Quer dizer, a nossa especialidade tem uma importância violenta, e nós realmente lutamos com dificuldade. Vou explicar pra Dra. Sandra e pra Dra. Ana Luiza, vocês mostraram tudo o que foi pensado, raciocinado, equacionado, escrito e publicado. Só que nós prestadores, que trabalhamos com a doença, e temos enorme dificuldade por causa da enorme burocracia. Não vou falar da Conitec, da Anvisa, da ANS, que falam em números e o nosso problema são as doenças.

No HC eu me dediquei à parte da retina porque eu gostava e, na época, o grande problema é que poucos cirurgiões sabiam colar retina. Retina descolada? Tem um colega nosso, o brilhante professor Dr. Sérgio Cunha - a quem sempre rendo homenagens, uma pessoa excepcional – o Sérgio veio de Boston fazendo colamento de retina. E eu pensei: caramba, eu quero ver isso, é muito bonito, grudei nele, mas não tinha o Departamento de Retina na USP. Ele fundou e eu entrei como seu assistente. O Sérgio ficava operando, vinha

gente do Brasil inteiro pra ele operar. E dentro do Departamento de Retina vinha muito diabético e eu queria, queria operar, queria operar, mas ele disse: eu fico operando e você cuida dos diabéticos. Comecei a cuidar dos diabéticos, fazia fotocoagulação, com uma luz muito forte de xenônio, e a queimadura na retina era grande, e a parte científica explica. Observava-se que os pacientes com cicatriz no olho, a retinopatia diabética não se desenvolvia muito. Então, o alemão inventou um aparelho pra fazer queimadura, e fico a fotocoagulação como tratamento para a retinopatia diabética. Só que eu tinha de fazer uma injeção, era um problema, e era um procedimento cirúrgico. Surgiu então o *laser*, e no Brasil ninguém queria saber, havia poucos Retinólogos. Eu pensei: gente do céu, precisamos evoluir, e eu acabei trazendo o *laser*. Nas minhas idas aos Estados Unidos, Europa, fiquei conhecendo a tecnologia e comecei a trabalhar. O Prof. Raul Cutait me convidou para criar o Departamento de Retina no Sírio-Libanês. Confesso que eu trabalhava muito, e ganhei muito dinheiro à época. Todo mundo quer ganhar dinheiro na vida, principalmente quando jovem. Foi em 1975 que eu trouxe o *laser*.

Em 76 o INAMPS me chamou e disse: você é o único *laser* do País, você precisa estender para o pessoal do INAMPS, para o pessoal pobre. Claro, não vou negar. Ficou uma situação... Eu atendia o pessoal privado e o pessoal do INAMPS, de baixa renda. Mas aumentou muito o movimento no Sírio-Libanês, não estava casando as coisas, eu precisava de espaço, precisava ampliar e então montei na Tamandaré, e foi crescendo também. Trabalhava muito, tal, tal, tal. Ai começaram a surgir tecnologias, equipamentos cirúrgicos, medicamentos e sempre a dificuldade nossa era a legalização desses medicamentos e também dos equipamentos.

Hoje vivemos uma situação em que a retinopatia diabética, e não só ela, mas a degeneração macular relacionada à idade, as doenças vasculares da retina, que mais causa cegueira, mudou radicalmente com o aparecimento de um medicamento antiangiogênico. Ele provoca a inibição do crescimento de vasos anormais, e até mesmo a sua involução deles.

Mudou então o panorama total. Cada vez mais procuramos fazer as injeções e menos *laser*. Só que as injeções têm um alto custo e a gente associa *laser* mais injeções. Só que as injeções, com todas essas siglas do Ministério da Saúde, elas não foram reconhecidas, não foram implantadas ainda no SUS.

Há a injeção do medicamento bevacizumabe, que é praticamente filho do avastin. Aí vem o eylea, que é outra linha, e está pra chegarem outros, mas não implantam no SUS. Então como é que fica? Os jovens que tem hoje retinopatia diabética tipo 1, ela vem de forma muito agressiva e é heroico o medicamento, só que o SUS ainda não o reconheceu. Não estou entendendo...

Hoje, lendo o jornal – e eu já passei por 19 presidentes da República e 49 ministros da saúde, nunca ninguém falou da prevenção da cegueira – o último ministro da Saúde já disse: epa, o SUS é muito grande, tem de diminuir. Isso é um absurdo, tem de expandir o SUS. Esse problema de financiamento, disso tudo, isso se resolve.

Vou falar agora do medicamento, e eu citaria: México, Colômbia, Peru, Chile, Argentina, nesses países o medicamento é dado à população. Os governos cobrem, aqui não cobre. Como é que faz? Fazemos na base da filantropia, fazemos o avastin. Está regularizado? Não está porque tem a Conitec e quais são mesmo as outras siglas? Tem a Anvisa, tem... Agora, o meu compromisso é com os doentes, vejo doença em minha frente, eu vou fazer o que eu sei de bom pra salvar a visão daquele paciente. Só que se eu for à *judicialização* das coisas, eu estou fazendo algo irregular. E *judicialização*, o que se gasta com isso, é uma fábula! Quer dizer, há uma receita, o juiz vê a receita e manda fazer. É o que a Dra. Sandra falou e nem sempre é o medicamento adequado, não tem nada a ver.

E há uma coisa que caminha em paralelo, um mercado de receitas e sentenças judiciais, que entra muito nas órteses e próteses, medicamentos especiais, que é coisa feia.

Eu represento a oftalmologia na Associação Médica Brasileira. Há a comissão de órteses, próteses e medicamentos especiais. Chegou uma hora, depois de seis anos de

reuniões - eu ia a todas - que eu falei: “Eu não vou mais”. Não chegam a um acordo, que é o interesse do fabricante. É o interesse do Governo em regular número, para poder pagar; e a população fica aí do jeito que está. Os senhores veem a situação que está a Saúde. Aí vem o problema da política. O Ministro da Saúde é indicado por interesses políticos. Não é o técnico que conhece. Numa hora, entra um, entra outro. Falei: “Meu Deus do céu, nada mais justo e nobre do que a campanha contra o Aedes Aegypti”. Mas se fizessem isso com a prevenção da cegueira, seria uma vitória para nós. Mas não se fala em prevenção de cegueira.

O Vereador Aníbal de Freitas, numa inspiração maravilhosa, criou o Abril Marrom. O pessoal do Norte está encantado lá. O Novembro Azul fala do diabetes. Então, aproveitam e fazem... Na diretoria do conselho brasileiro, o pessoal estava empolgado; mas será que vinga? O problema é a saúde. O maior patrimônio que se criou, nesta Constituição, foi o SUS. Nós temos que defender o SUS com tudo, com todas as forças, porque há a população pobre, coitada. Os que mais ficam cegos são os pobres, porque não conseguem chegar a nós em tempo hábil ou não são instruídos para isso.

Eu atendia ao Brasil inteiro no começo. “Agora é a regionalização”. Disseram: “Vai atender só ao Estado de São Paulo”. Aí daqui a pouco, com a regionalização, só vão atender a zona Norte de São Paulo.

Há uns dias, um garoto veio de Pindamonhangaba. Conhecem o nosso serviço. Vinham muitos pacientes de Barradas, no Vale do Paraíba. Então, naquela regionalização, Barradas foi conhecer o nosso serviço e nos deu uma região de Piracicaba, que atendia a 52 municípios e abrangia cinco milhões de pessoas. Nós temos um trabalho bonito. Aí mudam o Secretário de Saúde e a regionalização. Nossos pacientes ficaram órfãos, porque o problema é o seguinte: os serviços de média e alta complexidade, que resolvem e decidem a vida das pessoas - no meu caso, a visão - são muito poucos. O nosso serviço é disputado e o pessoal vem do Brasil inteiro para ficar conosco por três anos, para se especializar em retina. Nós temos o programa de residência médica também. A gente bate firme lá em cima, para ver o

que é mais adequado. Há várias técnicas cirúrgicas. Há, por exemplo, o descolamento da retina. Antigamente eu colava o descolamento com essa técnica. Aí surgiu outra técnica e mais outra. Então, vamos para outra técnica. Quando se começa a apreender que aquela técnica é realmente linda, maravilhosa e tecnologicamente perfeita, a longo prazo, os resultados não são iguais àquela técnica antiga. Então, eu insisto lá: “É a técnica antiga que tem que ser”; só que o SUS, por essa técnica antiga, paga 600 reais; e, pela técnica nova, paga 2.800 reais. Fica aquela coisa do estímulo financeiro pela tecnologia. É como a questão do parto: há o parto normal e o parto com cesárea. Agora felizmente acertaram agora. Houve um prestígio econômico para o parto normal. Sempre há aquele estímulo econômico daquilo que é mais complexo.

Em relação às injeções, o laboratório tem medicamentos. Vamos falar em glaucoma. Eu ia fechar o instituto. Não dava mais em 2013 e 2014, porque o que a tabela SUS não financia um serviço. Então, eu tinha que fechar. Aí surgiu a distribuição de colírios. Nós passamos a distribuir o colírio. Então, a gente compra o medicamento com preço bem baixo, bem mais baixo e, na distribuição de colírio, sobra uma receita. O fato de nós distribuímos colírios é o que está financiando o instituto. Não é o ato médico. A tabela SUS tem um procedimento. Ninguém quer fazer e eu insisto em fazer, porque eu acho um procedimento importante para a gente tomar decisão tranquila, se eu opero ou não opero a pessoa com catarata. Chama-se exame de potencial de acuidade visual, quer dizer, o quanto essa pessoa enxergaria caso operasse. Quer dizer, é um exame importante. Eu, para fazer esse exame, tenho que dilatar a pupila do paciente; e o médico, o tecnólogo tem que fazer o exame, para ver quanto chega a visão dele. Só nisso daí, eu gasto 17 ou 18 reais, quase 20 reais, entre o tecnólogo, o colírio, tudo; e o SUS me paga 3,37 reais. Agora não me interessa, eu vou montar o serviço. O serviço vai ser tocado plenamente com todos os critérios de bons resultados para os pacientes. Meu compromisso é com o doente que está na minha frente. Se eu vou ter que fazer Avastin, que não está permitido pela Anvisa, eu vou fazer, porque eu não vou ficar

também me submetendo só a cabeça de juiz. A verdade quem conhece sou eu; a classe médica. Então, nós temos um mundo de coisas aí penduradas. Vão mandar um equipamento... Quanto tempo demora para ele ser reconhecido pela Anvisa? Os medicamentos, até agora, não foram incorporados; e os laboratórios, se forem assim uma negociação: “Olha, nós vamos dar o lucentis e o ranibizumab para toda a população”; reduzem esse medicamento para dez ou vinte por cento do valor, por incrível que pareça, Fui distribuir o colírio. Há o colírio mais caro para glaucoma, que é o xalatan. No mercado, está com preço alto. Lá no fim, houve um acerto, que a gente pode distribuir esse medicamento para toda a população. Para o laboratório, se compram estoque grande, consegue-se reduzir o valor. Tudo é questão de negociação entre o fabricante, a classe médica e o Poder Público, para tornar viável, sempre focando que o resultado tem que ser positivo para o doente, e tudo existe para beneficiar o doente. Com todo respeito, acho que a Conitec está perfeito. Como a Dra. Sandra falou, é risco benefício. Temos que pensar também no dano benefício, porque, muitas vezes, a gente vai entrar num procedimento cirúrgico pode provocar uma iatrogenia. Então, têm que investigar isso tudo. Então, tem que haver um amadurecimento. E como se consegue esse amadurecimento? Existe uma distância grande entre o Ministério da Saúde e as universidades.

Quem pode falar, na verdade, são as universidades, que têm uma força-tarefa e um corpo grande de pesquisas muito bom.

Não há um ordenamento: “Vamos pesquisar isso aqui”. Quer dizer, não há uma linha de pesquisa da universidade de interesse do Ministério da Saúde, um ordenamento de pesquisa científica para poder beneficiar a população.

Quando se fala em estatística, segundo a OMS, se você procurar a epidemiologia da Organização Mundial da Saúde, não há um estudo epidemiológico do Brasil, das várias doenças; o que tem são uns trabalhos esparsos. “Ah, em tal cidade foi feito e se encontrou tantos por cento de diabetes”. Por exemplo, em São Paulo, foi feita uma pesquisa e dá, mais ou menos, 9,6% de diabéticos; Brasília tem 5,5%. Mas não há um projeto de conhecer o

inimigo, que é o diabetes, e não só na retinopatia, mas na parte renal, de cardiopatia, neuropatia.

Tudo se consegue fazer, porque há força-tarefa suficiente para o País, há dinheiro suficiente; é questão de equacionar, reunir o fabricante, o que ele tem de ganhar para poder pagar todas as suas despesas.

O custo do *ranibizumabe*, se aprovar nos Estados Unidos, por causa de todas essas clínicas que trazem a pesquisa baseada em evidência: 300 milhões de dólares. Ele tem de pagar essa conta, por isso que o medicamento sai caro. Por exemplo, se vamos distribuir medicamento para toda a população, muda o assunto: o valor cai lá embaixo. O que importa para ele é o pacote do dinheiro. Então, dá para resolver. Isso também em todas as outras áreas, para resolver o que é melhor para a população, mais em conta, porque o laboratório tem de ter um compromisso social com o país para o qual ele vende. São multinacionais que vêm aqui, vai acolá, mas têm de ter um compromisso social para tornar os medicamentos viáveis.

Acho que me estendi muito. Mas acho que é um desabafo de quem trabalha com isso há 40 anos.

Obrigado. (Palma)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Dr. Suel, para ouvi-lo nós precisaríamos de um dia inteiro e, acho, que mais outro. Realmente é uma história; em breve, o senhor se tornará um cidadão paulistano.

Não há coisa mais cruel e o que tenho mais medo é da cegueira. Não tenho vergonha em falar. Por isso, é muito importante valorizar as pessoas que combatem isso. Então, sou fã incondicional do Dr. Suel. Estamos juntos! Vamos ajudar esse povo todo.

Meus amigos, agradeço a presença de todos, os nossos convidados. Realmente foi uma pena porque há muitos conselheiros de saúde que vêm de outras regiões, porque são palestras maravilhosas, mas hoje não deu. Sem problemas, vamos seguir em frente.

Nada mais havendo a tratar, estão encerrados os trabalhos.



FL. Nº
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

SUBCOMISSÃO DE MEDICALIZAÇÃO DA COMISSÃO DE SAÚDE,
PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

PRESIDENTE: ANÍBAL DE FREITAS

TIPO DA REUNIÃO: Reunião Técnica
LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo
DATA: 01/06/2016

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Orador não identificado
- Intervenção, expressão ou palavra ininteligível/inaudível

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Bom dia a todos. Aberta os trabalhos, com a minha presença e a do Vereador Vavá, o Relator desta subcomissão.

Na qualidade de presidente da Subcomissão de Medicalização, constituída no âmbito da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, declaro que, diante de falta de quórum, convido para este evento, a 6ª reunião técnica 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, e no link Auditórios Online.

Essa reunião tem o tema *Práticas complementares como promotoras de saúde mental*.

Para compor a Mesa, chamo os nossos palestrantes convidados, o Srs. Roberto Tykanori, Coordenador de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde; Alain Martins da Silva, pesquisador; Jorge Cândido de Assis; José Alberto Orsi, da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia, a Abre. Convido também o nosso querido padre João, da Arquidiocese de São Paulo. Convido também o Dr. Richard Weingarten, da Yale University, especializado em psiquiatria.

A Abre criou a Comunidade da Fala, inspirada, baseada, na Universidade de Yale, do Dr. Richardo.

Pessoal, não vamos nos alongar muito, porque o tempo é sempre curto, e temos três palestrantes.

Convido o José Alberto Orsi que faça a sua exposição.

O SR. JOSÉ ALBERTO ORSI – Bom dia. Meu nome é José Alberto Orsi, tenho formação em engenharia civil e MBA no Missisipi. Eu exerço uma função na Abre de Diretor-Adjunto, e sou coordenador da Comunidade de Fala.

Na nossa palestra de hoje a gente vai mudar um pouquinho o formato, o que inicialmente seria feito em seis tópicos; mas fui informado pela assessoria da Câmara que não vai ser possível fazer esse formato porque a palestra vai ter que ser corrida, e, portanto, sem

interação com o público. Então a minha fala e a do Jorge vão ser corridas.

Eu, na verdade, sou uma pessoa que tem transtorno mental, e o meu primeiro surto ocorreu em 94. Eu, na época, trabalhava como engenheiro fiscal de obras. E, na verdade, não foi um surto esquizofrênico, porque eu fui diagnosticado com esquizoafetividade, que é uma espécie de esquizofrenia com bipolaridade.

O meu primeiro surto foi logo no final de um empreendimento que eu estava terminando aqui em São Paulo. Eu não conseguia trabalhar. Eu comecei a ter uma dificuldade muito grande de operação e de gerenciamento das minhas funções.

Consultei com diversos psiquiatras, mas, como era apenas depressão, eu fui medicado sem ter um diagnóstico. Essa depressão durou mais ou menos seis meses. Eu tive que pedir afastamento do meu trabalho, e acabei indo para os Estados Unidos, com licença médica, para tentar me recuperar e fazer alguma coisa que me fizesse superar a depressão em outras terras.

Ingressei na *University of Southern Mississippi*, e as coisas pareciam que iam bem; não havia nenhum problema de depressão. No final do programa, eu tive um surto esquizofrênico mesmo, e esses foram os dias mais difíceis. Nesses surtos eu tinha a impressão de que eu tinha mediunidade. Eu interagia com a televisão ou com a internet. Para quem assistiu o filme *Mente Brilhante*, foi muito parecido com a temática do filme. Esse primeiro surto foi em 98, nos Estados Unidos, bem antes da apresentação do filme. Então as pessoas podem falar: “Não, você viu o filme, isso te influenciou, e você teve um surto em função disso”. Não, meu primeiro surto esquizofrênico, que foi o segundo surto da minha vida, ocorreu bem antes da exibição do *Mente Brilhante*, e foi típico de esquizofrenia. Eu tinha delírio persecutório, tinha delírio de grandeza; às vezes, eu achava que era enviado de Deus, achando que era Adão. Tirei a roupa no condomínio onde eu morava e pulei na piscina nu, tendo sido, depois, removido para o hospital psiquiátrico local.

