



O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL DENTRO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUAS IMPLICAÇÕES NO PRESENTE

THE RATIONAL DRUG USE IN BRAZILIAN PHARMACEUTICAL ASSISTANCE AND ITS IMPLICATIONS IN THE PRESENT

LA USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN ASISTENCIA FARMACÉUTICA BRASILEÑO Y SUS IMPLICACIONES EN EL PRESENTE

Luciano Henrique Pinto^{1*}, Luana Soares Schulter¹, Rafaela Sierth¹, Heloisa Biff¹, Lineu Del Ciampo¹, Gilmar Sidnei Erzinger¹

¹Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE. Rua Paulo Malschitzki, 10 - Bom Retiro, Joinville – SC – CEP: 89219-710. Telefone/ Fax: +55 47 3461-9000.

E-mail*: lucianohp.pq@gmail.com

Submetido em: 15/12/2014; Aceito em: 23/04/2015

RESUMO

O Uso Racional de Medicamentos (URM) assume importância fundamental na orientação de práticas profissionais dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro os entraves históricos registra-se a Reforma Universitária de 1968, que tencionou para a adoção de um modelo biomédico de atenção a saúde, ocasionando a supressão da disciplina de terapêutica e alguns conteúdos de farmacologia dos cursos de medicina e farmácia. Esta ação deixou os alunos e futuros profissionais

reféns dos representantes de laboratórios farmacêuticos multinacionais que aqui se instalavam. Este cenário solidificou a cultura da medicalização da saúde, sendo contrário aos ideais defendidos pela reforma sanitária brasileira, em meados da década de 1970. Este trabalho visa discutir a questão atual sobre o URM, apontando os atuais entraves e suas possíveis origens destes, para assim redimensionar a discussão acerca da implementação do URM e da Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil, na perspectiva de se promover um melhor entendimento sobre os temas e possibilitar reflexões.

Palavras chaves: "uso racional de medicamentos", "política de medicamentos", "assistência farmacêutica", "medicalização da saúde",

ABSTRACT

Rational Drug Use (RDU) is of fundamental importance in the orientation of professional practices within the Unified Health System (SUS). Inside barriers historical records to the University Reform of 1968, which purposed to adopt a biomedical model of health care, resulting in the suppression of the course of therapy and some contents of pharmacology courses in medicine and pharmacy. This action left the students and future professionals hostages representatives of multinational pharmaceutical companies that settled here. This scenario medicalization solidified culture of health, being contrary to the ideals espoused by the Brazilian health reform in the mid-1970s. This paper aims to present the issue discussed on the RDU within a historical context, pointing out the current barriers and their possible origins, in order to resize the discussion about the implementation of the URM and the Pharmaceutical Assistance (PA) in Brazil, with a view to promote a better understanding of the issues and possible reflections.

Keywords: "rational drug use", "drug guidelines", "pharmaceutical assistance", "medicalization of health,"

RESUMEN

El uso racional de medicamentos (RDU) tiene una importancia fundamental en la orientación de las prácticas profesionales en el Sistema Único de Salud (SUS). Dentro de los registros históricos de las barreras a la Reforma Universitaria de 1968, que se tensó por la adopción de un modelo biomédico de atención de la salud, lo que lleva a la supresión del curso de la terapia y algunos cursos de

farmacología de contenido en la medicina y la farmacia. Esta acción ha dejado a los estudiantes y futuros profesionales rehenes de los representantes de las multinacionales farmacéuticas que se asentaron aquí. En este escenario se solidificó medicamentación cultural de la salud, por ser contrarias a los ideales propugnados por la reforma sanitaria brasileña en la década de 1970. Este trabajo tiene como objetivo presentar el tema discutido en la URM dentro de un contexto histórico, señalando los obstáculos actuales y sus posibles orígenes, por lo tanto, cambiar el tamaño de la discusión de URM y la aplicación de la asistencia farmacéutica (AF) en Brasil, con el fin de promover una mejor comprensión de las cuestiones y las reflexiones posibles.

