

Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos

USO DE MEDICAMENTOS E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: recomendações e estratégias



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos

USO DE MEDICAMENTOS E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: recomendações e estratégias



Brasília – DF
2019



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2019 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, Sobreloja

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6281

Site: www.saude.gov.br/medicamentos

E-mail: daf@saude.gov.br

Supervisão-Geral:

Luiz Henrique Mandetta

Denizar Vianna de Araújo

Coordenação Geral:

Sandra de Castro Barros

Organização:

Alane Andreilino Ribeiro

Gabriel Gonçalves Okamoto

Colaboração:

Adriana Scavuzzi Carneiro da Cunha

Alane Andreilino Ribeiro

Alessandra Russo de Freitas

Ana Carolina Navarrete

Ana Lúcia S. Marcal Paduello

André Lacerda Ulysses de Carvalho

Andrea Regina do Nascimento Vrech Coelho

Antônio Joaquim Bonfim

Betânia Ferreira Leite

Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia

Célia Machado Gervásio Chaves

Celmário Castro Brandão

Daiana Araujo da Silva

Elton da Silva Chaves

Evandro de Oliveira Lupatini

Felipe Dias Carvalho

Fernanda Baldotto de C. Bonfim

Fernanda Pereira de Almeida Nazário

Gabriel Gonçalves Okamoto

Gabriela Brasil Nascimento

Geisa Maria Grijó Farani

Gustavo Laine Araújo de Oliveira

Gustavo Vasconcelos Bittencourt Cabral

Gláucio de Moraes e Silva

Henrique Batista e Silva

Hessem Miranda Neiva

Igor Rodrigues Brito

Isabella Carolyne Martins

Ivone Martini de Oliveira

Jaqueline Silva Misael

Jessé da Nóbrega B. Azevedo

João Paulo Campos Fernandes

Joslaine de Oliveira Nunes

Júlia Souza Vidal

Kleber Carlos Moraes

Luciane Anita Savi

Ludmylla Florêncio de Santana

Maria da Conceição Silva

Maria Fernanda Barros de Oliveira

Marina Weizenmann

Nicole Menezes de Souza

Pamela Santiago Mariath Vidal

Rejane Maria de Souza Alves

Rodrigo Ramos de Sena

Rosângela Gomes Bevenides

Rui Massato Harayama

Sarah Nascimento Silva

Shirley Ferreira Silva

Soraya Machado de Jesus

Vera Lúcia Tierling

Wanslei Oliveira Lim

Fotografia:

Radilson Carlos Gomes da Silva

Design gráfico:

Gustavo Lins

Normalização:

Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde

Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília :

Ministério da Saúde 2018.

33 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf>

ISBN 978-85-334-2688-7

1. Medicamentos. 2. Uso de Medicamentos. 3. Promoção da Saúde. I. Título.

CDU 615.03

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Editora MS – OS 2018/0496

Título para indexação:

Use of Medicines and Medicalization of Life: recommendations and strategies.

Lista de siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AF – Assistência Farmacêutica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNPURM – Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos

CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica

JIFE – Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INCB – International Narcotics Control Board

LGBTI – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros e Intersexuais

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PSE – Programa Saúde na Escola

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TDA – Transtorno de Déficit de Atenção

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

URM – Uso Racional de Medicamentos

Sumário

| | |
|--|-----------|
| Apresentação | 5 |
| 1 Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos | 6 |
| 1.1 Competências | 7 |
| 1.2 Composição | 7 |
| 1.3 Planejamento de ações | 8 |
| 2 Estratégia de trabalho | 10 |
| 3 Medicalização da Vida | 12 |
| 3.1 Contexto Geral | 13 |
| 3.2 Recomendações e estratégias | 16 |
| 4 Uso de medicamentos em populações vulnerabilizadas | 18 |
| 4.1 Contexto Geral | 19 |
| 4.2 Recomendações e estratégias | 21 |
| 5 Uso racional de antimicrobianos | 23 |
| 5.1 Contexto Geral | 24 |
| 5.2 Recomendações e estratégias | 25 |
| Referências | 28 |
| Glossário | 31 |

Apresentação

O uso racional de medicamentos está entre os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Essa temática vem ganhando expressão ao longo dos últimos anos tanto na agenda nacional, quanto na internacional. Nesse sentido, se reforça a importância da oferta de informação sobre medicamentos que seja independente, sem conflitos de interesse e pautada na imparcialidade como subsídio para a promoção do uso racional de medicamentos em todas as esferas do governo e da sociedade civil.

Além das questões relacionadas à falta de acesso ao medicamento, os debates realizados dentro do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, instância consultiva instituída no âmbito do Ministério da Saúde, apontam para a necessidade de realização de ações que objetivem conter os abusos relacionados ao uso de medicamentos. Um dos caminhos para isso é o estabelecimento de recomendações e estratégias, as quais serão descritas ao longo desse relatório.

Não esperamos, com isso, esgotar as possibilidades de discussão sobre o assunto, mas sim, contribuir para somar esforços com outros trabalhos já desenvolvidos sobre esse tema e que visam ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa e outras questões afins precisam ser permanentemente reforçadas e aprofundadas por meio de debates não apenas no setor saúde, mas também em outros setores que possuam interface com esse (assistência social, socioeducativo, jurídico). Espera-se que esse relatório seja um aliado na defesa e na luta pela melhoria contínua das condições de saúde e de vida da população brasileira.

Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos



1

Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos

O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM) foi instituído, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS n.º 1.555, de 27 de junho de 2007, e redefinido pela Portaria GM/MS n.º 834, de 14 de maio de 2013. Essa legislação pode ser atualmente consultada no anexo XXVIII, título I, Capítulo III, da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.

O CNPURM possui caráter consultivo e tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde.

1.1 Competências

Em conformidade com o Art. 7º, do anexo XXVIII, título I, Capítulo III, da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, compete ao CNPURM:

- I. identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, monitoramento e avaliação direcionados à promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS;
- II. propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos em consonância com as políticas nacionais de medicamentos, de assistência farmacêutica e legislação afim;
- III. identificar e propor estratégias que requeiram a articulação entre órgãos e entidades públicas e privadas, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos;
- IV. contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes;
- V. propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);
- VI. propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de farmacovigilância no âmbito da assistência farmacêutica e do SNVS;
- VII. propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos;
- VIII. promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades públicas e privadas em território nacional cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos;
- IX. propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimento científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos;

1.2 Composição

O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos é composto por representantes (titular e suplente) dos seguintes órgãos e entidades:

- I. Ministério da Saúde:
 - a. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS);

- b. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);
 - c. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS);
 - d. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS);
 - e. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);
 - f. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS);
 - g. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP);
- II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
 - III. Ministério da Educação (MEC);
 - IV. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS);
 - V. Conselho Federal de Medicina (CFM);
 - VI. Federação Nacional dos Médicos (FENAM);
 - VII. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC);
 - VIII. Conselho Federal de Farmácia (CFF);
 - IX. Conselho Federal de Odontologia (CFO);
 - X. Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR);
 - XI. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
 - XII. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Também participaram das reuniões as seguintes entidades/instituições parceiras convidadas pelo Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos: Conselho Federal de Enfermagem (Cofen); Conselho Nacional de Saúde (CNS), por representação dos usuários; Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS); Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade; e Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-Brasil).

1.3 Planejamento

Na intenção de melhor desenvolver as ações sob sua competência, o CNPURM estabeleceu um planejamento estruturado em quatro grandes áreas de atuação: educação, informação, regulação e pesquisa.

Educação

Objetivo Geral: contribuir para a produção e difusão de conhecimento sobre o uso racional de medicamentos (URM) na perspectiva da segurança do paciente e da sustentabilidade do sistema junto às instituições de ensino e a outros setores públicos e privados de áreas relacionadas, bem como aos prescritores, dispensadores, organizações civis e população em geral.

Intervenção Estratégica: estimular a incorporação do tema URM no ensino formal, na educação permanente para profissionais da saúde e para o controle social.

Informação

Objetivo Geral: estimular ações destinadas à difusão de informação e apropriação do conhecimento em URM, como estratégia para a sua promoção.

Intervenção Estratégica 1: contribuir com a difusão de informações baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis sobre o uso de medicamentos.

Intervenção Estratégica 2: divulgar informações sobre URM à sociedade.

Regulação

Objetivo Geral: contribuir com a promoção do URM por meio do aprimoramento dos marcos legais e dos instrumentos de regulação do setor farmacêutico no âmbito nacional.

Intervenção Estratégica 1: monitorar atos normativos de interesse e que estejam em tramitação e participar das respectivas discussões.

Intervenção Estratégica 2: propor aos órgãos afins e à sociedade o estabelecimento e aperfeiçoamento dos marcos legais relativos ao URM.

Pesquisa

Objetivo Geral: estimular a produção de conhecimento em URM de forma a subsidiar a formulação e implementação de políticas de saúde.

Intervenção Estratégica 1: apoiar as iniciativas nacionais de produção de conhecimento em URM nas áreas de informação, educação e regulação.

Intervenção Estratégica 2: realizar atividades que estimulem a produção de conhecimento científico sobre o URM.



Estratégia de trabalho

2

No dia 24 de agosto de 2018, em Brasília/DF, os representantes do CNPUM e especialistas convidados reuniram-se em uma oficina para o debate dos seguintes temas: medicalização da vida, uso de medicamentos por grupos em situação de vulnerabilidade e uso racional de antimicrobianos. A oficina foi coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS).

Para a realização da oficina foi utilizado o método “Café Mundial”. Esse método foi criado, em 1995, por Juanita Brown e David Isaacs e tem por objetivo a geração de ideias de forma colaborativa por meio da estimulação do diálogo e aproveitamento da inteligência coletiva, bem como a elaboração de propostas para a efetiva resolução das questões de maior relevância. Durante a oficina foram apresentados os problemas globais a serem debatidos, o que criou oportunidade para cada participante contribuir ativamente na construção final de cada recomendação e estratégia, possibilitando a apresentação de propostas mais qualificadas.

Ao final da oficina, a secretaria executiva do CNPURM realizou a sistematização dos resultados das discussões, bem como procedeu a revisão e validação desses junto aos participantes. Dada a relevância do trabalho, cumpre destacar que o presente relatório foi desenvolvido pelos representantes do CNPURM e que estes declararam não possuir conflitos de interesses.