Fiquei duas semanas internados, e, graças à minha irmã, que morava em Miami, eu

consegui ter um aconselhamento e um tratamento com um médico argentino, Fernando Salvato, que diagnosticou rapidamente a minha doença mental e prescreveu três tipos de medicações: um antipsicótico, um estabilizador de humor e um antidepressivo. Em questão de dois meses, eu estava fora do surto, e voltei para o Brasil para me tratar e para me recuperar, porque eu havia perdido as provas finais do mestrado – porque o surto foi no final do mestrado.

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

Eu conheci a Abre em 2003, e ela foi um elemento importante para o meu processo de aceitação. Hoje eu tenho o Núcleo Amigos Portadores de Esquizofrenia e Esquizoafetividade, e eles me ajudavam, através de grupos de autoajuda e grupos de acolhimento, a aceitar melhor a doença.

O tratamento, na verdade, é a longo prazo. Terei de passar por psiquiatras e tomar medicação até o final de minha vida, infelizmente. É como se fosse um diabetes, em que a pessoa tem de tomar insulina. O que ocorre, na verdade, é que graças à minha estabilização, o meu surto foi em 2001, os sintomas de delírios e alucinações foram reduzidos a um nível bastante satisfatório. Então, estou conseguindo trabalhar com os meus psiquiatras da Santa Casa, onde me trato, com a redução paulatina da medicação.

No meu tratamento foi importante, como eu disse, a organização - que eu propus na verdade – de um grupo de acolhimento na Abre, instituído em 2005. E isso fez parte de meu 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. Como eu disse, em 2001 foi meu último surto. E eu procuro manter a minha estabilidade emocional através da redução paulatina de estresse. Não tenho emprego formal desde 2001 e tenho atuado como Diretor-Adjunto na Abre. Já fui funcionário da própria Abre e hoje tenho atuado como voluntário. Na verdade, tenho um

escritório em minha casa. Então, na verdade, trabalho muito em casa e também no local onde a Abre exerce as suas atividades no Proesq, que é o Departamento de Esquizofrenia da Escola Paulista de Medicina. Eles têm uma casa, na Vila Clementino, onde a Abre exerce suas atividades, palestras, encontros, nesse lugar.

Também parei de dirigir carro em São Paulo, que é um fator estressante. Basicamente, me locomovo de Metrô e ônibus e ando bastante a pé. Tenho o passe da 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... Na verdade, eu tenho trabalhado. Não tenho emprego, mas eu trabalho. Faço muitas coisas para a Abre, e isso me dá uma satisfação e é uma maneira de lidar com o problema de saúde mental: fazer do meu limão uma limonada.

Basicamente, o que foi recomendado pelos meus médicos, tanto clínicos como psiquiátricos, é que eu fizesse uma atividade física. E já faz anos que eu estou com excesso de peso, porque um dos problemas que eu tive com a medicação foi o ganho excessivo de peso em poucos meses. Engordei 40 quilos desde que comecei com o tratamento. No último ano, perdi 15 quilos. A minha meta é perder mais 20 e voltar aos 75, 73 quilos que eu tinha antes de minha crise. Hoje, estou com 97.

Tive uma satisfação muito grande por ter uma habilidade artística. Costumo desenhar e pintar. Tive uma formação, inclusive na Escola Panamericana de Arte. E consegui o primeiro lugar no concurso nacional de pinturas Artes de Viver, organizado por um laboratório farmacêutico. Atualmente, tenho organizado oficinas e coordenado oficinas livres de criação na Abre. Temos cinco oficinas: escrita, filosofia, teatro, música e artes plásticas.

Como eu disse, eu sou amante das artes visuais. Inclusive, tentei, no ano passado, ingressar em um curso técnico para, eventualmente, trabalhar como designer. Mas acabei desistindo do curso por uma série de motivos, inclusive porque me roubaram trabalhos pela falta de estrutura da própria Etec. Hoje, estou mais voltado para a militância em Saúde Mental.

Finalizando, falarei sobre sucessos, esperanças e sonhos.

O meu sonho, na verdade, não foge à regra da sociedade, de maneira geral. É o sonho de me tornar profissionalmente independente e ter uma autonomia financeira, porque na Abre eu tenho um salário simbólico, através do Projeto Comunidade de Fala.

Na verdade, continuo feliz por estar na área artística, com a oficina de arte da Abre, e tento resgatar, também, a Semana de Arte da Poli, porque eu estudei na Poli e organizei uma

Semana de Arte na Poli.

Então, espero entrar em contato com essas pessoas para que interajam com o Laboratório de Criação da Abre.

No âmbito familiar, não tenho uma companheira, ainda. Tenho pessoas amigas, mulheres com quem me relaciono com amizade. Mas não quero, na verdade, casar – ou melhor, ter filhos. Posso até casar e, eventualmente, ter uma pessoa comprometida em uma relação afetiva. Isso porque eu tenho muito medo de ter novos surtos. E porque o meu pai também tem esquizofrenia e a mãe dele também tinha esquizofrenia. E a esquizofrenia é uma doença bastante limitadora e tem uma carga genética, então eu tenho muito medo de ter filhos. Mas tenho vontade de adotar uma criança eventualmente.

Tenho vontade de retornar à universidade. Sou Engenheiro Civil, como eu disse, com especialização MBA em Economia Internacional, e tenho vontade de estudar Filosofia ou História.

Basicamente, o que faço hoje é tentar ajudar as pessoas a ajudarem outras pessoas.

Então, agradeço muito a oportunidade de estar aqui, na Câmara, falando para vocês. É uma satisfação, um privilégio. Agradeço muito ao Richard, que foi o pai de nosso projeto.

Convido o Jorge Assis, que é o nosso grande protagonista, Professor da Escola Paulista de Medicina, a dar o seu depoimento.

Muito obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Muito bacana o seu depoimento, José. É uma luta, uma batalha, uma lição de vida.

O SR. JORGE ASSIS – Bom dia.

Meu nome é Jorge Assis. Moro próximo à Vila Mariana e sou Vice-Presidente da Abre – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. Desde 2008, sou membro do Proesq – Programa de Esquizofrenia do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, onde também sou Professor convidado.

Os meus dias difíceis são ligados à esquizofrenia. E a esquizofrenia evolui ou em crises agudas que, se bem tratadas, duram um mês ou menos; e períodos de remissão que, se bem tratados, duram anos.

Tive, ao longo de minha vida, cinco crises com a esquizofrenia, que compõem os

meus 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 minhas crises o que me ajudou foi o uso da medicação, e esta é uma comissão de medicalização. 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.

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

Sobre os tratamentos, a questão é um pouco mais delicada. Acho fundamental, para que o tratamento aconteça e gere resultados, uma relação de confiança. A gente chama de relação terapêutica, mas antes disso tem de ser uma relação de confiança. Passei por vários profissionais. Esqueci-me do nome da maioria, que trouxe pouco resultado na minha vida, mas alguns me marcaram muito. Por exemplo, a terapeuta ocupacional que me tratou em 2001; depois, o médico psiquiatra que me ajudou a aceitar o uso da medicação, através de muito diálogo, em 2002.

Eu me tratava na Santa Casa, mas em 2005 fui me tratar no Programa de Esquizofrenia da Unifesp, onde encontrei uma médica que me 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.

Os meus tratamentos atuais são: Desde 2001, faço uma terapia psicanalítica e,

desde 2008, eu me trato com um psiquiatra especialista em esquizofrenia, professor titular da Unifesp; e a importância desse tratamento é me manter estável com relação à esquizofrenia e abrir possibilidades para que eu 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, procuro a psicóloga ou o psiquiatra e agimos para que isso não vire uma crise.

Como lido com meus problemas de saúde mental? Procuro dormir, pelo menos, oito horas por dia; tomo os meus remédios à noite, então os efeitos colaterais da medicação se dão durante o sono; tenho planos para cada dia; procuro sempre conversar com minha família, nem que seja apenas para dar “bom dia”, saber como está, para ter um convívio familiar; ler e escrever me ajuda a organizar meus 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 Abelin. Atualmente, eu facilito 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 conheço nenhum no mundo.

Sou o sujeito da minha própria história, como irmão, como tio, em uma família onde há troca sincera de afetos. Sou escritor, já escrevi um livro em parceria com Cecilia Villares, que é uma terapeuta ocupacional e de família da Unifesp, com o Dr. Rodrigo Bressan, que é professor adjunto do Departamento de Psiquiatria da Unifesp. O livro chama-se *Entre a razão e a ilusão*. Também escrevi 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 Cecilia e com o Rodrigo, foi lançado em Portugal. Ter um livro lançado no País que é a mãe do nosso idioma é muito gratificante. Falo do país de Fernando Pessoa.

Pude 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 nossos em Portugal, da Associação Encontrar-se. Também tive a oportunidade de viajar para a África do Sul, para um congresso da Associação Mundial de

Saúde Mental, e tive a felicidade – para a minha geração, é uma felicidade – de visitar a ilha onde ficou preso o Nelson Mandela, um líder político e ícone da minha geração.

Fui convencido a me inscrever no concurso de divulgação científica, no CNPQ, chamado Prêmio José Reis. Não ganhei o prêmio, mas ganhei o apoio de muitas pessoas, e isso foi muito gratificante. Acho um sucesso você ser acolhido, aceito e poder participar de várias coisas.

Esperanças: tenho a esperança de que o meu 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. Nós vivemos num mundo complexo e simplificar, às vezes, pode deformar aquilo que a gente quer transmitir. O meu sonho é que esse livro possa gerar diálogos. Então, os meus sucessos são esses, a minha esperança é poder escrever o livro, e o sonho é que exista algo que as pessoas possam pegar e conversar com seu 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. Então, esse é meu sonho.

Muito obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Tem a palavra o Sr. Richard, especializado em psiquiatria e está colaborando muito com a causa.

- Orador estrangeiro.

O SR. RICHARD – Bom dia a todos. Eu sou um professor de psiquiatria da (palavra ininteligível) University também ensino numa faculdade comunitária que se chama (palavras proferidas em língua estrangeira) que fica em Conecticut no leste dos EUA. Agora, tem uma ligação e paixão pelo Brasil muito grande. Eu vim aqui em 1968 na Bahia para fazer parte do Corpo de Paz, depois fui para o Rio e trabalhei como correspondente estrangeiro da UPI e depois voltei para os EUA.

Como usuário eu lutei muito contra a doença e, finalmente, em 1994, comecei minha recuperação, desde aquele tempo, estou trabalhando integralmente como diretor dos

assuntos dos usuários em Connecticut. Eu fiz minha carreira como profissional de saúde mental, criei muitos serviços dirigidos para outros usuários e me aposentei em 2009 e desde então estou trabalhando aqui no Brasil. Aliás eu vim ao Brasil, pela primeira vez, em 1997, para assistir uma conferência em Porto Alegre, gostei muito, fiz muitas amizades, melhorei meu português. E comecei a voltar para cá quase anualmente. Em 2000 eu estava vendo que entre os brasileiros muitos usuários estavam melhorando, estavam voltando para o trabalho, estavam tomando aulas, casando, constituindo famílias.

Eu falei com os meus colegas lá no Rio que essas pessoas estavam (palavra ininteligível) e vamos fazer um livro entrevistando para ver como é o processo de recuperação para eles e como são suas histórias de melhora, de voltar para a comunidade. Fiz várias entrevistas em 2001 e em 2006 publicamos um livro que se chama *Reinventando a Vida: narrativas de convivência de transtorno mental*. Esse livro está sendo ensinado nas faculdades aqui no Brasil e nas associações de usuários e familiares pelo Brasil.

Em 2014 eu assisti a um Simpósio lá em Campinas e houve um debate sobre o que é recuperação, reabilitação, e, finalmente, disseram que não tinham muitas experiências para falar muito sobre o assunto. Eu tive isso como uma missão de voltar para o Brasil e colecionar histórias das experiências vividas dos usuários que estavam em recuperação.

Em 2015 eu vim a São Paulo com um programa que se chama *Comunidade de Fala*, esse programa é baseado num programa americano que se chama *Em Nossa Própria Voz*, onde os usuários falam sobre suas histórias. Eu adaptei 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, fui a Santa Maria, no Rio Grande do Sul, fiz outro treinamento para um grupo de lá. Em março passado fiz um treinamento no Rio.

Está dando muito certo porque a voz do usuário é muito ignorada, não é ouvida e eu sabia que as experiências vividas dos usuários têm muito valor. Pode educar o povo como é realmente ter o transtorno e como a gente supera isso para voltar para a vida. Esta voz está

sendo muito valorizada em todas as apresentações que a gente tem e também a segunda parte dos meus objetivos é lutar contra o preconceito. Você sabe que há muito preconceito contra pessoas portadores de transtornos mentais. A mídia diz que são violentos, preguiçosos, incompetentes. Então, eu quis 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.

Então, esse é o programa de Comunidade de Fala. A gente está vendo que em vez de ser um marginal, uma pessoa incompetente, o usuário que contam suas histórias são exemplos para muita gente de resistência, de superação, de esperança, de fazer uma luta contra a doença, contra a marginalização que vale muito.

Nosso objetivo é compartilhar as historias para informar ao público e para mostrar como é realmente os portadores que têm transtorno mental.

Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Acho que os brasileiros agradecem o senhor. Muito obrigado e continue nos ajudando, orientando. Eu acho que o ser humano precisa de ajuda como a que o senhor está fazendo. Quero agradecer a presença de duas pessoas maravilhosas que sempre nos acompanham: Flávia Cristina Campos, do Conselho Regional de Farmácia, e o Jeison, que também faz parte do Conselho de Fonoaudiologia.

Tem a palavra o Sr. Alan.

O SR. ALAN – Bom dia. Agradeço muito a participação. Agradeço também por compor a Mesa. Hoje venho como pesquisador. Estive na plateia também. Sou mestrando do Programa de Pós-Graduação da PUC São Paulo, no curso de Ciências Sociais. Fiz minha pesquisa na ABRE, que me abriu as portas, e foi onde realizei minha pesquisa de campo. Tenho um foco no medicamento e hoje venho apresentar parte dessa pesquisa, que é sobre Psico Fármacos. Ocorre que isso não se direciona apenas para esquizofrenia, que a ABRE é uma associação que vai discutir esquizofrenia, mas em transtornos mentais gerais. São quatro

categorias que venho trazer de psico fármacos, que pessoas com transtornos mentais acabam utilizando.

Vou falar, sobretudo dos efeitos colaterais que esses medicamentos trazem no seu uso. Uma coisa importante que gostaria de ressaltar e não está na apresentação, é que eu coloco ali o título psico fármacos agentes terapêuticos Rizomático. Esse Rizomático, na verdade, quando eu trago esse nome, ele tem esse poder de tratar, não vou dizer cura, no caso da esquizofrenia, por exemplo, mas ela tem essa questão de tratar, mas também tem a questão de desajustar. O medicamento ao mesmo ponto que ele pode ajustar o comportamento da pessoa, ele pode trazer outros efeitos no corpo e são esses efeitos que acredito que precisamos falar um pouco aqui, essa é minha apresentação.

Rizomático, nesse então de que não é algo que você pode deter, não é algo que você pode estabelecer o efeito único. Mas ele pode trazer outros efeitos no corpo da pessoa para além desse tratamento.

Esse estudo tem como objetivo apresentar algumas categorias de psico fármacos que é distribuído tanto na rede do SUS como vendido na rede privada. Sintomas algo que visa combater e seus efeitos colaterais por meio de agenciamento entre medicamentos e o corpo. Todos os dados e informações aqui apresentados foram retirados o caderno de atenção básica número 34, que foi dedicado à Saúde Mental, 2013. Na pesquisa de campo mestrado realizado na ABRE e de algumas referências biográficas.

As quatro categorias que venho apresentar de psico fármaco são os neurolépticos e antipsicóticos, os benzodiazepínicos, antidepressivos e os estabilizadores de humor.

Neurolépticos e antipsicóticos: Eles 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.

Neurolépticos, ou antipsicóticos típicos, chamados de primeira geração, tem um

perfil de efeitos indesejáveis, entretanto são bastante eficazes no tratamento dos sintomas psicóticos positivos, que é quando ocorrem as alucinações e delírios. São chamados se sintomas positivos. O de alta potência, por exemplo, Haloperidol causa efeitos mais motores. De baixa potencial 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 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 embotamento afetivo, 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. Esses efeitos colaterais aí que as vezes está na bula, mas alguns que desconhecemos também. 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 comparado 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.

As crises graves: os Neurolépticos agem como tranquilizador rápido nessas situações sendo muito efetivos e seguros no manejo das situações graves. 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: 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 para, ou os dentes trincaram. A ansiedade é um importante complicador da distonia, movimentos involuntários. Nesse caso, a Prometazina 25ml oral injetável, é indicada.

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.

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

Discinesia tardia, persistência de movimentos repetitivos ou circulares e costumam ocorrer em pessoas Neurolépticos por longos períodos. Nessas situações recomenda-se optar por outro Neuroléptico.

Outros efeitos: efeitos anticolinérgicos. São bastante comuns. Uns causa seca, visão borrada, constipações, prisão de ventre, retenção urina. O ganho de peso e os efeitos cardíacos. Clorpromazina e Tioridazina podem desenvolver 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, são os riscos de desmaios e quedas mas comuns nos usos de antepsicóticos e baixa potencia como Levomepromazina, Clorpromazina e Tioridazina. Os efeitos endoclínicos: aumento na secreção de prolactina, resultando o galactorreia, ou seja, a produção de leite pelas mamas, fora do período de lactação normal. Ou seja, pós-parto, podendo ocorrer em ambos os sexos e a menorreia, que é ausência fluxo menstrual sanguíneo.

Efeitos sexuais: anorgasmia, dificuldade ou impossibilidade em atingir o orgasmo. E a redução de libido é muito comum e pode representar um impasse importante na continuidade do uso. O uso da Clozapina, medicamento bem forte, corre o risco de Agranulocitose e convulsões.

A agranulocitose consiste na redução da quantidade normal de glóbulos brancos na corrente sanguínea. 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 reclamações por parte dos usuários que imploram por renovação de receitas. Porém, muitas vezes, os médicos se recusam a fazer a troca desse medicamento.

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 deficits 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, ao contrário da fluoxetina (o prozac), no mercado a partir da década de 90, com o perfil mais ameno e seguro diante dos efeitos indesejáveis, essa categoria cresceu enormemente em termos de prescrição abusiva e indiscriminada surgindo como solução mágica para os problemas pessoais, familiares, sociais, entre outros.

Apesar de não produzir fenômenos biológicos de tolerância e dependência, seu significado pode aprisiona-lo na condição de doente ou deprimido, com consequências nocivas para a sua saúde. São medicamentos de uso relativamente simples e seguros, sobretudo nos episódios depressivos.