Palabras claves: "el uso racional de los medicamentos", "política de drogas", "asistencia farmacéutica", "medicalización de la salud"

INTRODUÇÃO

Considerando que a utilização de produtos para fins terapêuticos no Brasil remonta desde a época da colonização, o que se observa é que a intervenção do Estado no controle ao acesso a medicamentos é um fenômeno recente¹. A história relativa ao uso de medicamentos no Brasil pode ser dividida em três períodos distintos: da descoberta até ao início da ditadura militar do século XX, da ditadura militar até a promulgação da constituição de 1988, e do início desta constituição até os dias atuais. Todas estas épocas foram marcadas por influências políticas e científicas que influenciaram o acesso a saúde via medicamentos, o que de certa maneira exigiu um posicionamento do

estado dentro do contexto em que se encontrava.

Historicamente temos um início marcado pela total ausência de políticas que marcassem a presença do Estado como articulador do controle e produção de medicamentos. O primeiro esforço neste sentido aconteceu no início dos anos 1970, com a criação da Central de Medicamento – CEME. Outro momento importante foi a promulgação em 1988 da nova constituição, no qual o Estado assume de forma mais incisiva as questões que envolvem a saúde e a Assistência Farmacêutica, culminando na Lei 8080/90, que em seu artigo 6º aponta os campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), e aponta suas



responsabilidades nas ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica². Dentro de todo este contexto histórico tem-se um longo caminho percorrido que de certa maneira configura nossa realidade atual e que aponta para as debilidades do momento atual que necessitam ser trabalhadas de forma estratégica e inteligente para melhor compreender os objetivos do URM e promover sua efetivação prática³. O objetivo deste trabalho é abordar a importância do URM na prática diária de cada profissional por meio da compreensão histórica de temas relativos à "medicamentação da saúde", "origens e fundamentos do URM", "participação do estado nas políticas de medicamentos" e "dificuldades para implementação do URM na Assistência Farmacêutica - contexto histórico".

MÉTODO DE PESQUISA

O método empregado nesse trabalho foi de revisão narrativa. Esta foi feita a partir de busca de artigos e livros em sítios eletrônicos que abordassem o tema "Uso Racional de Medicamentos na Assistência Farmacêutica" publicados nos últimos

20 anos. Os termos utilizados na pesquisa foram "uso racional de medicamentos", "política de medicamentos", "assistência farmacêutica", "medicalização da saúde", "evidência clínica", "erros de medicação". Materiais de caráter histórico que retratavam a questão do uso racional em uma determinada época.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UM PROCESSO HISTÓRICO

Do início da história da saúde no Brasil, marcado pela chegada dos Jesuítas com seus conhecimentos na utilização de matéria prima natural para obtenção de produtos terapêuticos indo até o início do regime militar da década de 1970, observa-se uma total ausência do Estado como promotor de uma política que marcasse presença do governo como articulador da produção e consumo de medicamentos. Durante o período colonial, Portugal não apresentou nenhum interesse em intervir nas questões sanitárias de suas colônias, o que resultou no Brasil em uma carência de profissionais médicos, fato este que se estendeu no Brasil Império. A situação era tal que



em 1789 só existiam quatro médicos exercendo a profissão no Rio de Janeiro, que deveriam atender cerca de 10 mil habitantes ¹. Em outros estados a assistência médica era praticamente nula. Com a falta de estruturação da assistência médica, ocorreu uma proliferação de Boticários no país, que se diferenciavam dos Farmacêuticos por serem estes práticos no ofício de manipular medicamentos, não possuíam título acadêmico para tal exercício. Aos boticários cabia a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas na verdade eram eles próprios que tomavam a iniciativa de indicá-los ¹. Em âmbito mundial, no período pós II Guerra Mundial, ocorreu um fato marcante que foi o advento da industrialização da produção de medicamentos. Com este novo modo de produção de medicamentos, teve-se início uma crise de identidade do profissional farmacêutico, que se via cada vez mais afastado de sua função de manipulador de medicamentos. A partir de 1950, também em âmbito mundial, observa-se o aceleração da substituição dos produtos de origem natural e os produzidos em pequena escala pelos produtos de síntese e o avanço dos grandes complexos industriais farmacêuticos.