Medicalização da Vida

3

Problema

O fenômeno da medicalização, em sua maior expressão, está vinculado a populações-chave, a saber: crianças em idade escolar, adolescentes e adultos em privação de liberdade, usuários que necessitam de atenção à saúde mental e pessoas com mais de 60 anos.

3.1 Contexto geral

O conceito de promoção do uso racional de medicamentos (URM) é bastante amplo. Foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, como sendo a situação em que “os pacientes recebam medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade”[1], corroborando, em teoria, com a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)[2].

A necessidade de debate sobre esse tema advém dos problemas que são enfrentados tanto em nível local quanto mundial sobre o mau uso dos medicamentos. Segundo dados da OMS, é estimado que mais da metade dos medicamentos sejam inadequadamente prescritos, dispensados e/ou vendidos, e que metade dos pacientes os utilizem incorretamente[3]. No Brasil, a maior causa de intoxicações está relacionada aos medicamentos segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX)[4].

É necessário atentar para a banalização do uso desse insumo levando-se em conta a questão da medicalização da sociedade. Para entender a relação entre medicamento, medicalização e medicamentação é imprescindível compreender que o termo “medicalização” é complexo e polissêmico[5]. Pois, de acordo com o movimento social *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, o conceito “envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, psíquico, ou em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais”. Complementando essa definição, Oliveira *et al*[6] destacam que a medicalização envolve processos mais vastos que não se limitam apenas ao produto medicamento e possui uma lógica mais sutil e perversa de controle da vida das pessoas e da sociedade.

Já o termo “medicamentação” se refere ao uso de medicamentos em situações que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos e, conseqüentemente, não existia um tratamento farmacológico para tal. Portanto, a medicamentação pode ser considerada uma das conseqüências da medicalização.

Os medicamentos, se utilizados indevidamente, podem causar danos à saúde e levar o indivíduo ao óbito. Nesse debate de conceitos e termos, é importante demonstrar que o uso inadequado ou irracional de medicamentos é uma das formas de medicalização da vida, utilizado como meio para “normalizar” as pessoas. É importante ressaltar que o medicamento é uma tecnologia importante no processo terapêutico de inúmeros tipos de doenças, porém, é preciso evidenciar o uso indiscriminado e, muitas vezes, desnecessário, os quais perpassam a lógica do biopoder¹. Não é à toa que o psicofármaco clonazepam é altamente consumido no Brasil[7].

Atualmente, pessoas são constantemente incentivadas a resolver os problemas sociais utilizando medicamentos, e com a ajuda das propagandas de medicamentos nos meios de comunicação, disponibilizadas a todo o momento, é fortalecida a ideia de que utilizar medicamento é sempre bom, quando isso não é verdade. Vale salientar que a indústria farmacêutica investe mais em marketing do que em pesquisa e desenvolvimento (PD)[8].

1. Biopoder é um termo criado originalmente pelo filósofo francês Michel Foucault para referir-se à prática dos estados modernos e sua regulação dos que a ele estão sujeitos por meio de uma “explosão de técnicas numerosas e diversas para obter a subjugação dos corpos e o controle de populações”.

Para lidar melhor com essa questão, os profissionais da saúde precisam estar atentos aos diversos aspectos relacionados à farmacoterapia do paciente, observando se de fato determinado medicamento está indicado, se é efetivo e seguro, e se há adesão ao tratamento.

Devido a essa infinidade de problemas relacionados ao uso indiscriminado de medicamentos, a OMS resolveu definir uma estratégia global na tentativa de reduzir danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos próximos cinco anos, chamada, em inglês, de *Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*[9]. Para atingir a meta é necessária uma ampla mobilização e engajamento das instituições de saúde, órgãos reguladores, profissionais da saúde e da própria população por meio da participação social.

Nesse sentido, com o objetivo de recomendar propostas de práticas não medicalizantes, foram elencadas populações que estão mais susceptíveis a sofrer o processo da medicalização. Para a seleção da população-chave, foi levada em consideração o debate atual sobre comportamentos que não são aceitos socialmente e que passam a ser vistos apenas pela lógica médica, levando, conseqüentemente, a um alto índice de prescrição de psicofármacos, entre outras classes farmacológicas, a saber: crianças em idade escolar, adolescentes e adultos em privação de liberdade, usuários que necessitam de atenção em saúde mental, e pessoas com mais de 60 anos. Estudo canadense aponta para a necessidade da desprescrição de benzodiazepínicos em pessoas com mais de 60 anos[10], assim como se faz necessário pensar na mesma estratégia para os outros grupos populacionais.

No caso do uso de psicofármacos no sistema escolar, atenção deve ser dada ao uso de medicamentos para o tratamento do Transtorno de Deficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA e TDAH). Segundo o relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE)[11], a partir dos anos 2000, o uso do metilfenidato cresceu em todo o mundo, acompanhado das discussões sobre o seu mau uso. Em 2014, foram fabricadas 62 toneladas desse fármaco, e em 2016, esse número aumentou para 74 toneladas, a maior taxa já observada. O Brasil apresentou o uso de 0,57 S-DDD² de cloridrato de metilfenidato por mil habitantes[12]. Nesse contexto, utiliza-se da lógica equivocada de que é mais fácil medicar a criança do que mudar o sistema de educação.