Os efeitos antidepressivos dessa categoria, por exemplo, sertralina e fluoxetina, só se iniciam após cerca de duas semanas de uso. Em casos de insônia utiliza-se o antidepressivo com perfil mais sedativo.

Os antidepressivos se dividem em dois grupos, que destacamos, na verdade: os tricíclicos que são os ADTs e os inibidores seletivos de receptação da serotonina, os ISRSs. Os tricíclicos são mais antigos, bastante eficazes, porém menos tolerados devido aos seus efeitos anticolinérgicos, que é a boca seca, a constipação, sedativos e tonturas.

Um dado importante para imipramina e amitriptilina, os efeitos antidepressivos só são observados em doses acima de 100mg/dia, podendo a dose máxima chegar a 200, 250mg/dia, considerando risco cardiovascular.

Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina são os antidepressivos mais recentes, de segunda geração é a categoria mais moderna, agindo sobre a produção de

serotonina, nesse meio 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 largamente prescritos.

Os sintomas alvos. Então temos os depressivos para: tristeza profunda com alteração do apetite, do sono; desinteresse pelo ambiente e sensação de menos valia; pânico ou síndrome do pânico: são aqueles episódios intermitentes de sensação iminente de morte, sem precipitador evidente, de duração de alguns minutos a poucas horas com intensa manifestação somática; fobia social é a 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.

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: ansiedade, agitação, cefaleia, insônia mais frequente ou sonolência. Em algumas pessoas pode provocar irritabilidade e aí atentar-se para não considerar como resposta parcial e aumentar a dose do medicamento.

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.

Uma coisa superimportante nessa classe de medicamentos é a inibição do Citocromo P450. Esse Citocromo P450 é o nosso sistema de defesa essencial presente nos seres humanos. Ele age no fígado.

A maioria dos medicamentos são biotransformados no fígado por sistemas enzimáticos, especialmente pelas enzimas do Citocromo P450. Essas enzimas são responsáveis pela inativação de substâncias estranhas ao organismo, que estão presentes no ambiente, na dieta ou fármacos que poderiam se acumular causando toxicidade ou mesmo interagindo numa alteração ou anulação de outras drogas. Quer dizer, o Citocromo P450 é um

sistema de defesa do nosso organismo.

Erupções cutâneas, que são: acne; alopecia, que é a queda de cabelo.

Uma curiosidade, a maioria dos antidepressivos envolve usualmente uma única dose diária.

Enfim, a última classe de psicofármacos, que são estabilizadores de humor. Essa classe agrupa algumas medicações, que foram descobertas como capazes de evitar os ciclos de elevações e depressões patológicas do humor, características nos transtornos bipolares.

Infelizmente vivemos num tempo onde há uma explosão de autodiagnóstico de transtorno bipolar. Essa tendência ao uso abusivo desse diagnóstico leva também à prescrição abusiva de estabilizadores de humor. Basicamente, temos o carbonato de lítio, com características bem peculiares e algum anticonvulsivante.

O carbonato de lítio permanece como droga padrão, tratando de forma eficaz episódios de mania, hipermania, depressão em pacientes bipolares, seja nas intercrises, reconhecidamente capaz de prevenir novos episódios, principalmente de elevação do humor.

Finalizando, os sintomas alvo. Quando atuar episódios em maníacos depressivos potencializar o efeito antidepressivo e ajuda na dificuldade de controle dos impulsos. Eles são muito utilizados nessas situações em crianças, adolescentes e adultos jovens para a maioria dos problemas externalizantes, onde há agressividade, agitação, etc.

E a gente tem a carbamazepina, 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: acne; aumento de apetite; edema; diarreia; ganho de peso; gosto metálico; náusea; polidipsia; 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 ultrapassam 1,5, que pode ser precipitada por diminuição de dieta hipossódica, uso de diuréticos, desidratação ou mesmo doses excessivas. Manifestações precoces são a disartria, ataxia e tremores grosseiros.

Carbamazepina é ataxia ou a irregularidade de coordenação muscular; diplopia, visão dupla, duplicação das imagens dos objetos; dor epigástrica; náuseas; pruridos; 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.

Fecho aqui a apresentação. Essas são as referências básicas que utilizei nesse estudo. Deixo o meu obrigado e o meu *e-mail* para possíveis contatos. Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Alain. Fechando esse grupo de pessoal, queria convidar o Ivan, assessor do nosso querido Vereador Gilberto Natalini, um dos responsáveis por trazer esse grupo para fazermos essa palestra e essa reunião.

Por favor, Ivan, faça as suas considerações.

O SR. IVAN – Primeiramente, cumprimento os Vereadores Aníbal de Freitas e Vavá e toda a Mesa na pessoa do Alain Martins, mestrando que estuda esse assunto e todos os presentes.

Esse tema surgiu de uma discussão entre eu e o Alain, preocupados com essa questão de saúde mental. Mas, de longa data, eu, como assessor agora do Vereador Gilberto Natalini, e anteriormente na Secretaria de Saúde, sempre me preocupei com as patologias negligenciadas.

Naquele momento, quando eu estava na Secretaria Municipal de Saúde, nesse mesmo auditório, nesse mesmo salão, eu me lembro de que estava lotado de pais e mães autistas. Naquele momento não tínhamos nada a respeito do autista em termos de políticas públicas, apenas alguns projetos de leis esparsos.

Muito bem. De lá para cá fizemos uma luta, tal e tornou-se política pública, tanto no nível federal, com protocolos definidos, no nível municipal, inclusive com projeto de lei para o tratamento de saúde bucal para o autista.

Outra coisa, epilepsia também é outra patologia estigmatizada. Você tem uma série de patologias, no Brasil elas são classificadas, elas têm o seu CID, entretanto, faltam políticas públicas para isso. E essas pessoas são cidadãos. Eles têm direitos, eles são capazes. No universo do autismo há vários exemplos.

E você vê que hoje a Abre traz exemplos que mostra a capacidade, como disse o Professor Richard, que são pessoas capazes de produzir. Porque tem aquela mentalidade capitalista de excluir e tratar essas pessoas como seres improdutivos. Não, não são improdutivos.

Tem o exemplo do Orsi, que fez uma belíssima faculdade, a Escola Politécnica da USP. Tem o Professor Jorge, da Unifesp, da Escola Paulista de Medicina. São autores de livros, pesquisadores, estudiosos, então, a sociedade precisa olhar com mais atenção para os

outros. Ela tem dificuldade de entender aquilo que é diferente da mediana. Traçou-se um padrão linear na sociedade, o comportamento é esse, fugir àquela regra, ele é patologizado, estigmatizado e vítima de preconceito. O maior mal, o maior dano que se causa à pessoa é o preconceito, é o estigma.

Então, daí, o fato de a gente abraçar essa causa e eu trazer o Vereador Aníbal. Quero agradecer ao Vereador Aníbal de Freitas, que prontamente nos atendeu e trouxe esse tema da esquizofrenia para debate público para discutir o assunto em termos de políticas públicas e ações efetivas para tal.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Ivan. Continue batalhando nessa causa, você é fera.

Para finalizarmos o grupo de palestrantes, quero convidar o Dr. Roberto, Coordenador de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde.

O SR. ROBERTO – Bom dia a todas e todos.

Quero agradecer ao Vereador pela oportunidade do convite.

Vou me ater numa reflexão que é o foco da Comissão: a questão da medicalização.

Confesso que é um pensamento que vim acumulando nos últimos quatro anos por uma leitura meio por acaso.

Chegou até mim a informação de uma experiência americana, que depois eu li e me surpreendeu muito.

Resumidamente, é a história de um médico psiquiatra chamando Loren Mosher. Ele, nos anos 70, foi um médico de extremo sucesso em sua carreira. Ele se formou na Stanford, fez sua graduação em medicina na Harvard, foi professor, participou do circuito de universidades mais importantes americana. Foi o fundador de uma revista de pesquisa chamada *Schizophrenia Bulletin*. Foi o editor dessa revista que estava absolutamente estabelecida dentro do *establishment*.

Isso o levou a ser Diretor dentro do Instituto Nacional de Saúde Mental Americana, NIMH. Onde ele criou o primeiro grupo de pesquisa focada, exclusivamente, em esquizofrenia.

O que me chama a atenção na história do Mosher é que posso dizer, como um jovem psiquiatra de enorme sucesso e reconhecido como cientista é que ele foi Diretor da NIMH, por mais de 12 anos.

Nos anos 70, havia debates sobre remédios, se fazem bem ou não; se o medicamento ajuda ou não. O tema que temos hoje aqui.

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.

A pesquisa que ele fez foi a pesquisa possível de ser feita naquela época. Hoje, não sei se conseguiríamos fazer isso.

Mas ele desenhou uma pesquisa 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, no sentido de tudo aquilo que a universidade poderia oferecer, e o chamado tratamento experimental, para terem uma comparação do que acontece em ambas situações.

O que era o desenho experimental? Essa era uma curiosidade. Se a discussão era sobre o remédio, se faz ou não bem, então, ele fez um tratamento com remédio tradicional e outro sem remédios.

Como foi feito isso?

Ele criou poucas casas no estudo, mas casas que tinham pessoas cuidadoras. Esses moços e moças eram levados à casa para ficarem acolhidos nesta casa. Lá só havia pessoas chamadas leigos, que foram selecionados, pessoas de boa personalidade, acolhedores, boa gente, que tinham paciência e tal.

Tinha a supervisão de uma colega, se não me engano ela está viva ainda e podiam

ser usados diazepínicos. Nas situações de maior ansiedade se usavam diazepínicos, mas não se usavam neurolépticos, que era o foco da comparação.

Esses pacientes foram sendo acompanhados e essa é uma das questões que me chamou atenção porque é muito difícil fazer estudos de acompanhamento por longo prazo. Então esse Estudo Mosher durou seis anos e acompanhou essas duas populações que são comparadas simultaneamente por seis anos. Foi um estudo longo. Hoje em dia qualquer pesquisa tem no máximo um ano. Ninguém testa mais do que um ano. Por isso um estudo com esse tempo de acompanhamento é de consistência muito significativa, muito importante.

Bom, o resultado disso de forma 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.

Agora, os resultados no médio e longo prazo – o que chama mais a atenção -, a partir do segundo ano os resultados são muito 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, hospital e do hospital para casa, com altas doses de medicação.

Bom, esse resultado foi empírico, posso dizer que não havia nenhuma ideologia por trás, era 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 duas 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 vem do nada. Segurança vem de outras pessoas que são capazes de gerar esse ambiente de segurança, conforto e proteção.

Então o que 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 que creio ser fundamental e o experimento mostra 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, por exemplo, nos anos 80 e 90, algumas pessoas também com bastante recurso conseguiram fazer estudos, quase todos com dados de recuperação de informação e de acompanhamento de pacientes. Estudos que conseguem também acompanhar a vida de pessoas por períodos de 15 a 20 anos, o que acontece com a pessoa depois de 20 anos. Há cinco grandes estudos que foram desenvolvidos com esse tipo de objetivo, de avaliar o que acontecia com os pacientes ao longo do tempo, mas não de dias ou poucos anos, de décadas mesmo, na primeira, segunda e terceira década. 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.

Um tópico que é também interessante dessas pesquisas: que um dos autores chama-se Manfred Bleuler, que é filho de Eugen Bleuler. Bleuler foi o psiquiatra histórico que, em 1911, publicou, inventou o termo esquizofrenia. E o primeiro Bleuler, o Bleuler pai talvez seja um dos responsáveis pela - como ele foi o primeiro que descreveu a questão da esquizofrenia -, na verdade, para ser *figuroso* com a terminologia que ele usava, ele falava: "As esquizofrenias", no sentido de que, até hoje, vou dizer, não se sabe muito bem do que é que estamos falando. A gente coloca, dentro da mesma bacia, várias coisas, não é? Porque há coisas parecidas e há coisas diferentes.

Coisas diferentes. Como não sabemos, segundo o modelo médico, 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.

Bem, esse Bleuler, o primeiro, o pai, foi o responsável pelas suas descrições, por criar-se, vamos chamar assim, uma ideia muito prevalente ainda hoje de que a esquizofrenia é uma doença extremamente destruidora, 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 evoluiriam inexoravelmente, sem apelo, para um estágio de demência no final da vida. Aí perguntaram para filho dele: "Mas sua pesquisa está contradizendo o que o seu pai dizia". E aí o Manfred diz assim: "É que, talvez, o meu pai tenha um viés de observação. Ele, durante a vida toda, mesmo depois de aposentado, ele frequentava diariamente o hospital ele ia conversar com os seus pacientes, que eram praticamente amigos dele. E ele ficava muito triste porque ele via os seus parceiros de longa data deteriorando, deteriorando, deteriorando". Então ele estava muito... não era um diagnóstico no sentido só de observação. Ele via, sentidamente, a perda dessas pessoas. "Mas o que meu pai não fez" - dizia Manfred - "é que ele não prestou atenção no que aconteceu com os pacientes que foram embora, que saíram, e ele perdeu de vista, na verdade, a maior parte das pessoas. Ele viu, observou e relatou por muito tempo só as pessoas que permaneceram

por muito tempo no hospital.

Bem, o que eu entendo disso, para encerrar, essas informações nos fazem refletir muito sobre - e acho que essa é uma das questões centrais: não equivocar a ideia de que medicação é por tratamento, é um tratamento, no sentido forte do termo. São medicações, são úteis, só que elas são sintomáticas, elas lidam com uma parte da história, e elas lidam e permitem, facilitam o contato, permitem a relação.

O que é qualitativamente definitivo é a qualidade da relação. Se essa relação é, primeiro, confiável - como foi dito -, afetiva, ela gera - e essa é 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 tem um futuro já cerceia muitas coisas, ao passo que - demonstrado isso -, se você tem 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 desiste, como em qualquer coisa na vida, não dá certo. E eu entendo assim: 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.

São Paulo, desde que eu saí, em 2004, até hoje, a rede cresceu relativamente pouco, mas cresceu. Seria necessário crescer muito mais. Acho que, ainda em 2004, deixei um

plano que teria, pelo menos, três vezes mais serviço do que tem hoje. Agora, à parte a discussão de acesso aos serviços, aos profissionais, é importante realmente a questão da reflexão em torno de como e com quem estamos lidando.

Se lidamos com as pessoas supondo, de início, que elas não têm um futuro, que o seu futuro, seu diagnóstico está fechado, que seu prognóstico é fechado em relação a qualquer possibilidade de melhora, estaremos já desistindo antes de começar.

Ao passo que acho que a história do Mosher, a história dessas grandes pesquisas de longa duração mostram o contrário, que a gente tem de ter paciência e mirar longe, ter a certeza de que, no médio e longo prazos, a coisa vai acontecer. E se a gente tiver essa certeza, isso nos 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. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Obrigado, Dr. Roberto.

Gostei muito quando disse que o medicamento não é o tratamento. Vem ao encontro de nossa Subcomissão.

Vamos aproveitar, em vez de a gente fazer algum comentário, o José queria ser perguntado sob alguma coisa, ou qualquer outro palestrante aqui. O senhor queria fazer alguma pergunta a ele só para aproveitar? Porque eles querem interagir aqui.

O SR. JOÃO INÁCIO MILDNER - Com certeza.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) - Vamos lá, padre.

O SR. JOÃO INÁCIO MILDNER - Como trabalho numa área que também sofre preconceito, que é ser capelão do Emílio Ribas. Falar em Emílio Ribas é assustador, inclusive a nível de igreja, porque quando fui cardeal, na época, Dom Paulo me pediu para acompanhar aquele hospital. Todo mundo olhou assim e disse: “Bem que eu desconfiava. Aí tem dente de coelho, não é?” Aparecia assim já, até entre os próprios colegas, aquele preconceito.

Como vocês enfrentam essa luta para vencer todo esse preconceito, no campo da saúde mental? Sempre brinco dizendo que o que separa o Emílio Ribas do Incor é o muro da vergonha ainda. De um lado do muro há doença chique. Quando eu tinha mais contato com o Incor, as madames andavam e diziam que seriam operadas pelo Professor Adib, pelo Professor Sérgio. Então, de um lado do muro é doença chique e do outro, mães envergonhadas por terem filhos HIV.

Lá nós ainda sofremos preconceito e estamos numa luta muito grande.

E no caso da esquizofrenia e de outras enfermidades na área da saúde mental, como está essa luta contra o preconceito?

O SR. _____ - A esquizofrenia sofre um preconceito, que é 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.

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 - Na minha família, a esquizofrenia vem de longa data. Meu pai tinha esquizofrenia; a mãe biológica do meu pai, porque ele foi adotado, também tinha esquizofrenia; eu tenho esquizofrenia e minha irmã também. Cresci inicialmente sem a

doença, não nasci com a esquizofrenia e até os 15 anos de idade, quando meu pai faleceu, vi meu pai como uma pessoa absolutamente à parte da sociedade. Na verdade, eu tinha vergonha do meu 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 para mim era terrível, era a imagem do meu pai, a imagem do fracasso, do *loser*, da pessoa que não conseguiu ser nada na vida. E, inicialmente, quanto a mim, minha mãe teve uma preocupação muito grande com isso. E logo quando entrei na adolescência, com 13, 14 anos, eu já comecei a frequentar psicólogos e psiquiatras para tentar detectar algum tipo de transtorno que eu pudesse eventualmente ter. Minha irmã também passou pelo mesmo processo.

O psiquiatra que me 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. Tive o meu primeiro surto esquizofrênico aos 26 anos, já estava a cinco anos formado e trabalhava como engenheiro fiscal de obras numa grande gerenciadora de obras, junto a uma grande construtora. Tive um surto depressivo, como disse na minha fala.

O estigma, na verdade, existia na minha família, veladamente, porque meu pai tinha esquizofrenia e as pessoas associaram aquela crise com a experiência do meu pai. Depois dessa primeira crise, eu comecei a tomar medicação e quando melhorei, interrompi-a por minha própria conta. Tirei uma licença médica do meu trabalho e viajei para o exterior para começar o meu mestrado. Fiquei três anos sem medicação e tive uma recaída ao final do meu mestrado. Tive de interromper o mestrado, voltar ao Brasil, onde fui reintroduzido à medicação psiquiátrica. Voltei aos Estados Unidos, interrompi novamente a medicação por minha própria conta e, um ano e meio depois, tive uma terceira crise.

Então, a minha experiência com a medicação... 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 pessoas 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.