O medicamento passa a ser visto cada vez mais como um produto de consumo a ser explorado pelo mercado. É nesta época também que começa o consumo de diversos produtos terapêuticos e a chegada da propaganda de medicamentos. A população começa a experimentar o "encanto" pelo uso dos medicamentos, visto que algumas moléstias começavam a ser controladas – como tuberculose e difteria, e a expectativa de vida aumentava. CAPRA (1982), contestou tal observação e defendeu a tese de que tal aumento estava mais relacionado a melhoria das condições sanitárias do que o advento dos medicamentos^{4;5}. As propagandas de medicamentos, que não eram regulamentadas, incentivavam o uso dos mesmos e a população, que já estava habituada a se tratar em farmácia desde a época do Brasil Colônia vê a sua disposição um arsenal enorme de medicamentos para diversos males.

O ano de 1971 marca pelo primeiro esforço do Estado Brasileiro em direção de uma política de medicamentos vinculadas ao sistema de saúde vigente: a criação da Central de Medicamento – CEME, cujo



objetivo era produzir medicamentos de interesse nacional. Tratava-se de uma autarquia federal, que apresentava complexidades em suas ações interinstitucionais e que despertou interesses estratégicos por parte de alguns. A CEME adquiriu grande poder político, uma vez que suas decisões eram centralizadas e estabeleciam diretrizes. Em 1972 o governo federal lançou o Plano Diretor de Medicamentos, que tinha a perspectiva de resolver o problema de abastecimento de medicamentos essenciais e garantir o acesso a estes pela população atendida nos serviços de saúde. Foi criada também a Relação de Medicamentos Básicos (RMB), que posteriormente foi denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Neste período ocorre no Brasil a expansão dos complexos industriais voltados para as questões farmacêuticas e médicas, e no campo de ensino tem-se a Reforma Universitária de 1968 que além de reprimir a possibilidade de organização estudantil, altera a grade curricular dos cursos da área da saúde promovendo a adoção do modelo biomédico e a supressão da disciplina de terapêutica, fato esse que reduziu o conhecimento dos egressos quanto

a farmacologia principalmente, tornando-os menos críticos e reféns dos representantes dos laboratórios da multinacionais que aqui se instalavam, pois esses apresentavam a ação dos medicamentos sem muito fundamento científico e movidos por viés comerciais^{6;7}.

Em nível mundial este período é marcado pelo aumento do fascínio com o uso dos medicamentos, bem como a expansão da publicidade farmacêutica. Também se inicia a observância do risco no uso dos mesmos. Vale ressaltar que a expansão publicitária, juntamente com o hábito historicamente criado de consultar em farmácias incrementou a prática da automedicação no Brasil.

A partir de 1988 tem-se uma maior presença do Estado nas questões que envolvem a Assistência Farmacêutica, fundamentas na constituição que entrava em vigor, e pela Lei 8080/90, que em seu artigo 6º aponta os campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsabilidade do mesmo a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica². A Resolução nº 338/MS, de 06 de maio de 2004, que em



seu artigo 1º define a Assistência Farmacêutica no SUS⁸. Tem-se a Política Nacional de Medicamentos de 2001, e a NOB 01/96, que define orientações para a organização da Assistência Farmacêutica estabelecendo como linhas gerais de atuação para o gestor federal a orientação e a implementação de uma política nacional de assistência farmacêutica⁹. Para as esferas estaduais e municipais, esta NOB reserva o papel de estruturar e operacionalizar as atividades de Assistência Farmacêutica e organizar e prestar os serviços diretamente a população. E por fim a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, em 1999, que desempenha papel importante na regulamentação do acesso aos medicamentos.

Com a consolidação do SUS, algumas interpretações equivocadas ocorreram, como a que diz respeito a afirmação de que “saúde é um direito de todos”, no qual – em nome dessa afirmação – a acesso a medicamentos via judicial, sem nenhum critério de racionalidade quanto ao uso, passou a ser frequente¹⁰.