O diagnóstico do TDAH ou TDA é dimensional, pois envolve padrões de comportamento que são típicos da faixa etária (crianças), bem como questões de fundo social. Ademais, os sinais e sintomas dessas doenças podem ser encontrados no comportamento dos indivíduos com desenvolvimento típico. É necessário fazer um balanço entre benefício e risco antes de se iniciar a administração de medicamentos para tratamento do transtorno do deficit de atenção, principalmente quando o tratamento for de longo prazo. Devem ser consideradas outras alternativas terapêuticas não farmacológicas, como por exemplo, intervenções sociais, psicológicas e comportamentais[13]. Neste sentido, o uso de medicamentos para o tratamento do transtorno do deficit de atenção com ou sem hiperatividade deverá ser prescrito apenas quando, e se, estritamente necessário.

Na população prisional o caso é mais grave, havendo registros do uso de psicofármacos para a contenção química da população privada de liberdade[14], tornando-os consumidores de

2. O termo “doses diárias definidas para fins estatísticos (S-DDD)”, que substituiu o termo “doses diárias definidas (DDD)”, foi utilizado pelo INCB como uma unidade técnica de medida para fins de análise estatística e não é uma dose de prescrição recomendada. Sua definição não está livre de certo grau de arbitrariedade. Certas substâncias psicotrópicas podem ser usadas em certos países para diferentes tratamentos ou de acordo com diferentes práticas médicas, e portanto uma dose diária diferente pode ser mais apropriada. A base para o agrupamento das substâncias foi, na medida do possível, a classificação anatômica terapêutica química (ATC) [12].

psicofármacos e dificultando a sua socialização. Nesse sentido, problemas na ressocialização completam o ciclo e estimulam a continuidade do uso do medicamento. Cenário semelhante é encontrado nos menores em privação de liberdade, onde a contenção química é justificada mediante o estabelecimento de diagnósticos de transtorno de oposição desafiante e transtorno de adaptação, diagnósticos esses amplamente controversos.

Em estudo publicado em 2017, observou-se que, além da contenção química, as queixas de insônia e agitação eram tratadas com prescrição medicamentosa no sistema socioeducativo[15]. O cenário de medicalização no sistema socioeducativo, entretanto, não está relacionado somente ao despreparo profissional, mas ao modelo de gestão e organização vertical dessas instituições. Foi observado que em unidades de medidas socioeducativas onde eram realizadas práticas extramuros havia menos diagnósticos de transtornos de adaptação, assim como eram menores as taxas de uso de medicamentos nos cenários em que o sistema socioeducativo estava integrado aos equipamentos do território[15].

A prática de contenção química com o uso de substâncias psicotrópicas é de especial atenção para a saúde pública. O Brasil é o terceiro maior consumidor mundial de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e da Índia, e o sexto maior produtor dessas substâncias[12]. O Brasil é o segundo maior consumidor de zolpidem. É também o segundo maior consumidor de fenobarbital (370 milhões de S-DDD), maior consumidor de clonazepam (517 milhões de S-DDD), maior consumidor de midazolam (98 milhões de S-DDD), terceiro maior consumidor de nitrazepam (16,6 milhões de S-DDD), segundo maior consumidor de bromazepam (87 milhões de S-DDD), maior consumidor de diazepam (1 bilhão de S-DDD) e terceiro maior consumidor de alprazolam (438 milhões de S-DDD) [12]. Estes medicamentos (metilfenidato, zolpidem e nitrazepam) não compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), documento orientador do financiamento de medicamentos no SUS. Ademais, a fragilidade do sistema de dados referentes à dispensação desse grupo de medicamentos implica na necessidade de maior protagonismo da Anvisa em tornar os dados transparentes e fiscalizar de forma ativa a produção, comercialização, dispensação e uso dessas substâncias em todos os serviços.

Segundo o Ministério da Saúde, entre 2012 e 2016 houve aumento de 30% na quantidade de serviços de saúde do SUS que acompanham pessoas com depressão. No mesmo período, houve crescimento de 87% na dispensação de medicamentos registrados no Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) e no sistema informatizado do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria, aumento de 61% de consumo no mercado total de antidepressivos e de 3% no mercado de antidepressivos que constavam da Rename[16].

Verifica-se que o princípio é o mesmo para todas essas populações: o medicamento é visto como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens. O controle dos corpos e a cultura da medicalização em uma sociedade que funciona de uma forma mais prática, pode fazer com que muitas vezes as pessoas sintam que precisam se automedicar ou procurar um atendimento médico e/ou terapêutico para estarem produtivas, objetivando maior rendimento no trabalho, sem ter a real noção dos riscos do tratamento farmacológico, e até mesmo da dependência física ou psíquica intrínseca ao uso desses medicamentos. Assim, o que é considerado normal se transforma em algo patológico.

Aponta-se que é preciso investir em equipes multidisciplinares de saúde que promovam a integralidade do atendimento, priorizando a atenção e promoção à saúde no território e não somente na reabilitação por meio do tratamento farmacológico. O combate ao fenômeno da medicalização deve contar com ações de promoção da saúde, de modo a fornecer cuidado integral e multidisciplinar para além da prescrição medicamentosa, considerando o acesso a outras formas de tratamento. Isso passa necessariamente pela mudança na cultura que relaciona o direito à saúde a obtenção de uma prescrição de medicamentos. Acredita-se que este trabalho possa estimular um maior debate a respeito dessa temática, visando promover os avanços necessários para a desmedicalização por meio da desprescrição de medicamentos e, conseqüentemente, do seu uso racional.