Dito isso, eu tenho na minha família e na minha vida a militância pela saúde mental. Trabalho 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 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. Assim se dá com o alcóolatra, que, mesmo em abstinência, é considerado alcóolatra para o resto da vida. Era essa a minha fala.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Registro a presença da professora Ciça – Cecília Cruz Villares, responsável pelo PROJESQ, da Unifesp. Quer falar algo? (Pausa)

A SRA. CECÍLIA CRUZ VILLARES – Obrigada. Agradeço o espaço para falar por alguns minutinhos. Agradeço a presença de vocês todos aqui e a oportunidade que a Abre tem, neste momento, de vir conversar.

Nós não temos 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, como o José Alberto acabou de dizer, 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 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. Esta é mais uma oportunidade que espero que abra as próximas oportunidades de conversa. Obrigada. (Palmas)

O SR. RICHARD WEINGARTEN - Eu posso dizer alguma coisa sobre medicação?

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Sim. Pois não.

O SR. RICHARD WEINGARTEN – 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. Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, professor. O tempo já está se esgotando. Então, vou dedicar os últimos minutos para os meus agradecimentos – meu e o do Vereador Vavá – pela contribuição que vocês todos deram. Percebi, pela Professora Ciça, 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. Afinal, vivemos no Brasil, que é um país maravilhoso, todas as pessoas são muito boas. Se começarmos a nos entender, vamos dar uma contribuição muito grande para a nossa cidade, para o País e para o mundo.

Agradeço mais uma vez ao Dr. Roberto Tykanori. José Alberto Orsi, parabéns, gostei muito do seu depoimento, uma lição de vida. Agradeço também ao Jorge Cândido. Professor Richard Weingarten, muito obrigado, continue vindo sempre ao Brasil. Tenha certeza de que este é um país que abraça as pessoas. Se há uma coisa que podemos dizer do Brasil, é que é um país simpático, amável com os visitantes. Obrigado, Allan, pela presença. Padre João Mildner, sempre presente. O senhor faltou na outra, mas tudo bem, não tem problema, porque o senhor justificou; senão, seu salário está cortado.

O SR. JOÃO MILDNER – É que às vezes eu me lembro de que eu também sou padre (risos). Senão, o Cardeal tira os meus benefícios (risos).

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – (Risos) Ótimo. Vejam que coisa: vamos ter que fechar esta subcomissão, mas faremos um relatório muito bom e eficaz. Há muitos protocolos aqui que levaremos adiante e vamos divulgar esse tema.

Eu gostaria que o Vereador Vavá, que é nosso relator, fizesse algumas considerações.

O SR. VAVÁ – Cumprimento todos e todas e parabeno 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. Acredito 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 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.

Agradeço a todos os participantes e palestrantes da reunião de hoje. Estamos aqui para outras reuniões e queremos contar sempre com a presença de todos. Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Aproveito a oportunidade para comunicar que em 29 de junho teremos mais uma reunião de trabalho de nossa subcomissão, cujo tema será Práticas Complementares como Promotoras de Saúde e Opções Terapêuticas. Convido todos para participarem.

Nada mais havendo a tratar, dou por encerrados os trabalhos. Obrigado a todos. Que Deus os ilumine. (Palmas)



FL. Nº
Anexo – notas taquigráficas
Proc. nº
CMSP – NOME DA CPI
Nome - RF

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

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: 29 DE JUNHO DE 2016

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Exibição de imagens

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Bom dia a todos e a todas.

Na qualidade de Presidente da Subcomissão de Medicalização, constituída no âmbito da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher declaro que, diante da falta de quórum, converto este evento em 7ª reunião técnica de 2016 desta subcomissão.

Informo que esta reunião está sendo transmitida pelo portal da Câmara Municipal de São Paulo, no endereço www.camara.sp.gov.br, link Auditórios On-Line.

Informo também que esta reunião tem o seguinte tema: Práticas Complementares como Promotoras de Saúde e Opções Terapêuticas.

Para compor a Mesa, convido: o nosso querido palestrante Dr. Emilio Telesi Júnior, Coordenador da área técnica de Medicina Tradicional, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde, da própria Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; o nosso querido Relator, sempre presente, Vereador Vavá; e também o representante do Conselho de Farmácia, Sr. André Luís Brum de Marino.

Hoje, como é a nossa última reunião desta subcomissão, não podemos deixar de chamar uma pessoa sempre presente, que nos orienta espiritualmente, Padre João, da Arquidiocese de São Paulo. Agradecemos a presença do Padre João, sempre atento.

Fazendo um breve relato, estamos na última reunião e, desde a primeira Subcomissão da Medicalização no ano passado, já tivemos como um dos temas A Medicalização da Vida Cotidiana.

Depois foi o tema Infância, Adolescência e Medicalização – Educação e Pedagogia e Medicalização. Outro tema foi A Farmacovigilância e SUS – Ações de Relação à Medicalização.

Outro tema foi A Judicialização do Direito à Saúde - solicitação judicial de medicamentos específicos. Outro tema também foi com os conselhos profissionais da área de saúde e Ações em Relação à Medicalização. Depois tivemos A Avaliação de Novas Tecnologias em Saúde e Inclusão dos Novos Medicamentos.

Na semana retrasada houve o tema Práticas Complementares como Promotoras de Saúde, a Saúde Mental. E hoje estamos com o Dr. Emílio com o tema Práticas Complementares – Um Programa de Saúde e Opções Terapêuticas.

Tem a palavra o Sr. Emílio Telesi Júnior.

O SR. EMÍLIO TELESÍ JÚNIOR – Bom dia para todas as pessoas presentes. Em nome do Secretário Municipal da Saúde, Dr. Alexandre Padilha, quero agradecer esse honroso convite da Câmara Municipal, dos Vereadores Aníbal de Freitas e Vavá, da Subcomissão de Medicalização.

Então, vou apresentar alguma coisa nesse campo novo, que se denomina Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. É algo recente no país, uma Portaria do ano 2006, que instituiu no Brasil a política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde. Essa política inclui homeopatia, acupuntura, fitoterapia, as práticas corporais, um conjunto enorme de modalidades hoje consideradas terapêuticas.

Então, vou apresentar sucintamente um quadro da Secretaria Municipal de Saúde. Vou projetar na tela.

- O orador passa a referir-se a imagens na tela de projeção.

O SR. EMÍLIO TELESÍ JÚNIOR – A Secretaria da Saúde trabalha com um conjunto de modalidades chamadas práticas integrativas.

Por favor, pode passar. Então, essas práticas vêm ganhando uma expressão muito grande nos últimos anos. Começamos esse trabalho na Secretaria da Saúde de uma forma expansiva no Governo que se iniciou em 2001. Em 2001, começamos essa forma expansiva. Naquela época, tínhamos cinco ou seis unidades que trabalhavam com esse conjunto de recursos. Hoje temos mais de 500 unidades da saúde, trabalhando com as Práticas Integrativas.

Por favor. É importante nos dias de hoje a gente refletir, se a Medicina moderna está tão avançada, se os recursos da nossa Medicina são tão grandes, nunca tivemos tantos

recursos como temos hoje, por que tem uma procura tão grande por essas chamadas práticas integrativas e complementares? Então, é uma coisa interessante a gente refletir: por que há uma procura enorme se a nossa Medicina tem a maior capacidade de responder aos problemas de saúde?

Então, eu creio que a resposta a por que está havendo essa grande procura das práticas integrativas virá melhor por aqueles que realizam essas práticas, sejam tanto os trabalhadores de saúde, como a população que busca isso, que busca esse serviço. São essas pessoas que vão, de fato, mostrar para a gente, dizer para a gente, por que essas práticas são muito importantes nos dias de hoje.

Então, as pessoas que vêm fazendo isso, vêm querendo demonstrar, essa é a impressão que eu tenho, que somos capazes de praticar saúde – veja que estou colocando praticar saúde - com outros recursos. Recursos que são mais simples, mais eficazes, mais naturais, muito mais baratos. São recursos sustentáveis. O que são sustentáveis? Que eles estão aí há séculos e estamos usando esses recursos e não só porque é uma nova tecnologia, mas por tudo isso. Por tudo isso que esses recursos têm, esses recursos das medicinas chamadas integrativas, medicinas naturais.

Aqui no Brasil nós demos o nome de práticas integrativas e complementares. Na América do Norte, esse conjunto de modalidades se chama medicina integrativa e vem tendo uma grande procura também. Em alguns países da Europa se chama também medicina integrativa ou *integrative medicine*, em inglês. Em outros países da Europa ainda se chama medicinas tradicionais e alternativas. Eu gosto mais da expressão práticas integrativas, porque ela é mais abrangente. Ela não tem o nome medicina, no começo, que é um pouco mais restritivo. A expressão prática abre, porque esse é um conhecimento que não tem um domínio, esse conhecimento é aberto a todas as categorias profissionais, a todos os que se interessam por conhecer isso.

Por favor, o próximo. Na Secretaria Municipal da Saúde, aqui em São Paulo, as

principais modalidades às práticas integrativas são essas que estão aqui. Então: acupuntura; homeopatia; práticas corporais como *tai chi*, *lian kun*, ioga, meditação, *lien chi*, *chan kung*, *chi kung*, massagens; enfim, é um conjunto grande de práticas corporais. E também a questão da dietoterapia, porque quanto à alimentação, vocês sabem que hoje as duas principais doenças, as doenças mais prevalentes no nosso meio são: hipertensão arterial, diabetes, daí temos a obesidade – estamos vivendo uma epidemia de obesidade – e dores em geral. Todos esses problemas de saúde são ocasionados principalmente por uma alimentação inadequada que a gente tem: modo de comer e a qualidade daquilo que a gente está comendo. Então, a dietoterapia entra também como recurso natural, porque basta a gente reaprender a comer. Muito bem.

Então, por favor, eu vou mostrar só alguns gráficos de como está o conjunto de algumas modalidades nossas, algumas práticas. Vejam: o *lian kun* está presente em 250 lugares em saúde, no ano de 2015, no ano passado. Nós vamos atualizando isso, a tendência é aumentar. Então, 250 unidades de saúde da Secretaria têm a prática do *lian kun*. São exercícios muito simples, agradáveis de fazer, que resolvem, nos ajudam em muitos problemas de saúde. O *tai chi pai lin* também é uma prática muito frequente em 105 unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde. O *shian kun* é uma outra modalidade também, está presente em 116 unidades de saúde. A meditação, ou seja, meditar, sentar, ficar quieto se conhecendo, é um autoconhecimento, é uma atitude de calma, de serenidade, de buscar a serenidade, de buscar a compreensão de nós mesmos, está presente em 85 unidades da Secretaria Municipal da Saúde. Todas essas demais que eu acabei de mostrar a vocês são atividades coletivas, que fazemos em grupos de pessoas, o número varia, dez, quinze, vinte. Têm práticas que temos 60, 70, 80 pessoas participando, mas varia muito do local e da modalidade.

A homeopatia e a acupuntura são atividades individuais, atendimento individual, não é um atendimento coletivo. Na acupuntura você insere a agulha e na homeopatia você dá os remédios homeopáticos. A gente vem aumentando também a oferta de acupuntura, de

médicos acupunturistas e médicos homeopatas. Pela primeira vez na cidade de São Paulo houve um concurso público para contratar médicos acupunturistas e nós mais do que dobramos o número de médicos da rede acupunturistas e médicos homeopatas. É pouco ainda, eu acho muito pouco, mas mais do que dobramos. Nós temos 72 médicos acupunturistas em 42 unidades de saúde e temos 30 médicos homeopatas em 25 unidades de saúde.

Quando você olha para a cidade de São Paulo, 30 médicos homeopatas é número pequeno, só que nós tínhamos há dois anos, dez médicos homeopatas na rede e agora temos 30. Então triplicou de dez para 30. Nós tínhamos 35 médicos acupunturistas, nós temos 72. Isso sem contar os médicos que estamos treinando numa técnica mais simples, que é colocar agulhinha na cabeça, no crânio cabeludo e que também é um recurso terapêutico mais simples. Então muitos médicos nossos da rede, que não são acupunturistas, estão sendo treinado para introduzir agulhar e tratar pessoas.

E nós fazemos continuamente capacitação do pessoal da rede tanto nas práticas corporais, como o uso de plantas medicinais, e com o curso de acupuntura, que acabei de mencionar, capacitando o pessoal. Estamos fazendo isso continuamente. Nós capacitamos, não falo formar, é capacitar; a formação vem ao longo do tempo, cerca de 500 profissionais, a Secretaria Municipal da Saúde, em média, por ano, fazemos isso. Fazemos a capacitação e aqueles que começam a incorporar essas práticas no dia a dia para oferecer aos funcionários, nós damos cursos de aperfeiçoamento, chama-se aprimoramento. Neste momento nós estamos fazendo dez cursos de aprimoramento dos trabalhadores que são considerados instrutores de práticas corporais e médicos que trabalham com acupuntura e craniopuntura. Então ficamos trabalhando continuamente, aprimorando esse pessoal que está na rede para aumentar esse recurso chamado práticas interativas que vem avançando em todo o mundo, não é só aqui no Brasil.

Vamos fazer agora um curso de auriculoterapia, treinando o pessoal, cerca de uma

centena de profissionais da nossa rede, é um curso EAD, educação à distância e aí também com a parte prática.

Enfim, essa é a reflexão que quis trazer para vocês, porque a gente precisa refletir por que estamos buscando as práticas interativas cada vez mais, pelo seguinte, eu vou ser muito simples no meu exemplo, porque as práticas interativas não trabalham a doença, as práticas interativas potencializam a força que cada um de nós tem para recuperar a nossa saúde. Então trabalhar com práticas integrativas é promover saúde. Esta é a questão fundamental que quero deixar aqui, pratica integrativa é uma de autocuidado, a gente aprender a se conhecer, aprender a se cuidar. É uma prática que fortalece a nossa força interior de recuperação, de autoestima, de recuperação da nossa saúde.

Um exemplo muito simples é o seguinte, todo mundo já fez um corte na mão. Quem não fez um corte na mão, na perna, no braço? Todo mundo. Esse corte cura sozinho, é só passar água com sabão, não precisa mertiolate, nada disso, band-a-aid, cortinho pequeno cura. O osso, se a gente quebra, ele cura sozinho. Isso significa que nós temos uma potência, uma força de autocapacidade de curar, de se restabelecer e essas práticas lidam com isso, mobilizam essa força que a gente tem. Esse exemplo simples que eu dei, isso tem uma potência maior dentro da gente. A gente precisa reaprender a lidar com isso.

Uma das coisas muito simples que a gente ensina 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.

Quando a gente começa a falar de plantas medicinais, nós falamos de plantas, o meu interesse pessoal – pessoal agora – da Secretaria da Saúde é lidar com a medicação fitoterápica e as plantas, essa dupla dimensão, mas a minha dedicação maior é pela plantas medicinais. Você começa a fala de planta, nós estamos treinando. Nós temos 150 hortas espalhadas na Secretaria Municipal da Saúde de plantas medicinais e de hortaliças também orgânicas. Você começa a falar de planta você começa a falar em terra: “Precisamos cuidar da

terra”, começa a falar em planta começa a falar em água, porque a água tem que ser de boa qualidade, você começa a falar em plantas, começa a falar em produtos orgânicos, não vamos colocar agrotóxico. Você começa a falar em planta isso interessa para diferentes secretarias municipais, interessa ao Verde, à Educação, à Cultura, às subprefeituras. Então você abre para a população, você resgata um conhecimento popular daquilo que você põe para dentro do seu corpo. É uma vasta dimensão que você abre de discussão.

As práticas integrativas é uma política da secretaria que mais se conecta com outras secretarias municipais. Nós estamos fazendo parceria com o Verde, com Cultura, com Educação, com subprefeituras muito em nome dessa política das práticas integrativas. Então vejam que é um campo novo, um campo recente. Nós criamos aqui em São Paulo uma residência multiprofissional, residência é o aluno recém-formado da sua faculdade que faz dois anos de formação, uma residência multiprofissional de práticas integrativas e complementares. Não existe nas Américas uma residência dessa natureza, o município de São Paulo é pioneiro em fazer essa residência para formar pessoas para esse campo, porque não tem formação. Os profissionais vão aprendendo ao longo da vida, aqueles que se interessam vão aprendendo uma coisa aqui, uma coisa ali.

Nós estamos agora, Padre João, formando meninas, têm duas aqui, a Jéssica e a Mayara, nós temos 14 residentes. Mas aonde eu vou elas são atrás, em respeito. Eu não trago todas porque estão aprendendo. E elas vieram aqui hoje porque elas têm que fazer um trabalho de conclusão do curso e um dos interesses tem a ver a medicalização. Nós estamos cronificando as pessoas, nós estamos intoxicando as pessoas de remédios. Nós precisamos parar com isso. Lógico, eu sou médico, o remédio quando bem indicado é extremamente indicados, eu também uso remédio, às vezes eu preciso tomar, eu também receito, mas, em média, as pessoas com 50 ou mais anos estão tomando mais de dez comprimidos por dia. Isso não tem rim, não tem fígado, não tem sistema hematopoiético que resista a isso, não tem. A gente precisa rever a nossa prática, o que estamos falando em termos de saúde.

E acho que este campo é um campo inovador, é um campo que rompe com essa tradição, esse excesso de coisas. E nós estamos fazendo isso, essa 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.

Eu não quero me alongar porque os Vereadores têm compromissos, o Vereador Vavá tem que sair ao meio-dia. Eu queria projetar um vídeo que tem seis minutos. Se os senhores permitirem. É um vídeo meio amadorístico, mas mostra um pouco as modalidades corporais que estamos fazendo na rede e o que as pessoas que estão praticando têm a dizer. Eu acho isso interessante e depois a gente abre a palavra. Pode ser assim?

- Exibição de audiovisual.

- Exibição de vídeo.

O SR. EMILIO TELEZI JÚNIOR – A ideia é mostrar um pouco do que vem acontecendo no campo das práticas corporais, em que você mobiliza a energia e recupera a energia, as pessoas aprendem a respirar novamente. Uma prática que parece simples, banal, é a dança circular. Sabemos que pessoas com mais de 60 anos caem, em média, uma vez ao ano. E essas práticas dão mais confiança às pessoas, pois retomam a capacidade de equilíbrio, de postura.

Ainda haveria muito que falar, mas era isso, em síntese, que eu queria apresentar. E agora estou à disposição para esclarecer alguma dúvida.

Obrigado, em nome da Secretaria da Saúde. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Ari Friedenbach) – Vou passar a palavra aos convidados.

Tem a palavra a Sra. Mônica.