O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE E DA VIDA: O ENCANTO E O FASCÍNIO PELOS MEDICAMENTOS

O consumo de medicamentos teve um impulso significativo com o advento da produção em série dos mesmos. Como no início não existia ampla regulamentação do setor, a propaganda era feita sem restrições, e sem a preocupação com o uso abusivo de medicamentos. A posição da população frente ao consumo de medicamentos foi de encanto com os mesmos, e acabou enxergando os medicamentos como um mero produto a ser adquirido. De um lado tinham-se os medicamentos prescritos pelos médicos, que também eram influenciados pela propaganda, e do outro os usuários que – no entendimento que poderiam cuidar de uma situação menos grave, escolhia por sua conta o medicamento a ser utilizado.

O primeiro grande abalo ao “fascínio” dos medicamentos se deu no incidente envolvendo a talidomida, em que se percebeu de forma mais evidente o risco que se poderiam ter utilizando tais os medicamentos. Ensaivava-se o conceito de Morbidade



Relacionada ao Medicamento (MRM), que posteriormente foi definido como sendo o fracasso de um agente terapêutico em produzir o efeito desejado, ou a produção de um novo problema clínico relacionado ao tratamento já estabelecido⁹. Pequena parte destas MRM's seriam imprevisíveis, enquanto que a grande maioria seria totalmente previsível e passível de prevenção.

O "fascínio" e o "encanto", tanto por parte da população, quanto por parte dos profissionais da área da saúde começam a se desfazer à medida que surgem estudos que apontavam as limitações no uso dos medicamentos. Em 1976, MCKENNEY e HARRISON relataram que 59 de 216 admissões em uma unidade médica cirúrgica incluíam Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs)¹¹. Um total de 24 admissões eram Reações Adversas aos Medicamentos (RAM) e 35 relacionavam ao não cumprimento terapêutico devido à presença de efeitos adversos que dificultavam o uso dos medicamentos. Em 1977 PORTER e JICK concluíram que a taxa de mortalidade devida a PRMs nos Estados Unidos era de 1,2 mortes para cada 1000 admissões hospitalares¹². Cerca de 1% levaram a

mortes relacionadas com medicamentos, dos quais 25% eram evitáveis. Em 1988 foi à vez de DUBOIS e BROOK estudarem as mortes evitáveis em 12 hospitais americanos. Eles classificaram 17 das 70 mortes ocorridas em pacientes com pneumonia como evitáveis se o uso dos antibióticos fora do ambiente hospitalar fosse adequado – respeitando-se o tempo de tratamento e evitando a resistência bacteriana¹³.

Quanto ao Brasil, é evidente a carência de trabalhos de investigação sobre a morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos, fatores que contribuem para isto são o pouco tempo de implantação do sistema da Farmacovigilância no país – quando comparado com outros países, e a falta de hábito dos profissionais de saúde em registrar notificações de queixa sobre os medicamentos, fatos estes que comprometem a aquisição de um diagnóstico preciso do problema no Brasil. Apesar disso, dados alarmantes publicados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), demonstram que os medicamentos ocupam a primeira posição entre os



três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos desde 1996, e que em 1999 foram responsáveis por 28,3 % dos casos registrados de intoxicação¹⁴. Vale ressaltar que os dados do SINITOX referem-se somente a informações de intoxicação, não considerando os aspectos relativos a falta de efetividade terapêutica e a insegurança dos medicamentos utilizados (mesmo dentro de suas margens terapêuticas). Estes dados deixam claro que as ações realizadas até hoje em termos de prevenção e promoção do uso racional de medicamentos não foram suficientes.

Todos estes aspectos apontam para as evidentes limitações com relação ao uso dos medicamentos, sendo necessária a sua racionalização e seleção daqueles medicamentos que realmente apresentem eficácia e segurança comprovada.

INOVAÇÕES FARMACÊUTICAS: ESTRATÉGIAS PARA RECUPERAR O FASCÍNIO PELOS MEDICAMENTOS

Frente ao abalo e a queda do fascínio pelo uso dos medicamentos, e pela postura mais crítica de alguns profissionais frente às evidências de

riscos, a indústria farmacêutica parte em busca de inovações terapêuticas que visem assegurar a rentabilidade de seus negócios. A cada ano entra no mercado uma nova molécula ou uma molécula modificada que promete ser mais seletiva, mais efetiva e ter menos efeitos adversos do que as já existentes. Cria-se a cultura do que é novo é melhor do que o já existente e antigo.