3.2 Recomendações e estratégias

Recomendação 1: Elaborar diretrizes de desprescrição, conciliação e redução do uso de psicofármacos.

Estratégias:

- Inserção da temática do uso racional de medicamentos em diretrizes e documentos prevendo a desprescrição de psicofármacos e alternativas não medicamentosas;
- Priorização de pesquisas que envolvam monitoramento do uso de psicofármacos em crianças em idade escolar, adolescentes e adultos em privação de liberdade, usuários que necessitam de atenção à saúde mental e pessoas com mais de 60 anos;
- Projeto terapêutico singular discutido e construído de forma interdisciplinar.

Recomendação 2: Promover articulações intersetoriais necessárias para desmedicalizar o cuidado.

Estratégias:

- Promover a educação permanente em serviço sobre práticas desmedicalizantes, tema pouco debatido pelas equipes de saúde;
- Encaminhar o presente relatório para debate nas comissões técnicas do Conselho Nacional de Saúde e secretarias municipais e estaduais de saúde;
- Fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) [17] no SUS;
- Propor criação de base de dados sobre o consumo de psicotrópicos nos sistemas de saúde prisional e socioeducativo;
- Incentivar ações integradas no cuidado, para além da medicação, que ajudem a desconstruir a cultura de direito à saúde vinculada à necessária prescrição de medicamentos;

- Propor estratégias para articulação intersetorial (saúde, assistência social, judiciário, educação entre outras áreas) que negociem uma distribuição de atribuições e co-responsabilização da saúde nos presídios, CAPS e nas escolas;
- Capacitação em assistência farmacêutica, uso racional de medicamentos e saúde pública para quem trabalha em interface com a saúde no sistema prisional, assistência social e socioeducativo;
- Garantir acesso adequado e racional de medicamentos pelos usuários do sistema semiaberto;
- Integrar as ações de saúde do adolescente em privação de liberdade com o Plano Individual de Atendimento no SINASE;
- Discutir a inserção do tema uso racional de medicamentos e medicalização da saúde nas diretrizes do Programa Saúde na Escola;
- Elaborar revisão sistemática com os estudos disponíveis sobre os gastos com a supermedicalização;
- Incentivar pesquisas sobre medicalização em mulheres, incluindo estudos sobre iatrogenia em casos de violência e contracepção.

Recomendação 3: Promover enfrentamento da cultura da medicalização da vida por meio de estratégias de comunicação.

Estratégias:

- Elaborar campanhas sobre os riscos do uso abusivo de psicofármacos com dados baseados em evidência para público em geral e para os profissionais da saúde;
- Realizar Campanha Nacional sobre Uso Racional de Medicamentos em rádio, TV e mídias sociais para toda a população;
- Criar banco de informações sobre práticas desmedicalizantes e de desprescrição de psicofármacos no SUS, para a produção de documentos que subsidiem a prática.



4

Uso de medicamentos em populações vulnerabilizadas

Problema

Como promover assistência farmacêutica com equidade de forma participativa e integral?

4.1 Contexto geral

As condições de desigualdades sociais em que vivem os mais diversos segmentos da população brasileira, definem formas diferenciadas de nascer, viver, adoecer e morrer. Cita-se o racismo, preconceito social, de orientação sexual ou cultural, como é o caso da população negra e quilombola, indígenas, do campo, água e floresta, em situação de rua, LGBTI, pessoas privadas de liberdade, pessoas imigrantes e em refúgio, ciganos, dentre outros.

A situação de vulnerabilidade sofrida por esses segmentos reflete fortemente na saúde coletiva e gestão do SUS, a partir dos determinantes sociais de saúde, expressão da falta de saneamento básico e acesso a água, condições de moradia, renda, escolaridade, racismo, segurança nutricional, lgbtfobia, preconceito social, exploração fundiária e econômica, machismo, entre outros, que necessitam de atenção diferenciada, considerando as especificidades do contexto em que vivem.

Para garantir a equidade no cuidado e acesso à saúde, respeitando o direito à cidadania destes segmentos, o SUS instituiu as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, tais como:

- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada pela Portaria GM/MS nº 254, de 31 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a garantia aos povos indígenas o acesso à atenção básica e diferenciada à saúde, observando suas especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas[18];
- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009[19];
- Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, instituída por meio da Portaria GM/MS nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011[20];
- Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída por meio da Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011[21];
- Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída por meio do Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009[22];
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014[23];
- Portaria GM/MS nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014[24], que dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP e;
- Portaria GM/MS nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [25].

Foi apontada a dificuldade de acesso à saúde pela população negra, observada a partir do menor acesso a medicamentos, do alto índice de morte materna, da maior prevalência nesta população de doença falciforme, hipertensão arterial, diabetes tipo II e deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD), sobretudo com a interseccionalidade de gênero/raça e classe social. Também foram apontados o uso de medicamentos por mulheres em situação de rua para manterem-se acordadas à noite, como forma de proteção contra a violência, e o uso de medicamentos por mulheres para suportar a violência doméstica e de gênero. Neste sentido, fica evidente que a Promoção do URM deve ser intersetorial e bem articulada com a assistência farmacêutica.