A SRA. MÔNICA – Bom dia. Sou Consultora desta Casa, e formada em Enfermagem. Trabalhei 20 anos no Executivo de Campinas, na rede de SUS, onde fui uma das colaboradoras na construção do núcleo de práticas integrativas na cidade de Campinas. Tenho formação de acupunturista e também trabalho com Reik.

A minha pergunta é sobre os recursos humanos: como eles estão distribuídos? Quando o senhor fala da formação multiprofissional, acho extremamente interessante, pois temos de ampliar o escopo para outras profissões além da centralidade da profissão médica. E a Portaria que oficializou essas práticas que já vinham sido desenvolvidas em alguns municípios, reforça a questão corporativa, infelizmente, da atuação médica na homeopatia e na acupuntura, sendo que a formação pode ser multiprofissional; tanto que sou enfermeira e fiz um curso de acupuntura, e me acho tão capaz e competente para desenvolver essa prática quanto eles. Mas, infelizmente, se alega que há um movimento contra-hegemônico.

Então, quero saber como a Secretaria distribui essas práticas, ou seja, que tipo de práticas são permitidas para que tipo de profissionais? Porque a Portaria nacional enfatiza que só médico pode fazer. Isso é movimento contra-hegemônico: pois só a medicina tem poder para decidir o que é bom, ou ruim. Portanto, pedimos a oportunidade de ampliar essa prática para outros profissionais, não só da enfermagem.

Em Campinas, 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.

Outra observação é que essa prática é nova na rede do SUS e no nosso entendimento ocidental, mas são práticas antigas.

Muito obrigada pela apresentação, e fico feliz em saber que tem aumentado essa terapia cada vez mais.

Obrigada. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Tem a palavra a Sra. Edna dos Santos Freitas.

A SRA. EDNA DOS SANTOS FREITAS – Bom dia. Sou voluntária do Movimento Voto Consciente, e quero parabenizar o Dr. Emilio, porque eu mesma desconhecia essa prática.

Pergunto se essas unidades estão localizadas na periferia, ou existe alguma unidade de saúde no Centro, porque a gente observa que na área central há um contingente maior de população da terceira idade, em que são muito mais comuns os casos de queda. Por isso, a gente estava imaginando que houvesse algum projeto de lei para práticas integrativas, como o *tai chi chuan* para evitar a queda, já que fortalece o equilíbrio do corpo. Com isso, diminui a hospitalização e melhora a vida e a saúde do pessoal de terceira idade.

Então, eu gostaria de saber se há alguma unidade no Centro, onde há grande concentração de idosos e não há nenhuma prática de exercício para evitar fraturas. Por isso, fico muito contente de saber que existem essas práticas em São Paulo.

Obrigada. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Tem a palavra a Sra. Ivanildes.

A SRA. IVANILDES – Bom dia a todos. Sou enfermeira e estou pelo Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo, também estou como Conselheira Municipal de Saúde.

Quero parabenizá-los por esse trabalho de divulgação, porque a população não conhece isso dentro do SUS. O senhor disse que haverá um curso à distância, e gostaria de saber se ele será apenas para profissionais da Secretaria ou se estará disponível para os demais profissionais. Outra colega falou da disponibilidade de outros profissionais aderirem a essa prática, além dos médicos. É certo que existe legislação para algumas atividades que não contemplam outros profissionais, a não ser os médicos; mas se há alguns desses trabalhos que podem ser designados para outros profissionais, principalmente os enfermeiros, para que

eu possa levar para a minha categoria essas informações.

Obrigada. (Palmas)

O SR. EMILIO TELEZI JÚNIOR – Ficarei em pé, porque assim vejo melhor as expressões das pessoas.

Agradeço as perguntas, que são muito pertinentes. Inicialmente, começar com a Monica.

Monica, a Política Nacional de Práticas Integrativas, ela 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 respeitamos 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. Não tem essa figura. O que a maioria das unidades faz? Tem o enfermeiro, o psicólogo, ou agente comunitário de saúde que é capacitado, preparado para fazer essas práticas. Esse profissional separa uma, ou duas, às vezes três horas por semana e desenvolve as práticas, mas não temos hoje um profissional para isso. Nós capacitamos, formamos, e agora que estamos abrindo uma residência para formar pessoas especialistas nesse campo. O que temos, hoje, na Secretaria Municipal da Saúde, tem 84 mil trabalhadores. Desse total, cerca de 1000 trabalham com as praticas integrativas, e desses mil que trabalham com as práticas integrativas a maior parte das horas

semanais de trabalho não são com as praticas integrativas, porque eles são profissionais de outro campo.

Nos que estamos envolvidos com isso, que treinamos, capacitamos, e estamos sempre estimulando essas pessoas formando para trabalhar, estamos conseguindo isso, aos poucos. E eles estão espalhados na rede como um todo. Por exemplo, pertinho daqui no Parque Dom Pedro, na Rua Frederico Alvarenga, tem uma unidade, chamada Unidade de Medicina Tradicional Chinesa. Somos poucas unidades. Essa é uma unidade que trabalha com essas práticas a semana toda. Mas isso conta três ou quatro unidades que tem isso. O vídeo que nós encerramos que era o Centro de práticas naturais de São Mateus, que é uma casinha humilde, simples, é uma casinha lá em São Mateus, que todos os dias da semana, faz práticas integrativas. Mas isso são quatro ou cinco unidades, uma rede que tem mil unidades de saúde, que é a Secretaria Municipal da Saúde. As unidades estão espalhadas. O Centro da Cidade, também tem praticas. Nós temos as práticas corporais. A UBS Santa Cecília, UBS Bom Retiro. Estou citando algumas no Centro. A UBS Humaitá, quem fica vizinho aqui, tem práticas. Isso está em toda rede municipal de saúde, no Centro, na periferia e nas unidades intermediárias.

A Edna falou que Tai chi Chuan fortalece. Fortalece sim, fortalece as pernas. A medida que vamos envelhecendo nossas pernas vão ficando fracas, vamos perdendo o equilíbrio. Tem uma prática elementar, simples do Tai chi, que é o abraço da árvore.

– Orador demonstra posição.

O SR. EMILIO - Isso fortalece as pernas.

A Ivanilde que é conselheira municipal, são tantos conselheiros, não conheço todos, apenas alguns, o curso de auricola, Ivanilde, é um curso, que estamos começando agora a fazer esse curso. É o primeiro que acontece aqui em São Paulo. A nossa secretaria assumiu a organização desse curso, em parceria com o Ministério da Saúde e com a Universidade de Santa Catarina. Esse curso é voltado para atenção básica. Para os trabalhadores multi profissionais de nível universitário, pode ser de qualquer formação, mas

tem de ser nível universitário da atenção básica, tem de estar na rede. Temos de fortalecer essa atenção básica. Temos uma centena de trabalhadores da nossa secretaria. Queria mais. Queria 250. Vamos fazer outros. Esse é primeiro, vai começar agora em julho. Mas é só para os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde. É uma regra que tem. Isso vem do Ministério da Saúde, e da Universidade de Santa Catarina. Eu só estou divulgando. Abrir esse espaço divulgando, porque essa regra não foi estabelecida por nós. é o primeiro, espero que seja o primeiro de uma série e o ano que vem, outros, outros e vamos ampliando isso tudo.

Acho que respondi tudo. Se ficou alguma dúvida. Muito obrigado!

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Agradeço Dr. Emilio, nossos convidados, nossos participantes da Mesa. Tenho certeza de que fechamos com chave de ouro, esse ciclo de palestras. Eu acreditava seria uma coisa, de repente, acho que todos ficaram empolgados e mais uma vez vamos para de usar mertiolate, vamos parar de tomar um comprimidinho aí qualquer e vamos pensar em coisas mais alternativas, atividades que vão ajudar muito a nossa saúde.

Com a palavra o nobre Vereador Vavá, nosso relator. Agradecer a V.Exa. , sua assessoria, sempre presente aqui, dando força, e tenho certeza de que fará um relatório maravilhoso, porque V.Exa. tem muito conteúdo para que tal, seja muito eficaz, acredito que será muito produtivo para todos nós.

O SR. VAVÁ – Cumprimento a todos. Parabenizar Dr. Emilio, coordenador da área técnica de medicina tradicional, e dizer que estamos elaborando esse relatório, a Verinha deu uma sugestão aqui, com certeza iremos acatar, por tanto profissionais que passaram por essa subcomissão, acredito que podemos até fazer aqui junto á gráfica da Câmara Municipal de São Paulo um encarte para que a gente elenque todo esse relatório e possa também estar compartilhando com o publico que vem acompanhando atentamente essas reuniões. Passamos por vários temas aqui. Sabemos da importância, e que hoje as pessoas tem de recorrer a medicina alternativa, outras práticas que não seja só a medição, porque, qualquer

dorzinha de cabeça é motivo para se medicar, e muitas vezes a pessoa se medica por uma dor de cabeça, mas acaba deparando com um sistema de pressão, que é um outro remédio, que não é tomar um remédio para dor de cabeça. Muitas vezes essa pessoa que tem essa questão de hipertensão, problema de pressão, está com uma dor de cabeça. Está indicando que é pressão, mas o cidadão está tomando remédio para dor de cabeça e isso pode gerar um óbito aí, assim inocentemente, a pessoa ingere o medicamento e acaba se matando. Nesse sentido, essa subcomissão vem atuando de uma forma muito satisfatória. O público sempre presente aqui participando. Tenho certeza que juntos vamos construir um relatório amplo, e vamos fazer esse serviço chegar até a outra ponta que é o público que está do outro lado que tanto necessita dessas práticas, até diria que esses últimos dias, a gente que passa dos 50, já começa a dar problemas de dor para todos os lados. Há 30 dias atrás tive uma dor na coluna, muito forte, aí procurei orientações de alguns médicos, me falaram que era nervo ciático. Só que a dor não parava nunca. Tomei muita medicação e não parava. Acabei indo fazer acupuntura. Fiz uma acupuntura a laser, não conhecia essa prática, pensei que acupuntura era só com agulhas. E foi a solução do meu problema. Então por acreditar que tomar aquele medicamento, vai se curar, não procuramos outras alternativas. Essa palestra que o senhor nos passou foi de grande valia, e com certeza vai estar incluído nesse relatório. Agradecemos a vinda do senhor aqui, e essa exposição. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, nobre Vereador. Tem a palavra o Sr. Andre Nunes, do Conselho de Farmácia.

O SR. ANDRE NUNES – Boa tarde a todos. Estou representando o Conselho Regional de Farmácias, e minha fala será rápida, devido o horário de almoço. Primeiro quero agradecer aos Vereadores, Padre João e parabenizar o Dr. Emilio, pela aula que nos deu sobre um tema tão relevante. Eu também queria me solidarizar com os colegas enfermeiros, que fizeram sua fala, a Mônica e o representante do Sindicato em relação a essa questão da acupuntura, principalmente, ser uma prática exclusiva do profissional médico.

Quando a gente 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.

Queria fazer outro questionamento, o Dr. Emílio já respondeu, mas, até entrei em contato com o jurídico do Conselho de Farmácia na fala do Dr. Emílio, quando diz que existe uma ação no Supremo Tribunal Federal, que os médicos conseguiram exclusividade na acupuntura. Eu não sei, depois gostaria que o senhor me passasse o número dessa ação, porque não sei se vocês se lembram, teve uma situação daquela questão do ato médico, que nós acompanhamos e os profissionais da saúde também acompanharam. E a questão dessa lei do ato médico, que tornariam várias atividades exclusivas do profissional médico não foi aprovada. Foi vetada pela Presidente Dilma, na época.

Então, eu desconheço, Dr. Emílio, o senhor desculpe a minha ignorância em relação a esse tema, mas desconheço essa 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. Nessa regulamentação existem as exigências legais para que esse profissional possa exercer essa atividade. Então, peço novamente desculpas ao Dr. Emílio, mas desconheço a vedação desses outros profissionais.

Novamente queria agradecer a todos e me solidarizar com outros colegas não médicos. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, André Luís.

Tem a palavra o Padre João.

O SR. JOÃO – Em primeiro lugar, também quero saudar a Mesa e dar os parabéns ao Dr. Emílio pela atividade que exerce na Secretaria da Saúde.

Acredito que ficou claro na reflexão de hoje é que falta mais divulgação desse trabalho para que haja mais acessibilidade. Então, acho que é um apelo que a Câmara poderia fazer ao Secretário da Saúde para uma maior divulgação. Eu vi a parte da história, não conheci

a história inteira, Dr. Emílio. E hoje eu a conheci. E também lutar para que haja uma ampliação desse trabalho, porque isso é muito fecundo.

O tal do remedinho é muito bom, mas o remedinho da mamãe, o chazinho, era melhor ainda. Sou do interior do Rio Grande do Sul e lá a gente se tratou praticamente com chás, ervas caseiras, com alimentação alternativa.

Então, da minha parte fica o questionamento apenas para o Dr. Emílio: por que 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. Acho que esses cursos têm de ser ampliados e para isso o senhor pode contar com 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.

Outra questão que ficou para mim, um 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, que o meu colega do Conselho Regional de Farmácia me perdoe, com a alopátia e o quanto que com o chazinho, como o senhor mostrou, se podem produzir esses remedinhos em casa ou em hortas comunitárias.

Então, parabéns. Conte sempre com a Pastoral da Saúde. Na Comissão agradecemos ao Vereador Aníbal e Vavá, que nos convidaram a participar. E sempre quando houver necessidade, estaremos na Câmara auxiliando na área das comissões de saúde.

O SR. PRESIDENTE (Aníbal de Freitas) – Obrigado, Padre João, sábias palavras. Temos o Padre João, o Dr. Emílio, o Dr. André Luís e não sei se todos perceberam, em todas as nossas reuniões, tivemos temas fantásticos, maravilhosos e muito produtivos.

Já falei várias vezes, sou engenheiro, mas eu me empolguei, Dr. Emílio. O senhor não sabe o número, a gama de informações que tivemos aqui. Tenho certeza de que toda a nossa equipe técnica está empolgada com a riqueza de material. A Edna, do Voto Consciente

é uma pessoa muito crítica. De todas as nossas reuniões, realmente me sinto muito orgulhoso de ter presidido esta comissão.

Antes de terminar, tenho de fazer os agradecimentos. Já agradei ao Vereador Vavá, que estava com sua assessoria, mas agradeço também todas as assessorias dos demais Srs. Vereadores: Calvo, Noemi Nonato, Patrícia Bezerra, que muito têm contribuído nas reuniões.

Agradeço a minha assessoria, que fez dessa subcomissão algo lindo, maravilhoso e produtivo. Querem algo mais eficaz do que isso? Tenham certeza de que, Padre, teremos de divulgar esse trabalho. Faremos matérias para que todos fiquem cientes do que estamos passando referente à medicalização. Estamos sujeitos a grandes intempéries e às vezes, atitudes pequenas podem ajudar bastante.

Precisamos de remédios? Logicamente que sim, não tenham dúvidas. Mas, vamos começar não os tomando. Aquela água com sabão já é muito útil; não tomar remédio para dor de cabeça para depois ter de tomar Omeprazol para dor de estômago, causando gastrite e depois ter de tomar outra coisa para acabar com a gastrite.

É brincadeira, estamos sendo intoxicados por uma série de medicamentos. É incrível. O próprio Diazepan é o mesmo que cocaína. O excesso de ritalina, o Rivotril, que aleatoriamente todos tomam, mas ninguém está sabendo que está sendo dopado. E está tudo certo? Certo nada, tudo errado. Que coisa horrível isso. Precisamos alertar a população, é nossa missão ajudar nisso. Sem dizer da questão da judicialização e das diversas matérias publicadas nos jornais a respeito. Gasta-se muito com remédios e às vezes os juízes - não os criticando e nem os promotores - fazem com que o Governo gaste sem precisar. Sem precisar, desnecessariamente. Isso é incrível.

Esta subcomissão servirá sim para alertar todos. Todos deveriam estar alertas, 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

diretoria da Câmara Municipal. Essa é a nossa função e obrigação.

Agradeço à TV Câmara São Paulo, que sempre nos acompanhou, à equipe técnica, assessoria, que muito tem nos ajudado. Agradeço a todos os participantes que vieram praticamente em todas as reuniões e tenham a certeza de que muito nos engradeceu. Crescemos muito.

Nada mais havendo a ser tratado, declaro encerrada esta reunião.



COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

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

Anexo 10

Pesquisa de projetos no legislativo

TI po	Núm ero	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	609	30/10/2001	HAVANIR NIMTZ	SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE EXAME PSICODIAG- NOSTICO INFANTIL EM TODAS AS ESCOLAS PUBLICAS DE EN- SINO FUNDAMENTAL, DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE SAO PAULO."	
PL	654	14/11/2001	LUCILA PIZANI GONCALVES	DISPOE SOBRE A GARANTIA DE ASSISTENCIA AOS ALUNOS DA REDE PUBLICA MUNICIPAL DE ENSINO COM PROBLEMAS NO A- PRENDIZADO E NA INTEGRACAO ESCOLAR.	LEI 13.464 de 04/12/2002
PL	676	13/12/2001	ARSELINO TATTO	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO MUNICIPAL A IMPLANTAR AS- SISTENCIA PSICOLOGICA E PSICOPEDAGOGICA EM TODOS OS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO BASICO PUBLICO, COM O OB- JETIVO DE DIAGNOSTICAR E PREVENIR PROBLEMAS DE APREN- DIZAGEM.	
PL	11	30/03/2005	GOULART	DISPOE SOBRE A IMPLANTACAO DE ASSISTENCIA PSICOPEDAGOGICA EM TODA A REDE MUNICIPAL DE ENSINO COM O OBJETIVO DE DIAGNOSTICAR, INTERVIR E PREVENIR PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM	LEI 15.719 de 24/04/2013
PL	712	27/10/2005	ADILSON AMADEU	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA PERMANENTE DE DETECCAO E COMBATE A DISLEXIA NA CIDADE DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	86	22/02/2006	JOSE AMERICO, CALVO, JUSCELINO GADELHA, FLORIANO PESARO	DISPOE SOBRE O PROGRAMA DE APOIO AO ALUNO PORTADOR DE DISTURBIOS ESPECIFICOS DE APRENDIZAGEM DIAGNOSTICADO COMO DISLEXIA.	
PL	74	27/02/2007	CLAUDETE ALVES	DETERMINA AO EXECUTIVO MUNICIPAL REALIZAR NAS ESCOLAS PUBLICAS DO MUNICIPIO ATRAVES DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DIAGNOSTICO DE DISLEXIA E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	328	09/05/2007	WADIH MUTRAN	CRIA O PROGRAMA ESPECIAL DE DIAGNOSTICO DA DISLEXIA, NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, PARA CRIANCAS NA PRE-ESCOLA.	
PL	593	16/09/2009	NETINHO DE PAULA	ALTERA A LEI 14.485, DE 19 DE JULHO DE 2007, PARA INCLUIR O DIA DA CONSCIENTIZACAO SOBRE TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM, A SER REALIZADO ANUALMENTE NA TERCEIRA SEMANA DE MARCO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.192 de 08/06/2010
PL	754	03/12/2009	CELSO JATENE, GABRIEL CHALITA	ESTABELECE PRECEITOS PARA O APERFEICOAMENTO DA POLITICA EDUCACIONAL DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, PARA A PERMANENCIA E O SUCESSO ESCOLAR DE ALUNOS COM DISTURBIOS, TRANSTORNOS E/OU DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL O	11	15/12/2010	ANTONIO CARLOS RODRIGUES	ACRESCENTA UM PARAGRAFO AO ART. 201 DA LEI ORGANICA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS. (ACOES PARA A DETECCAO PRECOCE DE PROBLEMAS DE SAUDE QUE POSSAM VIR A INTERFERIR NO DESEMPENHO ESCOLAR.)	
PL	72	05/04/2011	SOUZA SANTOS	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO "PROGRAMA DE IDENTIFICACAO E TRATAMENTO DA DISLEXIA NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO" E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	95	05/04/2011	GILSON BARRETO, AURELIO NOMURA, CALVO, FLORIANO PESARO, ANDREA MATARAZZO	DISPOE SOBRE A POLITICA DE ATENDIMENTO DE EDUCACAO ESPECIAL POR MEIO DO PROGRAMA INCLUI, INSTITUIDO PELO DECRETO Nº 51.778, DE 14 DE SETEMBRO DE 2010, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	406	19/09/2012	FLORIANO PESARO	ALTERA A LEI Nº 14.485, DE 19 DE JULHO DE 2007, COM A FINALIDADE DE INCLUIR NO CALENDARIO OFICIAL DE EVENTOS DA CIDADE DE SAO PAULO O DIA MUNICIPAL DAS PESSOAS COM DISLEXIA, A SER COMEMORADO ANUALMENTE NO DIA 19 DE SETEMBRO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.789 de 29/05/2013
PL	454	06/11/2012	OLIVEIRA	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE AVALIACAO MEDICA E PSICOLOGICA DE ALUNOS NO PRIMEIRO ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL NAS ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	

Tip o	Núme ro	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	48	25/02/1993	ALBERTO CALVO	OBRIGACAO DO USO DE TAJA PRETA,VERMELHA AMARELAE AZUL PARA FACIL IDENTIFICACAO DOS MEDICAMENTOS DE VIA INJETAVEL E DE ALTO RISCO, CONTIDOS NAS AMPOLAS E FRASCOS, USADOS NOS HOSPITAIS DO MUNICIPIO DE SAO PAULO,PUBLICOS E PRIVADOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	113	11/03/1993	ALBERTO CALVO	DISPOE SOBRE AS CONDICÕES PARA A PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	469	22/06/1993	OSVALDO SANCHES	DETERMINA A INSTALACAO DE FARMACIA COMUNITARIA E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	14	08/02/1994	ALBERTO CALVO	DISPOE SOBRE OFORNECIMENTO PELA REDE MUNICIPAL PUBLICA DA SABDE DE MEDICAMENTOS DE USO CONTINUO E CONTINUADO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	140	06/04/1994	DARCIO ARRUDA	DISPOE SOBRE A EMISSAO DAS RECEITAS MEDICAS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PR	6	14/04/1994	MARCOS MENDONCA	DISPOE SOBRE FISCALIZACAO PERMANENTE DA REDE DE SABDE PUBLICA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	367	10/08/1994	VITAL NOLASCO	INSTITUI NO MUNICIPIO DE SAO PAULO O PROGRAMA DE DOACAO DE SERINGAS DESCARTAVEIS E INSULINA A PORTADORES DE DIABESTES TIPO 1 EM TODA A REDE MUNICIPAL DE SABDE,E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	LEI 11.845 de 06/07/1995
PL	462	18/10/1994	ALBERTO HIAR	DISPOE SOBRE PRIMEIROS SOCORROS MEDICOS EM EMPRESAS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	258	22/03/1995	WADIH MUTRAN	[VTA07] DISCIPLINA A VENDA DE MEDICAMENTOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	315	11/04/1995	WADIH MUTRAN	DISCIPLINA O MODO DE ACONDICIONAMENTO DE TODOS OS MEDICAMENTOS COMERCIALIZADOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	970	10/10/1995	JOSE VIVIANI FERRAZ	OBRIGA TODOS OS CENTROS EDUCACIONAIS E DESPORTIVOS LOCALIZADOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, POSSUIREM MATERIAL E MEDICAMENTO DE PRIMEIROS SOCORROS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	1157	24/10/1995	EDIVALDO ESTIMA	INSTITUI, JUNTO A REDE MUNICIPAL DE ENSINO, OS PROGRAS PREVENCAO CONTRA DOENCAS CONTAGIOSAS E DROGAS-ES TUDOS E PREVENCAO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	1159	24/10/1995	ALDAIZA SPOSATI	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DO PODER PUBLICO MUNI- CIPAL PRESTAR ATENDIMENTO A PESSOA DA 3A. IDADE NO MU NICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 12.604 de 04/05/1998
PL	331	03/04/1996	VITAL NOLASCO	ALTERA O ARTIGO 30. DA LEI NO. 11.845 DE 6 DE JULHO DE 1995, QUE INSTITUI O PROGRAMA DE DOACAO DE SERIN- GAS DESCARTAVEIS E INSULINA A PORTADORES DE DIABETES MELITTUS (DIABETES TIPO I) E DIABETES TIPO II, EM TO- DA A REDE MUN.DE SAUDE, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 12.496 de 10/10/1997
PL	468	22/05/1996	TONINHO PAIVA	DISPOE SOBRE A PRESTACAO DE SERVICOS DE INALACAO E DE MEDICAO DE PRESSAO NAS FARMACIAS E DROGARIAS DO MUNI- CIPAL, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	878	12/12/1996	ALBERTO HIAR	DISPOE SOBRE A RESERVA DE UM PERCENTUAL MINIMO DA QUANTIA TRANSFERIDA PELO GOVERNO FEDERAL PARA O MUNICIPIO, PARAS O TRATAMENTO DOS PORTADORES DO VIRUS DO HIV E DOENTES DE AIDS, PARA A AQUISICAO DE MEDICA- MENTOS,E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	52	18/02/1997	GOULART	DISPOE SOBRE A COBRANCA DAS DESPESAS DE ATENDIMENTO MEDICO-HOSPITALAR, NAS UNIDADES DE SAUDE DO MUNICIPIO DE PACIENTES ALCANCADOS PELA COBERTURA DE CONTRATO IN DIVIDUAL OU COLETIVO COM EMPRESAS PRESTADORAS DE SER- VICOS DE ASSISTENCIA MEDICA, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	

Tip o	Núme ro	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	68	20/02/1997	CARLOS NEDER	INSTITUI O PROGRAMA DE PREVENCAO E ASSISTENCIA INTE- GRAL AS PESSOAS PORTADORAS DO TRACO FALCIFORME E COM ANEMIA FALCIFORME NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	111	04/03/1997	SALIM CURIATI	DISPOE SOBRE A INSTITUICAO DE PLANOS, PROGRAMAS E SERVICOS DE PLANEJAMENTO E ORIENTACAO FAMILIAR E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	241	01/04/1997	CARLOS NEDER	INSTITUI O PROGRAMA DE PREVENCAO E ASSISTENCIA INTE- GRAL AS PESSOAS PORTADORAS DO TRACO FALCIFORME OU ANEMIA FALCIFORME NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 12.352 de 13/06/1997
PL	288	10/04/1997	JOSE VIVIANI FERRAZ	CRIA O PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DE NATALIDADE DE CAES E GATOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	300	15/04/1997	ANA MARTINS	DISPOE SOBRE OS DIREITOS DOS PORTADORES DO VIRUS DA IMUNODEFICIENCIA HUMANA HIV E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 12.942 de 07/12/1999
PL	439	20/05/1997	CARLOS NEDER, JULIANA CARDOSO	DISPOE SOBRE O DIAGNOSTICO DE GESTANTES PORTADORAS DO VIRUS HIV E PREVENCAO DA TRANSMISSAO DO MESMO AOS FE- TOS E CRIANCAS RECEM-NASCIDAS E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.943 de 23/12/2013
PL	533	11/06/1997	ROBERTO TRIPOLI	INSTITUI SERVICO DESTINADO AO RECOLHIMENTO E ABRIGO DE INDIGENTES E MENDIGOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	597	19/06/1997	IVO MORGANTI	DISPOE SOBRE O PROCEDIMENTOS OBRIGATORIOS NO PROCESSO DE DISTRIBUICAO DE MEDICAMENTOS E DE MATERIAL CIRURGICO E HOSPITALAR PARA OS HOSPITAIS E POSTOS DA REDE PUBLICA MUNICIPAL DE SAUDE, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	802	28/08/1997	JOSE IZAR	DISCIPLINA A VENDA DE MEDICAMENTOS EM SUPERMERCADOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	920	30/09/1997	CARLOS NEDER	DISPOE SOBRE OS DIREITOS DOS USUARIOS DOS SERVICOS E AS ACOES DE SAUDE NO MUNICIPIO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 14.413 de 31/05/2007
PL	976	15/10/1997	PAULO FRANGE	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE PRESTACAO DE SERVICOS DE PRIMEIROS SOCORROS NOS SHOPPING CENTERS DA CIDADE DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	1024	30/10/1997	ALBERTO HIAR	DISPOE SOBRE A RESERVA DE PERCENTUAL DO ORCAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, PARA O TRATAMENTO DOS PORTADORES DO VIRUS DO HIV E DE DOENTES DE AIDS, NA AQUISICAO DE MEDICAMENTOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	1121	27/11/1997	CELSO CARDOSO	PROIBE A COMERCIALIZACAO DE ANABOLIZANTES SEM APRESENTACAO DE PRESCRICAO MEDICA, NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	1192	17/12/1997	ADRIANO DIOGO	[VTA05] OBRIGA A SECRETARIA DA SAUDE A MANTER LISTA DE MEDICAMENTOS BASICOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	254	16/04/1998	CALVO	DISPOE SOBRE O FORNECIMENTO PELA REDE MUNICIPAL PUBLICA DA SAUDE, DE MEDICAMENTOS DE USO CONTINUO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	324	14/05/1998	JOSE VIVIANI FERRAZ	DISPOE SOBRE A CASSACAO SUMARIA DO ALVARA DE LICENCA DE LOCALIZACAO O FUNCIONAMENTO DE DISTRIBUICAO, DROGARIAS E FARMACIAS, NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, QUE COMPRAVADAMENTE ESTIVEREM COMERCIALIZACAO MEDICAMENTO FALSIFICADOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	364	28/05/1998	EDIVALDO ESTIMA	OBRIGA TODOS OS HOSPITAIS, CASAS DE SAUDE, PRONTO SOCORROS SITUADOS NO MUNICIPIO, A EXPLORAREM CARTAO DE IDENTIFICACAO DA SAUDE DOS PACIENTES, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	494	05/08/1998	CARLOS NEDER	[VTA06] PROIBE O COMERCIO DE PROD. FARMACEUTICOS NA FORMA DE COMPRIMIDOS, DRAGEAS OU GOTAS QUE CONTENHAM FLUORETO DE SODIO EM SUAS FORMULAS COM CONCENTRACAO DE FLUOR SUPERIOR A 0,1 MG NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	

Tip o	Núme ro	Data	Promo vente	Ementa	Norma
PL	511	05/08/1998	WADIIH MUTRAN	ESTABELECE NORMAS SOBRE A IMPOSICAO DE CASSACAO DOS ALVARAS DE FUNCIONAMENTO DE TODAS AS DROGARIAS, DISTRIBUIDORAS E LABORATORIOS LOCALIZADOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	582	01/09/1998	DEVANIR RIBEIRO	INSTITUI CASAS DE APOIO PARA ABRIGAR E OFERECER ASSIS TENCIA MEDICA E SOCIAL AOS PORTADORES DE HIV/AIDS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 12.965 de 06/01/2000
PL	661	14/10/1998	PAULO FRANGE	DISPOE SOBRE A COLETA DE RESIDUOS SOLIDOS DOS SERVI COS E SAUDE (RSSS),EM CONCOMITANCIA COM OS CRITERIOS ESTABELECIDOS PELA LEI Nº.9.605 DE 12 DE FEVEREIRO DE 1998, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	679	27/10/1998	HANNA GHARIB	INSTITUI. NO AMBITO DO MUNICIPIO, A REGULAMENTACAO DE GENEROS ALIMENTICIOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	723	19/11/1998	IVO MORGANTI	INSTITUI AS EQUIPES DE PUERICULTURA NAS ADMINISTRA- COES REGIONAIS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	61	04/03/1999	WADIIH MUTRAN	DISPOE SOBRE A CRIACAO DA SEMANA DO REMEDIO NAO VENCI DO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	252	01/06/1999	LIDIA CORREA	DISPOE SOBRE O FORNECIMENTO GRATUITO DE REMEDIO AO	
PL	394	17/08/1999	WADIIH MUTRAN	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE TODOS OS MEDICAMEN- TOS COMERCIALIZADOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, POS- SUIREM BULA TRANSCRITA EM BRAILE, E DA OUTRAS PROVI- DENCIAS	
PL	396	17/08/1999	WADIIH MUTRAN	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE TODOS OS MEDICAMEN- TOS COMERCIALIZADOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, POS- SUIREM EM SUAS EMBALAGENS SELOS DE SEGURANCA DO TIPO HOLOGRAMA TRIDIMENSIONAL CONTENDO LOGOTIPO COM O NOME DO PRODUTO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	411	24/08/1999	CALVO	DISPOE SOBRE A INSTITUICAO NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, DAS "FARMACIAS DO POVO", DESTINADAS A FOR- NECER MEDICAMENTOS PARA A POPULACAO, E DA OUTRAS PRO- VIDENCIAS.	
PL	499	05/10/1999	EDIVALDO ESTIMA	DISPOE SOBRE A CONCESSAO GRATUITA DE REMEDIOS AOS APO SENTADOS DOS ORGAOS MUNICIPAIS E DA OUTRAS PROVIDEN- CIAS.	
PL	595	23/11/1999	CARLOS NEDER, JULIANA CARDOSO	DEFINE DIRETRIZES PARA UMA POLITICA DE PREVENCAO E ATENCAO INTEGRAL A SAUDE DE PESSOA PORTADORA DE DIABE TES, NO AMBITO DO SISTEMA UNICO DE SAUDE NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	200	25/05/2000	CALVO	DISPOE SOBRE A INSCRICAO OBRIGATORIA TAMBEM EM [BRAILLE] DAS PRINCIPAIS INFORMACOES CONTIDAS NAS EM- BALAGENS DOS REMEDIOS FABRICADOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	318	16/08/2000	TONINHO PAIVA	OBRIGA O PODER EXECUTIVO A FORNECER, GRATUITAMENTE, AOS CIDADAO S MAIORES DE 65 ANOS DE IDADE, COM RENDA FAMILIAR DE ATE 5 SALARIOS MINIMOS, OS MEDICAMENTOS QUE ESPECIFICA, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	328	29/08/2000	EMILIO MENEGHINI	DISPOE SOBRE O [CUPOM CONTRA A GRIPE], E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	80	08/03/2001	CARLOS ALBERTO BEZERRA JR.	DISPOE SOBRE A INSTITUICAO DO PROGRAMA DE PROTECAO DA SAUDE DA GESTANTE E DO RECEM-NASCIDO NO MUNICIPIO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 13.211 de 13/11/2001
PL	135	21/03/2001	ANTONIO PAES - BARATAO	[VTA05] SOBRE A OBRIGATORIEDADE DA DIVULGACAO PELAS FARMACIAS, POSTOS DE SAUDE E HOSPITAIS DE RELACAO DOS MEDICAMENTOS DE USO PROIBIDO PELO MINISTERIO DA SAUDE, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	75	05/03/2002	ANTONIO CARLOS RODRIGUES	CRIA NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO O PROGRAMA CESTAO DE MEDICAMENTOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 14.084 de 27/10/2005
PL	138	13/03/2002	PAULO FRANGE	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DA PUBLICACAO, NO SI- TE OFICIAL DA PREFEITURA E EM TODAS UNIDADES BASICAS DE SAUDE, DA RELACAO DE MEDICAMENTOS EXISTENTES, DA- QUELES EM FALTA E O LOCAL ONDE ENCONTRA-LOS NA REDE MUNICIPAL DE SAUDE, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	