É bastante comum a presença de representantes em laboratório apresentando e divulgando as inovações da indústria farmacêutica, e estas inovações vem claro acompanhada de um acréscimo no preço frente ao seu concorrente mais antigo. Mas o que se questiona é: o quanto melhor são estas inovações, e o que visa à indústria com estas inovações, e quais os riscos das mesmas. Pegue-se o exemplo dos inibidores da bomba de prótons (IBP). Existem quatro apresentações disponíveis desta classe de medicamentos: o esomeprazol, omeprazol, lansoprazol, pantoprazol e o omeprazol. Todos apresentam a mesma indicação terapêutica, e preços variados, sendo que alguns já apresentam patentes expiradas ou prestes a expirar. Uma metanálise



realizada por KLOTZ (2009), no Instituto de Clínica Farmacológica de Stuttgart, Alemanha, comparou a potência dos IBPs¹⁴. Os resultados encontrados neste trabalho apontam que lansoprazol e pantoprazol apresentam potências relativas menores que o omeprazol (0,8 e 0,59 respectivamente); sendo apenas o esomeprazol o fármaco com potência relativa maior, apresentado valor de 1.25¹⁵.

O que se observa é que os medicamentos ditos inovadores acabaram tendo uma potência relativa inferior ao omeprazol – o mais antigo de todos, com exceção do esomeprazol. Vale ressaltar que a diferença de potência é inversamente proporcional ao preço praticado pelos laboratórios. Eis que entra um fator importante para a Assistência Farmacêutica: o custo e o benéfico que o produto vai ter. Pagar a mais para se ter um medicamento com eficácia semelhante é um procedimento não viável em termos de economia, e pagar a mais por um medicamento com eficácia inferior é ainda mais inaceitável.

Estas informações sobre potência relativa dos IBP's só foi possível

graças a realização de uma metanálise que permitiu a avaliação mais aprofundada do tema pesquisado. Outro aspecto importante diz respeito a segurança dos medicamentos, que pode requerer estudos mais aprofundados e de longo prazo para serem conclusivos.

Um exemplo que chamou a atenção foi o do Rofecoxib, no qual a indústria responsável pela sua produção se viu obrigada a retirar o mesmo do mercado, sob alegação de reações graves. Afirma-se que não foram realizados estudos em longo prazo, fato este que não evidenciou o risco de eventos cardiovasculares atribuídos a este medicamento. Tal situação foi impactante na mídia e colocou em dúvida a qualidade dos novos produtos que chegavam ao mercado¹⁶, levando o debate a população em geral.

ADVENTO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: A INTENÇÃO É O RACIONAL, E NÃO O RACIONAMENTO.

No Brasil tem-se uma tradição recente de participação mais efetiva do Estado na regulação do consumo e produção de medicamentos, e historicamente o medicamento promove um encanto e



fascínio em relação a seu uso – fato este contestado por diversos estudos. Entretanto, a indústria farmacêutica, no encaixo deste encanto e fascínio, sempre busca lançar novos produtos e vender a ideia de que quanto mais novo, melhor o medicamento. Não a como contestar que o mais novo quase sempre é o mais oneroso para o consumidor e mais lucrativo para a empresa. Fato este que em termos práticos não se traduz em eficácia ou segurança – como apontam os estudos e alguns acontecimentos envolvendo o uso de medicamentos. Surge a partir daí a necessidade de buscar evidências sobre determinado produto, a fim de assegurar sua eficácia e segurança a custos aceitáveis.

Quando se trata de um sistema público de saúde, ou qualquer outro ambiente onde os recursos financeiros devam ser tratados adequadamente, a racionalização do uso destes devem estar em pauta. É importante esclarecer quanto ao uso do termo “racional”, que para alguns acaba sendo confundido com o termo “racionar”, se refere às medidas adotadas baseadas na razão ou nas evidências, e não uma distribuição controlada de recursos ou bens de

serviços escassos – isto sim racionar produtos. Desta forma, o Uso Racional de Medicamento (URM) se fundamenta no uso baseado na razão, na inteligência dos fatos envolvidos, buscando promover o uso de medicamentos que tenham evidências científicas que assegurem a sua segurança e efetividade a custos aceitáveis, e não promover a distribuição controlada.