Também foi discutido na Oficina que a população com acesso ao poder judiciário (geralmente as pessoas que possuem mais informações e residem nas grandes cidades), são as mais privilegiadas em relação aos tratamentos mais caros, ao passo que as populações vulneráveis apresentam mais dificuldades em dar continuidade aos seus tratamentos, sendo este um problema crucial para SUS. É preciso priorizar o cuidado farmacêutico/farmácia clínica com a integralidade do cuidado, sendo necessário considerar o todo, inclusive o acesso adequado aos medicamentos.

O que se nota é a dificuldade de implementação e execução das políticas já existentes e daquelas voltadas aos grupos em situação de vulnerabilidade, observada pelo despreparo de alguns profissionais de saúde para lidar com determinadas populações, assim como dos professores nos cursos de formação superior e complementar na área da saúde. Este cenário reforça a importância da execução das políticas específicas e aliadas à da Política Nacional de Humanização[26].

Foram identificados, ainda, problemas de acesso aos medicamentos termolábeis, como por exemplo, os imunobiológicos devido às dificuldades de transporte, armazenamento e especialmente por populações dispersas, tais como, população ribeirinha. Há necessidade de garantir a estabilidade e a segurança do medicamento, bem como delinear modelos que promovam o acesso racional e a consequente adesão ao tratamento.

A assistência farmacêutica (AF) só atinge sua plenitude e seus objetivos quando vincula suas ações, de forma qualificada, às demais ações de cuidado da equipe de saúde. Portanto, é fundamental que a AF esteja integrada à atenção básica à saúde, com foco no usuário e não apenas no medicamento. Os serviços de AF precisam estar integrados às práticas de cuidado na equipe de saúde. Para tanto, a AF precisa fazer parte de todas as políticas de saúde existentes. O SUS precisa estar preparado em todos os níveis de atenção para atender a todas as especificidades da população. Constitui-se necessário envidar esforços para a integralidade e integração do cuidado, evitando a sua fragmentação.

4.2 Recomendações e estratégias

Recomendação 4: Identificar grupos em situação de vulnerabilidade que necessitam de ações específicas para o acesso e o uso racional de medicamentos.

Estratégias

- Conhecer as especificidades das populações em condição de vulnerabilidade em cada território para construção/aprimoramento das políticas, inclusive a de assistência farmacêutica;
- Trabalhar com base em ferramentas epidemiológicas para identificação de grupos em situação de vulnerabilidade nas redes de atenção à saúde.

Recomendação 5: Promover assistência farmacêutica com equidade de forma participativa e integrada.

Estratégias

- Capacitar e qualificar os serviços farmacêuticos e sua integração nas práticas de cuidado nas equipes de saúde de forma compartilhada com os outros entes federativos;
- Incluir o tema relacionado à assistência farmacêutica em populações vulneráveis em cursos de graduação, residências em saúde, educação permanente e continuada;
- Criar diretrizes de atendimento farmacêutico de acordo com as necessidades de cada grupo;
- Mapear e divulgar experiências exitosas de acesso e uso racional de medicamentos nessas populações;
- Inserir essa temática na formação de profissionais de saúde acerca do uso racional de medicamentos;
- Promover articulação entre o SUS e os saberes e práticas tradicionais não institucionalizados, a partir do diálogo intercultural com as comunidades e seus territórios;
- Formar profissionais de saúde para atuarem em contextos interculturais, bem como planejar e acompanhar as ações que visem ao uso racional de medicamentos, articuladas com os sistemas tradicionais de saúde;
- Fortalecer ações de promoção da saúde e acesso adequado e oportuno de medicamentos para tratamento de pessoas em situação de vulnerabilidade.

Recomendação 6: Implementar ações de assistência farmacêutica de forma articulada e intersetorial.

Estratégias

- Delinear mecanismos de garantia de acesso, uso racional de medicamentos e serviços farmacêuticos integrados às práticas de cuidado na equipe da rede de atenção à saúde, de forma a assegurar atendimento adequado e qualificado do usuário;
- Integrar a assistência farmacêutica em populações em situação de vulnerabilidade às iniciativas já existentes de atenção primária à saúde, conforme Política Nacional de Atenção Básica[25];
- Promover maior interação e trabalho intersetorial entre a saúde e assistência social por meio do SUS e SUAS;
- Definir relação complementar de medicamentos essenciais por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) local, de forma orientada pela Rename e com maior participação do conselho de saúde local;
- Aprimorar a Política Nacional de Humanização [26] objetivando o princípio da transversalidade em questões relacionadas à vulnerabilidade, reconhecendo a equidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido;
- Utilizar dos atos normativos existentes sobre a saúde de cada população para orientar as ações, em interface com a assistência farmacêutica, considerando os critérios previstos na Lei orgânica do SUS.



Uso racional de antimicrobianos

5

Problema

Aumento da resistência aos antimicrobianos.

5.1 Contexto geral

A resistência aos antimicrobianos é uma das maiores preocupações globais em saúde pública. Apesar de ocorrer naturalmente, o problema tem se acelerado e agravado a partir do uso inadequado de antimicrobianos na produção de alimentos, no manejo de animais e nos serviços de saúde. Está cada vez mais difícil tratar um crescente número de infecções, já que os antimicrobianos usados estão se tornando inefetivos.