Tip o	Núme ro	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	150	19/03/2002	CARLOS NEDER, JULIANA CARDOSO	DISPOE SOBRE AQUISICAO E FORNECIMENTO DE MEDICAMEN- TOS ADEQUADOS PARA O TRATAMENTO DA FIBROSE CISTICA	
PL	152	19/03/2002	CARLOS ALBERTO BEZERRA JR.	INSTITUI A POLITICA DE COLETA DE MEDICAMENTOS DOMES- TICOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVI- DENCIAS.	
PL	153	19/03/2002	PAULO FRANGE, MYRYAM ATHIE	'DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DA PUBLICACAO, NO SITE OFICIAL DA PREFEITURA E EM TODAS AS UNIDADES BA- SICAS DE SAUDE, DA RELACAO DE MEDICAMENTOS EXISTEN- TES, DAQUELES EM FALTA E O LOCAL ONDE ENCONTRA-LOS NA REDE MUNICIPAL DE SAUDE, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.'	LEI 13.709 de 07/01/2004
PL	210	09/04/2002	NATALINI	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DE CIRURGIA PLASTICA PELOS HOSPITAIS DA REDE PUBLICA, NA FORMA QUE ESPECIFICA, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 13.466 de 04/12/2002
PL	343	19/06/2002	CLAUDIO FONSECA, JOSE POLICE NETO	DISPOE SOBRE AS CONSIGNACOES EM FOLHA DE PAGAMENTO DOS SERVIDORES PUBLICOS E PENSIONISTAS DA ADMINISTRA- CAO DIRETA E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	357	19/06/2002	ATILIO FRANCISCO, CELSO JATENE	[VTA07] IMPLANTACAO DO PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE MORBIDA NA REDE MUNICIPAL DE SAUDE E DA OUTRAS PROVIDENCIAS."	
PL	404	06/08/2002	ARSELINO TATTO	'OBRIGA AS FARMACIAS E DROGARIAS A MANTEREM RECI- PIENTES DE AGUA EM SUAS LOJAS DE VENDA A VAREJO'.	
PL	514	19/09/2002	CLAUDIO FONSECA	INSTITUI O SISTEMA DE SAUDE DO SERVIDOR PUBLICO MU- NICIPAL E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	43	18/02/2003	FRANCISCO CHAGAS	INSTITUI AS FARMACIAS SOLIDARIAS A SEREM INSTALADAS NAS SUBPREFEITURAS DA CIDADE DE SAO PAULO.	LEI 13.789 de 13/02/2004
PL	239	24/04/2003	PAULO FRANGE	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE APOIO E ASSISTENCIA AS PESSOAS SUBMETIDAS A TRANS- PLANTE DE QUALQUER NATUREZA, E DA OUTRAS PROVIDEN- CIAS.	
PL	246	29/04/2003	JOSE FERREIRA (ZELAO)	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA ESPECIAL DE FOR- NECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA PESSOAS DA TERCEIRA IDADE E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 13.713 de 07/01/2004
PL	455	07/08/2003	PAULO FRANGE, CARLOS NEDER, CALVO, CARLOS ALBERTO BEZERRA JR., NATALINI, CLAUDETE ALVES	ALTERA A LEI N. 12.352, DE 13 DE JUNHO DE 1997, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS. (ASSISTENCIA AS PESSOAS PORTADORAS DO TRACO FALCIFOR- ME OU ANEMIA FALCIFORME.)	LEI 14.482 de 16/07/2007
PL	559	02/09/2003	CLAUDIO FONSECA, JOSE POLICE NETO	INSTITUI O PROGRAMA PARCEIRO DA SAUDE DO IDOSO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	692	21/10/2003	CARLOS NEDER, JULIANA CARDOSO	INSTITUI PROGRAMA DE PREVENCAO A EPILEPSIA E ASSIS- TENCIA INTEGRAL AS PESSOAS COM EPILEPSIA NO MUNICIPIO DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	742	04/11/2003	NATALINI	DISPOE SOBRE O PROGRAMA DE APOIO AOS PORTADORES DE PSORIAS E, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	871	10/12/2003	ROGER LIN	AUTORIZA A PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO A DISTRIBUIR LEITE ASO IDOSOS CADASTRADOS NOS SERVICOS DE SAUDE MUNICIPAIS, JUNTAMENTE COM O MEDICAMENTO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	907	18/12/2003	ELISEU GABRIEL	DELIMITA A AREA ESCOLAR DE SEGURANCA, COMO ESPACO DE PRIORIDADE ESPECIAL DO PODER PUBLICO MUNICIPAL.	
PL	209	19/05/2004	PAULO FRANGE	OBRIGA O EXECUTIVO A PROCEDER A INSTALACAO DE AMBULATORIOS MEDICOS NAS UNIDADES DOS CENTROS DE EDUCACAO UNIFICADOS DO MUNICIPIO DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	540	14/12/2004	TIAO BEZERRA	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA PARA CONJUNTOS HABITACIONAIS E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	165	14/04/2005	CLAUDETE ALVES	REGULA A APLICACAO DE MEDICACAO POR PROFISSIONAIS LEGALMENTE HABILITADOS NA REDE MUNICIPAL DE EDUCACAO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	

Tip o	Núme ro	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	185	14/04/2005	CARLOS ALBERTO BEZERRA JR.	INSTITUI A POLITICA DE COLETA DE MEDICAMENTOS DOMESTICOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	186	14/04/2005	CARLOS ALBERTO BEZERRA JR.	DISPOE SOBRE A INSTITUICAO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE PREVENCAO E TRATAMENTO DA HEPATITE C NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	213	10/05/2005	CARLOS APOLINARIO	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE APOIO E ASSISTENCIA AS PESSOAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTE DE QUALQUER NATUREZA, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PD L	54	07/06/2005	CLAUDETE ALVES	SUSTA A PORTARIA Nº 1.692 DE 04 DE MARCO DE 2005, DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL, EDITADA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACAO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS (REFERENTE AO ATENDIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO QUANDO NECESSARIO)	
PL	482	09/08/2005	AURELIO NOMURA	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA DE PRODUCAO DE FITOTERICOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	LEI 14.903 de 06/02/2009
PL	510	16/08/2005	AURELIO NOMURA	DISPOE SOBRE A CRIACAO DE POSTOS DE COLETA DE MEDICAMENTO DE USO DOMESTICO COM PRAZO DE VALIDADE VENCIDO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	520	17/08/2005	WADIH MUTRAN	INSTITUI NORMAS SOBRE A DIVULGACAO DE CAMPANHAS PUBLICITARIAS DE MEDICAMENTOS COM CONOTACAO DE RECEITUARIO MEDICO, NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	823	15/12/2005	CLAUDETE ALVES	ESTABELECE O PROGRAMA MUNICIPAL DE SAUDE DA POPULACAO NEGRA DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PD L	9	08/03/2006	CLAUDETE ALVES	SUSTA A PORTARIA Nº 1.692 DE 04 DE MARCO DE 2005, DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL, EDITADA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACAO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	94	08/03/2006	TONINHO PAIVA	INSTITUI O PROGRAMA DE PREVENCAO E ATENCAO INTEGRAL A SAUDE DA PESSOA PORTADORA DE HEPATITE, EM TODAS AS SUAS FORMAS, NO AMBITO DO HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	LEI 16.057 de 13/08/2014
PL	117	08/03/2006	CLAUDETE ALVES	REGULA A APLICACAO DE MEDICACAO POR PROFISSIONAIS LEGALMENTE HABILITADOS NA REDE MUNICIPAL DE EDUCACAO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	176	22/03/2006	AURELIO NOMURA	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA "FARMACIA SOLIDARIA" QUE SE CONSTITUI NA COLETA E DISTRIBUICAO GRATUITA DE MEDICAMENTO A PESSOAS CARENTES	
PL	185	22/03/2006	JORGE BORGES	DETERMINA A EXPOSICAO EM TODAS AS UNIDADES BASICAS DE SAUDE DE CARTAZ INFORMATIVO SOBREA A DISTRIBUICAO GRATUITA DE MEDICAMENTOS PARA OS PORTADORES DE DOENCAS CRONICAS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	LEI 14.421 de 31/05/2007
PL	293	09/05/2006	PAULO FRANGE	REGULAMENTA OS PROCEDIMENTOSPARA A REALIZACAO DE PESQUISAS CLINICAS NO AMBITO DAS UNIDADES DE SAUDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO PAULO	
PL	330	25/05/2006	CARLOS ALBERTO BEZERRA JR.	INSTITUI A CAMPANHA MUNICIPAL DE CONSCIENTIZACAO E COMBATE A AUTOMEDICACAO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	363	08/08/2006	ADEMIR DA GUIA	ACRESCENTA O PARAGRAFO UNICO AO ARTIGO 3º DA LEI Nº 13.789 DE 13 DE FEVEREIRO DE 2004 - REFERENTE A INSTALACAO DE BOXES PARA VENDAS DE REMEDIOS A PRECOS POPULARES NOS TERMINAIS RODOVIARIOS URBANOS NA CIDADE DE SAO PAULO	
PL	463	16/08/2006	ATTILA RUSSOMANNO	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DA UTILIZACAO DE FICHA INFORMATIVA PARA ALUNOS EM ESCOLAS MUNICIPAIS E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	585	07/11/2006	FRANCISCO CHAGAS	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO "PROGRAMA DE SAUDE MOVEI", NO MUNICIPIO DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	648	30/11/2006	LENICE LEMOS	DISPOE SOBRE A POSSIBILIDADE DE PARCERIA NO ATENDIMENTO POR PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE A POPULACAO CARENTE DA CIDADE DE SAO PAULO E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	

Tip o	Núme ro	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	81	27/02/2007	TONINHO PAIVA	INSTITUI O PROGRAMA DE ATENCAO INTEGRAL A SAUDE DA PESSOA PORTADORA DE VITILIGO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	306	02/05/2007	ADOLFO QUINTAS	FICA INSTITUIDO QUE TODOS OS LABORATORIOS FARMACEUTICOS QUE FORNECEREM MEDICAMENTOS NA CIDADE DE SAO PAULO, DEVERAO CONSIGNAR TAMBEM EM SUAS EMBALAGENS O NOME DA MEDICACAO EM BRAILE.	
PL	563	28/08/2007	GILSON BARRETO	INSTITUI A SEMANA DE ARRECADAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA CIDADE DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	758	31/10/2007	CLAUDETE ALVES	INSTITUI O PROGRAMA DE ATENCAO INTEGRAL A SAUDE DA PESSOA PORTADORA DE VITILIGO E PSORÍASE, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	79	26/02/2008	CARLOS NEDER, JULIANA CARDOSO	INSTITUI OBRIGATORIEDADE DAS UNIDADES DE SAUDE QUE TENHAM FARMACIAS OU DISPENSARIOS DE MEDICAMENTOS A MANTEREM PROFISSIONAL HABILITADO E INSCRITO NO CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA, DISCIPLINA A POLITICA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	543	21/08/2008	ABOU ANNI	DISPOE SOBRE A AFIXACAO OBRIGATORIA, NOS LOCAIS E NAS CONDICoes QUE ESTABELECE, DA LISTA DE MEDICAMENTOS DISPONIVEIS PARA ENTREGA NA REDE PUBLICA MUNICIPAL DE SAUDE PARA A POPULACAO EM GERAL, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.199 de 18/06/2010
PL	110	10/03/2009	CLAUDIO FONSECA, JOSE POLICE NETO	INSTITUI O PROGRAMA PARCEIRO DA SAUDE DO IDOSO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	246	15/04/2009	GOULART	DISPOE SOBRE A POLITICA MUNICIPAL DE CONSCIENTIZACAO E ORIENTACAO SOBRE O LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES) E O LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE (LED), E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	287	05/05/2009	USHITARO KAMIA, MARCO AURELIO CUNHA	CRIA O PROGRAMA MUNICIPAL DE HOMEOPATIA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	327	14/05/2009	PAULO FRANGE	TORNA OBRIGATORIO A AFIXACAO NAS ACADEMIAS DE GINASTICA, NOS CENTROS ESPORTIVOS E ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS DE "NUTRICAO ESPORTIVA" E PRODUTOS CORRELATOS A ATIVIDADE FISICA, DE CARTA COM ADVERTENCIA SOBRE AS CONSEQUENCIAS DO USO DE ANABOLIZANTES.	
PL	344	21/05/2009	JULIANA CARDOSO	OBRIGA A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE A MANTER LISTA DE MEDICAMENTOS BASICOS.	
PL	60	24/02/2010	MARTA COSTA	DISPOE SOBRE A INCLUSAO NA LEI 14.485, DE 19 DE JULHO DE 2007, DA INSTITUICAO DE SEMANAS DE ESTUDOS E CONSCIENTIZACAO DOS MALEFICIOS DA MEDICALIZACAO - USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS - NO MUNICIPIO DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	272	16/06/2010	CLAUDIO FONSECA, JOSE POLICE NETO, RICARDO YOUNG, MARIO COVAS NETO	DISPOE SOBRE A IMPLANTACAO DE PONTOS DE ENTREGA VOLUNTARIA DE MEDICAMENTOS VENCIDOS E INSTITUI A POLITICA DE INFORMACAO SOBRE OS RISCOS AMBIENTAIS CAUSADOS PELO DESCARTE INCORRETO DESSES PRODUTOS, NO AMBITO DA CIDADE DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	513	16/11/2010	ELISEU GABRIEL	ALTERA A LEI 14.485, DE 19 DE JULHO DE 2007, PARA INSERIR, NO CALENDARIO DE EVENTOS DA CIDADE DE SAO PAULO, O "DIA MUNICIPAL DE LUTA CONTRA A MEDICALIZACAO DA EDUCACAO", A SER PROMOVIDO, ANUALMENTE, NO DIA 11 DE NOVEMBRO.	LEI 15.554 de 30/03/2012
PL	2	05/04/2011	JOSE AMERICO, PAULO FRANGE, NATALINI, JOSE FERREIRA (ZELAO), AURELIO MIGUEL, NOEMI NONATO, JAMIL MURAD, SANDRA TADEU, MILTON FERREIRA	DISPOE SOBRE O RECOLHIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	

Tip o	Núme ro	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	11	05/04/2011	JAMIL MURAD	DISPOE SOBRE A COLETA E O DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	40	05/04/2011	FRANCISCO CHAGAS	DISPOE SOBRE A DEVOLUCAO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS OU DETERIORADOS AOS ESTABELECIMENTOS QUE OS COMERCIALIZAM E SUA CORRETA DESTINACAO FINAL NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	52	05/04/2011	RICARDO TEIXEIRA	DISPOE SOBRE A PROIBICAO DO CONSUMO DE CIGARROS, CIGARRILHAS CHARUTOS, CACHIMBOS, OU DE QUALQUER OUTRO PRODUTO FUMIGENO, DERIVADO OU NAO DO TABACO, EM PRACAS, PARQUES E DEMAIS LOCAIS AO AR LIVRE, DESTINADOS A PRATICA ESPORTIVA E DE LAZER, NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, ENTRE OUTROS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PR	2	05/04/2011	ELISEU GABRIEL	INSTITUI A FRENTE PARLAMENTAR SOBRE MEDICALIZACAO DA EDUCACAO.	
PL	176	13/04/2011	DAVID SOARES	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO BANCO DO LIXO, DESCARTE DE LIXO, RESIDUOS E MEDICAMENTOS, E FIXA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	379	11/08/2011	NATALINI	ESTABELECE A OBRIGATORIEDADE DE CONSULTA AOS CRITERIOS DE BEERS-FICK NO ATENDIMENTO DE IDOSOS NOS EQUIPAMENTOS DE SAUDE DA REDE PUBLICA, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	592	14/12/2011	SAUDE, PROMOCAO SOCIAL E TRABALHO	ESTABELECE DIRETRIZES PARA A EXECUCAO DA POLITICA MUNICIPAL DE SAUDE VOLTADA PARA A PREVENCAO E TRATAMENTO DA DOR, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	15	07/02/2012	WADIIH MUTRAN, AURELIO NOMURA	INSTITUI NORMAS SOBRE COLETA DE MEDICAMENTOS VENCIDOS, A SER INTRODUIDO EM TODO TERRITORIO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	205	16/05/2012	ADOLFO QUINTAS	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS, NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	228	16/05/2012	DALTON SILVANO	DISPOE SOBRE A DISPONIBILIZACAO DE BULA EM FORMATO ELETRONICO EM MEDICAMENTOS VENDIDOS POR MEIO DE "SITES" NA INTERNET, NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	518	12/12/2012	DAVID SOARES	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO BANCO DO LIXO, E FIXA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	27	26/02/2013	PATRICIA BEZERRA	INSTITUI O PLANO MUNICIPAL PARA A HUMANIZACAO DO PARTO, DISPOE SOBRE ADMINISTRACAO DE ANALGESIA EM PARTOS NATURAIS DE GESTANTES DA CIDADE DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.894 de 08/11/2013
PL	509	06/08/2013	AURELIO NOMURA	DISPOE SOBRE OBRIGATORIEDADE DE FARMACIAS E DROGARIAS RECEBEREM MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE VENCIDO PARA DESCARTE, NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO.	
PR	31	27/08/2013	MARCO AURELIO CUNHA	DISPOE SOBRE A CRIACAO, NO AMBITO DA CAMARA MUNICIPAL DE SAO PAULO, DA FRENTE PARLAMENTAR DE APOIO A CAMPANHA NACIONAL QUE VISA A DESONERACAO TRIBUTARIA DE MEDICAMENTOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	RESOLUCAO DA CMSP 21 de 01/10/2013
PL	887	17/12/2013	NOEMI NONATO	DISPOE SOBRE A GARANTIA DE CONTINUIDADE NO FORNECIMENTO DE REMEDIO PARA EPILEPSIA, NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	78	25/03/2014	JOSE AMERICO	ALTERA O DISPOSITIVO DA LEI Nº 11.039 DE 23 DE AGOSTO DE 1991 E ACRESCENTA NOVOS ARTIGOS, MODIFICA AS LEIS NºS 11.124 DE 26 DE NOVEMBRO DE 1991, 11.111 DE 31 DE OUTUBRO DE 1991, E A 11.405 DE 9 DE SETEMBRO DE 1993, AS QUAIS DISPOEM SOBRE O EXERCICIO DO COMERCIO OU PRESTACAO DE SERVICOS DE AMBULANTES NAS VIAS E LOGRADOUROS PUBLICOS DO MUNICIPIO DE SAO PAULO E CRIA O CONSELHO MUNICIPAL DO COMERCIO OU PRESTACAO DE SERVICOS DE AMBULANTES NAS VIAS E LOGRADOUROS PUBLICOS DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, AMPARADO PELOS ARTIGOS 114 E 160 DA LEI ORGANICA DO MUNICIPIO DE SAO	

Tip o	Núme ro	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	240	05/06/2014	TONINHO VESPOLI	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CRIAR A FARMACIA DE MANIPULACAO PARA ATENDIMENTO A POPULACAO DE BAIXA RENDA E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	422	02/09/2014	CALVO	DISPÕE SOBRE A DIVULGAÇÃO DOS RISCOS DO USO INDISCRIMINADO DE ANFETAMÍNIMOS E DO DEVER DE INFORMAÇÃO, POR MEIO DO FORNECIMENTO DE BULA, NAS HIPÓTESES DE MANIPULAÇÃO DESSA DROGA, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NAS CONDIÇÕES QUE ESPECIFICA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	
PL	188	30/04/2015	ARSELINO TATTO	OBRIGA A PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO A MANTER NAS UNIDADES INTEGRANTES DA REDE MUNICIPAL DE EDUCACAO, AUXILIAR OU TECNICO EM ENFERMAGEM.	
PL	312	24/06/2015	EDIR SALES	ALTERA A LEI Nº 14.485, DE 19 DE JULHO DE 2007, COM A FINALIDADE DE INCLUIR NO CALENDARIO OFICIAL DE EVENTOS DA CIDADE DE SAO PAULO A SEMANA DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	