Com todas as mudanças política e científicas que aconteciam nesta época, tornava-se cada vez evidente o conceito de URM, que partia de três princípios básicos: A seleção criteriosa de informações relevantes, com uso de fonte de informações confiáveis e não influenciadas por interesse comerciais ou de patrocinadores, a seleção de informações técnicas científicas para dadas situações clínicas (farmacodinâmica, farmacocinética e farmacoclinicas), e qualidade das evidências sobre determinado medicamento (disponibilidade de meta-análise, ensaios clínicos randomizados, etc). Dentro da lógica do URM, um ensaio clínico randomizado, duplo cego, controlado por placebo supera de longe a opinião de um único especialista e sua experiência clínica.



A força de evidência para a ação de um medicamento depende da qualidade e da origem de sua fonte de informação. A promoção do URM permite a eleição do “Medicamento I”, que são o conjunto de medicamentos selecionados para uma dada situação clínica, escolhido segundo critérios de evidência e classificados de acordo com o grau de recomendação adotado. Um dos grandes entraves a promoção do URM passava a ser a obtenção de informações confiáveis assim como a disponibilidade, origem e acesso a informações sobre medicamentos. A existência de conflitos de interesse e o manejo de informações por parte dos laboratórios interferiam de sobremaneira da seleção de informações, e influenciava o uso baseado em razões científicas.

O USO RACIONAL FRENTE À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Diante da ampla disponibilidade de especialidades farmacêuticas no mercado, e dos diferentes perfis de evidências dos medicamentos – além da pressão comercial da indústria farmacêutica, faz-se necessário selecionar aqueles que atendam os objetivos do URM: segurança e

efetividade evidentes, dentro de uma margem de custo adequada. Esta seleção atende em média 90% dos casos indicados, e cerca de 10% da população pode não se beneficiar com o elenco de medicamentos selecionados pela prática do URM. Estes casos são as exceções, que podem ocorrer a qualquer momento. O ideal é que somente nestes casos a solicitação de medicamentos via caráter judicial se justificasse, fato comprovado pela falha no uso dos medicamentos já selecionados, o que atestaria a necessidade. O grande problema é que, pela falta de entendimento sobre os fundamentos do URM, muitos profissionais acabam criticando o sistema de saúde, e muitos usuários acabam por recorrer a justiça solicitando um medicamento que poderia ser substituído por um presente na lista de medicamentos padronizados, alegando que o tal medicamento requerido é de preferência de seu médico. Ainda conta-se com o risco de tal medicamento solicitado não ter evidência comprovada quanto à efetividade e segurança.

O enfrentamento de tal problema passa pelo entendimento e conscientização dos profissionais de



saúde na defesa do URM, esclarecendo seus princípios e objetivos, e que os casos de exceção sejam tratados como tal, e que as condutas nestas situações sejam protocolares, a fim de se evitar que exceções virem regras. E que os protocolos já existentes sejam cumpridos, uma vez que se originaram a partir das premissas do URM.

IMPORTÂNCIA DO USO RACIONAL PARA A ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

As MRM's são situações precedidas por problemas de saúde vinculados a farmacoterapia, que pode ter diversas causas, sendo a maioria previsível e evitável. Trata-se de um fenômeno crescente e que necessita ser enfrentado por ser uma questão social importante dentro da saúde pública como um todo. Uma forma de enfrentar as MRM's passa pelo URM, que também colabora para questões de cunho econômico. Desmistificar alguns equívocos e fortalecer o URM fortalece a AF como um todo, em todos seus aspectos.