O desenvolvimento da resistência aos antimicrobianos gera uma série de consequências diretas e indiretas que comprometem não apenas os pacientes, mas toda a população. Estima-se que no ano de 2050, caso não sejam tomadas ações efetivas para controlar os avanços da resistência aos antimicrobianos, uma pessoa morrerá a cada três segundos, o que representará 10 milhões de óbitos por ano.

A abordagem da resistência microbiana, no cenário internacional, tem se dado no âmbito do conceito “Uma Saúde” (*One Health*), de forma conjunta pela Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).

Em 2015, a OMS lançou o Plano de Ação Global em Resistência aos Antimicrobianos, com ações-chave para o combate ao desenvolvimento da resistência entre os microrganismos[27]. O documento prevê o engajamento dos Estados-Membro na formulação de seus planos de ação nacionais, de forma alinhada aos cinco Objetivos Estratégicos (OE) traçados nesse plano de ação mundial:

- OE 1 Ampliar o alerta e o entendimento sobre resistência aos antimicrobianos;
- OE 2 Fortalecer o conhecimento por meio da vigilância e da pesquisa;
- OE 3 Reduzir a incidência de infecções;
- OE 4 Otimizar o uso de medicamentos antimicrobianos na saúde humana e animal; e
- OE 5 Garantir um investimento sustentável.

O Plano de Ação Global fornece uma ampla orientação para a elaboração dos planos nacionais dos países signatários, que se comprometeram a apresentá-los em maio de 2017, na 70ª Assembleia Mundial da Saúde, com uma perspectiva de enfrentamento do problema no período de cinco a dez anos.

Diante da complexidade do tema, entende-se que o plano de ação deve ser um projeto nacional amplo, envolvendo, em um mesmo propósito, setores como a agricultura e a pecuária, o meio ambiente, a ciência e tecnologia, a saúde, entre outros. Ou seja, deve haver um envolvimento multissetorial para o enfrentamento do problema.

Diversos países, mesmo antes do compromisso assumido na Assembleia Mundial de Saúde, já registravam suas metas e estratégias de controle da resistência microbiana em planos nacionais. A redução do consumo de antimicrobianos é uma meta presente em vários

planos, tendo em vista que sintetiza a efetividade de diferentes ações, desde a capacitação dos profissionais de saúde a respeito do tema até a prevenção e controle de infecções em âmbito comunitário e nos serviços de saúde.

Dados mundiais sobre o consumo de antimicrobianos corroboram com as preocupações com a saúde pública. Entre 2000 e 2010, o consumo de antimicrobianos aumentou 36% em 71 países, sendo o Brasil, a Rússia, a Índia, a China e a África do Sul os responsáveis por três quartos desse aumento[28]. Estimativas indicam que aproximadamente 30% das prescrições de antibióticos em pacientes ambulatoriais são desnecessárias[29].

Dessa forma, a promoção do uso racional de antimicrobianos requer esforços em diversas frentes de atuação à luz dos cinco objetivos estratégicos do Plano de Ação Global. Tal qual, a instituição do Comitê encarregado de elaborar e conduzir o componente do setor saúde do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN), por meio da Portaria GM/MS nº 2.775 de 22 de dezembro de 2016 [30]. Este plano deve estar em convergência com os objetivos definidos pela aliança tripartite entre a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) e Plano de Ação Global sobre Resistência aos Antimicrobianos. Estas medidas não devem comprometer, no entanto, o acesso da população aos antimicrobianos, quando os mesmos se fizerem necessários.

5.2 Recomendações e estratégias

Recomendação 7: Orientar pacientes quanto ao uso racional de medicamentos antimicrobianos.

Estratégias:

- Desenvolver e disseminar diretrizes sobre o uso racional de antimicrobianos, reforçando a comunicação entre os três níveis de atenção à saúde e com a sociedade;
- Desenvolver material orientativo que facilite a instrução sobre o uso de antimicrobianos na atenção básica.
- Identificar situações com maior risco de evasão de tratamento, visando criar estratégias para melhorar a adesão do paciente;
- Propor meios para aumentar o envolvimento dos indivíduos em seus processos terapêuticos.

Recomendação 8: Qualificar os processos de prescrição e desprescrição de antimicrobianos, e também a formação de profissionais.

Estratégias:

- Qualificar os profissionais prescritores por meio da disseminação e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas;
- Envolver gestores de saúde quanto à implementação das ações de promoção para o uso racional de medicamentos;
- Utilizar os dados de vigilância de consumo e uso de antimicrobianos para orientar as práticas de prescrição e desprescrição;
- Promover educação permanente em saúde a profissionais prescritores e não-prescritores de antimicrobianos;
- Propor estratégia para monitoramento por profissionais de saúde do uso de antimicrobianos pela população geral;

Recomendação 9: Promover a logística reversa eficiente e o descarte de medicamentos antimicrobianos.

Estratégias:

- Determinar a inclusão do descarte adequado e a logística reversa como critérios para a qualificação de fornecedores nas aquisições de antimicrobianos;
- Fazer cumprir o Decreto nº 5.775/2016, que dispõe sobre o fracionamento de medicamentos para dispensação em farmácias e drogarias, em apoio ao Projeto de Lei do Senado nº 98, de 2017;

Recomendação 10: Realizar e fomentar ações de comunicação e conscientização sobre a resistência aos antimicrobianos.