Tip o	Núm ero	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	652	01/08/1995	DALMO PESSOA	DISPOE SOBRE REALIZACAO DE EXAMES MEDICO-BIOMETRICOS NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO,E DA OUTRAS PROVIDENCIAS .	
PL	574	13/06/1996	SERGIO RICARDO SILVA ROSA	OBRIGA OS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO LOCALIZADOS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO A FIXACAO DE LIMITES PARA A CARGA DE MATERIAL ESCOLAR TRANSPORTADA PELO ALUNO, E	
PL	49	18/02/1997	CARLOS NEDER	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DA ESCOVACAO BUCAL DIARIA NOS ALUNOS DE CRECHES E ESCOLAS E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	227	26/03/1997	CARLOS NEDER	INSTITUI O PROGRAMA DE SAUDE AUDITIVA PARA CRIANCAS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 12.556 de 08/01/1998
PL	324	23/04/1997	IVO MORGANTI	[VTA05] OBRIGATORIEDADE DA REALIZACAO ANUAL DE AVALIACAO OFTALMOLOGICA E AUDITIVA NOS ALUNOS NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	303	12/05/1998	TONINHO PAIVA	ESTABELECE A REALIZACAO DE EXAMES OFTALMOLOGICOS EM ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS	
PL	259	02/06/1999	CALVO	INSTITUI NO MUNICIPIO DE SAO PAULO O "PROGRAMA PREVENTIVO DE SAUDE VISUAL" NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE 1.	
PL	37	08/02/2001	TONINHO PAIVA	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DE EXAMES CLINICOS EM ALUNOS MATRICULADOS NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	173	05/04/2001	CELSO JATENE	DISPOE SOBRE A EXTENSAO DO ATENDIMENTO DE PREVENCAO OFTALMOLOGICA E AUDIOMETRICA DOS POSTOS DE SAUDE, AS CRIANCAS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, ATRAVES DE UNIDADE MOVEL, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	370	26/06/2001	ANTONIO PAES - BARATAO	[VTA05] SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA "SAUDE NA ESCOLA" E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	449	21/08/2001	WADIH MUTRAN	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE PREVENCAO E COMBATE AS CARIES A SER IMPLANTADO EM TODAS AS ESCOLAS E CRECHES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	657	21/11/2001	ROGER LIN	INSTITUI O PROGRAMA DE ORIENTACAO E CONSCIENTIZACAO DA SAUDE ALIMENTAR E PREVENCAO DA OBESIDADE NAS ESCOLAS MUNICIPAIS DO MUNICIPIO DE SAO PAULO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	58	05/03/2002	NATALINI	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE EXAME DE AUDIOMETRIA NAS ESCOLAS PUBLICAS MUNICIPAIS E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	186	02/04/2002	WADIH MUTRAN	DISPOE SOBRE A INTRODUCAO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE AVALIACAO OFTALMOLOGICA E AUDITIVA DOS ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PLO	9	22/05/2002	GILSON BARRETO	DISPOE SOBRE ALTERACOES NA LEI ORGANICA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO (PERCENTUAL DE GASTOS COM EDUCACAO.)	
PL	123	20/03/2003	EDIVALDO ESTIMA	OBRIGA A MANUTENCAO DE CADASTRO MEDICO DOS ALUNOS ATENDIDOS PELAS ESCOLAS PUBLICAS INTEGRANTES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	244	29/04/2003	JOSE FERREIRA (ZELAO)	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA INTEGRADO DE SAUDE E HIGIENE NAS ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL DE EDUCACAO INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.040 de 27/11/2009
PL	383	05/06/2003	EDIVALDO ESTIMA	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DE CONSULTAS MEDICAS OFTALMOLOGICAS E OTORRINOLARINGOLOGICAS SEMESTRAIS EM ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	159	15/03/2006	ANTONIO CARLOS RODRIGUES	DISPOE SOBRE A IMPLANTACAO DE CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS EM TODAS AS ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO.	

Tip o	Núm ero	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	395	08/08/2006	LENICE LEMOS	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE EXAMES CLINICOS PARA PRATICA DE EDUCACAO FISICA NAS ESCOLAS MUNICIPAIS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	406	08/08/2006	BILU VILLELA	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DE EXAME GERAL DE SAUDE NOS ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS	
PL	287	24/04/2007	ANTONIO CARLOS RODRIGUES	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DE EXAMES OFTALMOLOGICOS E OTORRINOLARINGOLOGICOS NOS ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO.	
PL	573	05/09/2007	JOSE AMERICO	DISPOE SOBRE A INCLUSAO DO FONOAUDIOLOGO EM TODAS AS ESCOLAS MUNICIPAIS DE EDUCACAO BASICA DA CIDADE DE SAO PAULO.	
PL	683	16/12/2008	RICARDO TEIXEIRA	DISPOE SOBRE A IMPLANTACAO DE CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS EM TODOS OS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO, INCLUSIVE CRECHES, SOB A SUPERVISAO E ADMINISTRACAO DA PREFEITURA DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	690	17/12/2008	CARLOS NEDER, JULIANA CARDOSO	OBRIGA A PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO A GARANTIR ENSINO REGULAR FORMAL A CRIANCAS QUE REALIZEM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	21	03/02/2009	AGNALDO TIMOTEO	DISPOE SOBRE A CRIACAO DA CARTEIRA DE SAUDE BUCAL NA REDE MUNICIPAL DE EDUCACAO E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 14.958 de 16/07/2009
PLO	4	04/03/2009	CLAUDIO FONSECA, JOSE POLICE NETO	DISPOE SOBRE ALTERACAO DO ARTIGO 208, DO CAPITULO I, DO TITULO VI, DA LEI ORGANICA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS. (REF. A RECUPERACAO DO INDICE DE INVESTIMENTO DE 31[SIMBOLO_PERCENTUAL] NA MANUTENCAO E DESENVOLVIMENTO DO ENSINO, ANTERIOR A 2001).	
PL	583	09/09/2009	JOSE AMERICO	AUTORIZA O EXECUTIVO A IMPLANTAR O PROGRAMA DE ATENCAO A SAUDE NAS CRECHES COMUNITARIAS.	
PL	193	11/05/2010	RICARDO TEIXEIRA	DISPOE SOBRE A DISPONIBILIZACAO DE ARMARIOS PARA GUARDA MATERIAL ESCOLAR AOS ALUNOS DAS ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL E PRIVADA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	198	18/05/2010	NOEMI NONATO	DISPOE SOBRE O ATENDIMENTO DE PRIMEIROS SOCORROS EM ESCOLAS LOCALIZADAS NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	293	22/06/2010	ANTONIO CARLOS RODRIGUES	DISPOE SOBRE O PROGRAMA DE ESTIMULO E INCENTIVO A PRATICA DE ATIVIDADES ESPORTIVAS, RECREATIVAS E DE LAZER NO PERIODO COMPLEMENTAR AO HORARIO NORMAL DAS AULAS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	391	17/08/2010	CLAUDIO FONSECA, JOSE POLICE NETO	DISPOE SOBRE PROGRAMAS DE SAUDE PREVENTIVA PARA PROFISSIONAIS DE EDUCACAO QUE ATUAM NA EDUCACAO INFANTIL E FAMILIARES DAS CRIANCAS.	
PL	447	05/10/2010	NETINHO DE PAULA	DISPOE SOBRE A AVALIACAO NUTRICIONAL DOS ALUNOS DA REDE PUBLICA MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	31	05/04/2011	MILTON FERREIRA	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE MANUTENCAO DE UM PROFISSIONAL AUXILIAR DE ENFERMAGEM, NAS UNIDADES DA REDE PUBLICA MUNICIPAL DE CRECHES E ESCOLAS DE EDUCACAO INFANTIL, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	82	05/04/2011	SOUZA SANTOS	DISPOE SOBRE A IMPLANTACAO DO PROGRAMA "MEDICO NAS CRECHES" DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	

Tip o	Núm ero	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	83	05/04/2011	SOUZA SANTOS	DISPOE SOBRE A INSTALACAO DE UMA UNIDADE DE PRIMEIROS SOCORROS COM UM(A) ENFERMEIRO(A) EM TODAS AS ESCOLAS MUNICIPAIS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	587	08/12/2011	CHICO MACENA	CRIA O PROGRAMA "KIT DE HIGIENE BUCAL INFANTIL", DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE NA CONCESSAO PELO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL DE KIT DE HIGIENE BUCAL, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS. .	
PL	338	08/08/2012	DAVID SOARES	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DE EXAMES DE CHECK-UP NA SAUDE DOS ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E FIXA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	387	06/09/2012	FERNANDO ESTIMA	DISPOE SOBRE O PROJETO "VIVA DE BEM COM SUA COLUNA", DE ORIENTACAO E CONSCIENTIZACAO DA IMPORTANCIA QUANTO A POSTURA CORRETA, NAS ESCOLAS PUBLICAS DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	36	26/02/2013	OTA	INSTITUI O SERVICO DE ASSISTENCIA PSICOLOGICA AO ESTUDANTE NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.960 de 08/01/2014
PL	200	09/04/2013	JEAN MADEIRA	DISPOE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DOS EXAMES BIOMETRICOS DE VISTA, AUDIOMETRIA, DIAGNOSTICO DE OBESIDADE E DE CAPACIDADE FISICA NAS ESCOLAS DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	336	22/05/2013	LAERCIO BENKO	TORNA OBRIGATORIA A DISPONIBILIZACAO DE ARMARIOS INDIVIDUAIS AOS ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO.	
PL	394	18/06/2013	EDUARDO TUMA	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA DE PROGNOSTICO E DIAGNOSTICO DE AUTISMO NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	443	20/06/2013	LAERCIO BENKO	INSTITUI O PLANO DE PREVENCAO DA OBESIDADE INFANTIL NA REDE MUNICIPAL DE EDUCACAO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	786	12/11/2013	CALVO	INSTITUI, NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, O PROJETO QUE TORNA: "OBRIGATORIO INCLUIR NO PRONTUARIO ESCOLAR DOS ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, NO ATO DA MATRICULA, O LAUDO COM DIAGNOSTICO DE MEDICO OFTALMOLOGISTA ATESTANDO A ACUIDADE VISUAL DA CRIANCA INICIANTE NA VIDA ESCOLAR", E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	429	09/09/2014	EDUARDO TUMA	DISPOE SOBRE EXAMES OFTALMOLOGICOS, NO INICIO DO ANO LETIVO, EM ALUNOS DEVIDAMENTE MATRICULADOS NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO.	

TI po	Núme ro	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	252	07/06/1994	HANNA GHARIB	DISPOE SOBRE A CRIACAO, NAS ESCOLAS MUNICIPAIS DE SALA ESPECIAL PARA AS CRIANCAS PORTADORAS DA SINDROME DE DOWN, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	350	11/04/1996	TONINHO PAIVA	DA NOVA REDACAO AO ARTIGO 30. DA LEI 11.250, DE 01 DE OUTUBRO DE 1992, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	760	19/09/1996	JOSE INDIO FERREIRA DO NASCIMENTO	AUTORIZA A CONCESSAO DE USO DE AREA INCLUIDA NOS BENS DOMINIAIS DO MUNICIPIO A ASSOCIACAO BRASIL-PARKINSON E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	276	08/04/1997	CARLOS NEDER, SENIVAL MOURA	ALTERA A EMENTA, O ART. 10. E O CAPUT DO ART. 30. DA LEI NO. 11.250/92, QUE DISPOE SOBRE A ISENCAO DE TARI FA NO SISTEMA DE TRANSPORTE COLETIVO DO MUNICIPIO AOS DEFICIENTES FISICOS E MENTAIS, E DA OUTRAS PROVIDENCI AS.	
PL	460	27/05/1997	CARLOS TAKAHASHI	DISPOE SOBRE A ISENCAO DO IPTU AOS APOSENTADOS PORTA- DORES DE MOLESTIA GRAVE QUE ESPECIFICA, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	21	05/03/2002	EXECUTIVO, MARTA SUPLICY	DISPOE SOBRE A CONCESSAO DE APOSENTADORIA EM RAZAO DE DOENCA GRAVE, CONTAGIOSA OU INCURAVEL, E DA OUTRAS	LEI 13.383 de 03/07/2002
PL	276	08/05/2002	CARLOS ALBERTO BEZERRA JR.	INSTITUI O PROGRAMA MUNICIPAL DE PREVENCAO DA SIN- DROME DE DOWN, MALFORMACOES CONGENITAS E OUTRAS DOEN- CAS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	191	14/04/2005	CARLOS ALBERTO BEZERRA JR.	INSTITUI O PROGRAMA MUNICIPAL DE PREVENCAO DA SINDROME DE DOWN, MALFORMACOES CONGENITAS E OUTRAS DOENCAS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	636	13/10/2005	MARIO DIAS	INSTITUI AS " SEMANAS DE CONSCIENTIZACAO SOBRE A SINDROME DAS LAJES" NAS ESCOLAS CRECHES, SUBPREFEITURAS E HOSPITAIS DA REDE MUNICIPAL DE SAO PAULO	LEI 14.248 de 08/12/2006
PL	639	22/11/2006	MYRYAM ATHIE	INSTITUI A "CAMPANHA MUNICIPAL DE COMBATE E CONSCIENTIZACAO A SINDROME OU TRANSTORNO DO PANICO" A SEREM REALIZADOS ANUALMENTE NA ULTIMA SEMANA DO MES DE AGOSTO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 14.557 de 23/10/2007
PL	22	07/02/2007	USHITARO KAMIA	INCLUI NO CALENDARIO OFICIAL DO MUNICIPIO DE SAO PAULO O EVENTO "DIA DA PREVENCAO E INFORMACAO SOBRE A SINDROME DO OLHO SECO", E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	519	14/08/2007	USHITARO KAMIA	INCLUI NO CALENDARIO OFICIAL DO MUNICIPIO DE SAO PAULO O EVENTO "CONSCIENTIZACAO DA SINDROME ALCOOLICA FETAL", E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 14.634 de 14/12/2007
PL	778	13/11/2007	CARLOS NEDER	ALTERA A EMENTA, O ART. 1º E O "CAPUT" DO ART. 3º DA LEI Nº 11.250/92, QUE DISPOE SOBRE A ISENCAO DE TARIFA NO SISTEMA DE TRANSPORTE COLETIVO NO MUNICIPIO AOS DEFICIENTES FISICOS E MENTAIS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	151	25/03/2009	MARTA COSTA	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DA CAMPANHA DE CONSCIENTIZACAO NO MUNICIPIO SOBRE A SINDROME DE ASPERGER.	
PL	492	04/08/2009	ATILIO FRANCISCO, ANTONIO CARLOS RODRIGUES	ESTABELECE DIRETRIZES PARA A POLITICA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO AS CRIANCAS PORTADORAS DA SINDROME DE AUTISMO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.409 de 11/07/2011
PL	669	20/10/2009	PENNA	INSTITUI PROGRAMA DE ASSISTENCIA MEDICA E PSICOLOGICA AOS PROFESSORES DA REDE PUBLICA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO PORTADORES DA SINDROME DE BURNOUT.	
PL	672	20/10/2009	PENNA	INSTITUI A "CAMPANHA MUNICIPAL DE COMBATE E CONSCIENTIZACAO A SINDROME DE BURNOUT" A SER REALIZADA ANUALMENTE NA SEMANA DO DIA 15 DE OUTUBRO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.206 de 23/06/2010
PL	695	29/10/2009	MARTA COSTA	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DA CAMPANHA DE CONSCIENTIZACAO NO MUNICIPIO SOBRE A SINDROME DE BURNOUT.	

TI po	Número	Data	Promovente	Ementa	Norma
PL	700	04/11/2009	ATILIO FRANCISCO	DISPOE SOBRE A POLITICA MUNICIPAL RELATIVA AOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIENCIA INTELLECTUAL OU COM AUTISMO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	512	09/11/2011	PAULO FRANGE	INSTITUI NO MUNICIPIO DE SAO PAULO A "SEMANA MUNICIPAL DE CONSCIENTIZACAO DO AUTISMO", A SER COMEMORADO ANUALMENTE, NA PRIMEIRA SEMANA DO MES DE ABRIL, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 16.101 de 08/01/2015
PL	544	22/11/2011	ADOLFO QUINTAS	INSTITUI "A CAMPANHA DE PREVENCAO DE SINDROME DE FOUNIER", NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 16.188 de 28/04/2015
PL	154	18/04/2012	ANTONIO DONATO	ALTERA A LEI Nº 14.485, DE 19 DE JULHO DE 2007, PARA INCLUIR NO CALENDARIO DE EVENTOS DA CIDADE DE SAO PAULO O DIA DA CONSCIENTIZACAO SOBRE A ALIENACAO PARENTAL, A SER REALIZADO ANUALMENTE NO DIA 25 DE ABRIL, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	LEI 15.668 de 13/12/2012
PL	126	21/03/2013	EDIR SALES	INSTITUI O PROGRAMA DE CONSCIENTIZACAO E ORIENTACAO SOBRE SINDROME DE DOWN, E FIXA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	394	18/06/2013	EDUARDO TUMA	DISPOE SOBRE A CRIACAO DO PROGRAMA DE PROGNOSTICO E DIAGNOSTICO DE AUTISMO NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	33	18/02/2014	NATALINI	DISPOE SOBRE A CRIACAO DE CAMPANHA EDUCATIVA DE CONSCIENTIZACAO SOBRE A SINDROME ALCOOLICA FETAL E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	451	18/09/2014	MARTA COSTA	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DA CAMPANHA DE CONSCIENTIZACAO NO MUNICIPIO SOBRE A SINDROME METABOLICA.	
PL	49	26/02/2015	CALVO, NETINHO DE PAULA	DISPOE SOBRE A ALTERACAO DA LEI 14.485, DE 19 DE JULHO DE 2007, COM A FINALIDADE DA INCLUSAO DO DIA MUNICIPAL DA SINDROME DE DOWN, NAS CONDICOES QUE ESPECIFICA E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PR	4	04/03/2015	CALVO	DISPOE SOBRE A INSTITUICAO DO PREMIO DE RECONHECIMENTO HUMANITARIO: SINDROME DE DOWN, VIVER SEM FRONTEIRAS.	
PL	252	27/05/2015	JONAS CAMISA NOVA	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DA CAMPANHA CONTINUADA SOBRE A SINDROME DO PENSAMENTO ACELERADO NO AMBITO DO MUNICIPIO DE SAO PAULO, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.	
PL	325	05/08/2015	JONAS CAMISA NOVA	DISPOE SOBRE A REALIZACAO DA CAMPANHA DE CONSCIENTIZACAO NO MUNICIPIO SOBRE A SINDROME DE PRADER WILLI.	