Estratégias:

- Desenvolver um plano de comunicação para conscientização da população, respeitando as diferentes realidades sócio-étnico-culturais, seguindo como premissas: linguagem acessível e utilização de meios diversificados para a comunicação (exemplos: vídeos, publicações em mídias sociais, entre outros);
- Promover estratégias de educação sobre a resistência aos antimicrobianos por meio das instâncias de controle social e outras instituições de representação de profissionais e gestores;
- Inclusão da temática da resistência antimicrobiana e uso racional desses medicamentos no Programa Saúde na Escola (PSE);

- Integrar as redes e os territórios em ações de conscientização acerca da resistência bacteriana e uso de antimicrobianos;
- Incluir o tema de resistência aos antimicrobianos em programas estratégicos do MS, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com linguagem acessível aos agentes comunitários de saúde.
- Contribuir para uma visão ampliada do enfrentamento ao problema da resistência aos antimicrobianos, propondo intervenções que envolvam, meio ambiente, trabalho e alimentação das pessoas.

Referências

1. World Health Organization. Expert Conference, 1985, Nairobi. Rational Use of Medicines. Report of the Expert Conference, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: World Health Organization. 1986. 304 p. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.
3. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/policyperspectives/ppm05en.pdf>
4. Brasil.Fiocruz. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). 2016. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz. 2016. Disponível em: https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil6_1.pdf
5. Cardoso, RV. Medicalização e o Cuidado em Saúde na Estratégia de Saúde da Família. Unicamp 2014. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312682/1/Cardoso_RaquelVaz_M.pdf
6. Oliveira, E. C. et al. DROGAS E MEDICALIZAÇÃO NA ESCOLA: Reflexões sobre um debate necessário. Revista Teias v. 17 n. 45 (abr./jun. - 2016). Disponível em: https://www.academia.edu/27101182/DROGAS_E_MEDICALIZAÇÃO_NA_ESCOLA_Reflexões_sobre_um_debate_necessário
7. 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). Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/nota-tecnica/>
8. AKKARI, A. C. S. et al. Inovação tecnológica na indústria farmacêutica: diferenças entre a Europa, os EUA e os países farmaemergentes. Gest. Prod. [online]. 2016, vol.23, n.2. ISSN 0104-530X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2016000200365&lng=pt&tlng=pt
9. World Health Organization. Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=101E1E07ACF79FE376CE9EFDC81B8183?sequence=1>

10. Pottie et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2018 May;64(5):339-351. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29760253>
11. Naciones Unidas. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) correspondiente a 2017. Viena, 2018 eISBN: 978-92-1-363141-6 ISSN 0257-3733. Disponível em: http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/S_2017_AR_ebook.pdf.
12. United Nations. Psychotropic Substances International Narcotics Control Board in 2017. Nova Iorque. 2018 ISBN: 978-92-1-048168-7. eISBN: 978-92-1-363146-1. ISSN: 0253-9403. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2017/Technical_Publication_2017_English_04042018.pdf
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS). Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. ISSN 1983-7003 Ano VIII nº 23 | março de 2014.
14. Brasil de Fato. Presídios utilizam medicalização como estratégia de controle social. Especialistas dizem que desenvolvimento de transtornos mentais após a vivência no sistema prisional é comum. 15 de Junho de 2018 Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/06/15/presidios-utilizam-medicalizacao-como-estrategia-de-controle-social>.
15. Costa, Nilson do Rosário e Silva, Paulo Roberto Fagundes da. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 5 [Acessado 30 Outubro 2018] , pp. 1467-1478. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33562016>. ISSN 1678-4561.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017 : uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Cuidado para depressão e tratamento medicamentoso no SUS: características da disponibilidade e do acesso. 2018. ISBN 978-85-334-2585-9.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1208-8.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html.

22. Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/.../2009/Decreto/D7053.htm>

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2010

27. World Health Organization. Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance. Genebra: WHO, 2015.

28. Van Boeckel, T. P. et al. Global antibiotic consumption 2000 to 2010: an analysis of national pharmaceutical sales data. *The Lancet Infectious Diseases*, New York, v. 14, n. 8, Aug. 2014.

29. Fleming-Dutra, K. E. et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010-2011. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 315, n. 17, May 2016.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.775 de 22 de dezembro de 2016. Institui o Comitê encarregado de elaborar e conduzir o componente do setor saúde do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN), no âmbito do Ministério da Saúde.

Glossário

Assistência Farmacêutica

Em conformidade com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), compreende “conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”.

Consultório na rua

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica [25], em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Humanização da saúde

Valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco[26].

Medicalização

Entende-se como o processo de transformação de condições individuais e coletivas anteriormente não consideradas como problemas de saúde em transtornos ou doenças, gerando questionamentos da sua validade diagnóstica e condutas de tratamento[7].

Práticas integrativa e complementares em saúde

Sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos integrados e complementares ao sistema oficial de saúde. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, contempla as áreas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social – crenoterapia, promovendo a institucionalização destas práticas no SUS[18].

ISBN 978-85-334-2688-7



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