CONCLUSÕES

Perante os objetivos traçados e diante do que foi apresentado nas discussões e nas reflexões pós- atividade nota-se a necessidade continua de mostrar a função da Assistência Farmacêutica e do Uso Racional de Medicamentos de maneira mais **fundamentada**, de forma que os profissionais envolvidos fiquem sensibilizados e possuindo o perfeito entendimento desta política dentro do contexto do SUS. Percebe-se também que algumas estratégias fomentados pela publicidade da indústria farmacêutica - como a ideia de que todo medicamento novo é superior ao antigo, ou as apelativas propagandas médicas que ainda incluem benefícios indiretos - devem ser revistas e melhor regulamentadas, e que conceitos apoiados na razão devem ser mais fomentados na formação e na capacitação dos profissionais da área da saúde. O que se percebe é que o entendimento sobre a assistência farmacêutica às vezes permeia a questão puramente logística de abastecimento, e regulamentadora - num sentido quase que financeiro. Ao se depararem com a legislação e com o entendimento do contexto histórico, muitos profissionais verbalizaram suas



reflexões e entendimentos e também angustias relativos a sua prática profissional. De qual maneira cada um é responsável pela promoção do Uso Racional de Medicamentos, e conseqüentemente, da saúde de todos.

A questão da formação profissional em saúde parece ter sido influenciada pela retirada de algumas disciplinas no passado, o que pode ter levado a uma formação diferenciada e deficitária em alguns aspectos ^{6,7}; fenômeno esse que subsidia a preocupação do governo federal em promover programas como o de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró Saúde), e sua proposta de quebrar o paradigma existente e promover uma nova forma de trabalhar em saúde, fazendo com que os futuros profissionais tenham melhores condições de atuar no Sistema Único de Saúde de nosso país, entendendo e compreendendo não só suas diretrizes e princípios, mas todas as políticas que norteiam o Sistema. Também importante é a questão da capacitação dos

profissionais já atuantes, e a valorização de espaços como estes, que não tem apenas o caráter de aprofundamento científico do tema, mas de sensibilizar dentro de uma contextualização histórica traz consideráveis benefícios para o funcionamento do SUS.

Quanto a contextualização propriamente dita, fica claro que questões como a medicalização da saúde - adotada tanto pelos usuários como os profissionais de saúde - a recente participação mais incisiva do estado nas questões envolvendo os medicamentos, além da pressão publicitária da indústria farmacêutica aliada a formação vigente em saúde no Brasil - que não enfatizou a questão do URM por muito tempo - traz conseqüências que são obstáculos a implementação efetiva da racionalidade no uso de medicamentos. Reconhecer estes fatos e entendê-los como debilidades que devem ser trabalhadas, faz com que a questão do URM seja melhor entendida e mais estrategicamente trabalhada.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: G. Holman, 1971. p. 141-161.
- (2) BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Último acesso em 15 de agosto de 2014.
- (3) CIPOLLE, R; STRAND, L; MORLEY, C. **O Exercício Do Cuidado Farmacêutico**. Brasil: Conselho Federal de Farmácia, 2006. 378 p.
- (4) CAPRA, F. **O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente**. 25ª Edição. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.
- (5) BARROS JAC. **Pensando O Processo Saúde Doença: A Que Responde O Modelo Biomédico?** In: Saúde e Sociedade 11(1): 67 – 84. 2002. Disponível em www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf. Último acesso em 15 de agosto de 2010.
- (6) KUCISNSKI e LEDOGAR 1977 APUD DA ROS, MA. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; OLIVEIRA, Alexandre Palma de; ESTEVÃO, Adriana (Org.). **A saúde em debate na Educação Física**. v. 1. Blumenau: Edibes, 2006. 191 p.
- (7) DA ROS, MA. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; OLIVEIRA, Alexandre Palma de; ESTEVÃO, Adriana (Org.). **A saúde em debate na Educação Física**. v. 1. Blumenau: Edibes, 2006. 191 p.



(8) BRASIL. Resolução nº 338/ MS, de 06 de maio de 2004, que em seu artigo 1º define a Assistência Farmacêutica no SUS.

(9) BRASIL. Portaria nº **3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, e da outras providencias. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf> Último acesso em 15 de agosto de 2010.

(10) MACEDO, EI; LOPES, LC; BARBERATO-FILHO, S Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial **Revista de Saúde Pública**. Sorocaba 2011;45(4):706-13

(11) MCKENNEY, JM. HARRISON, WL. Drug-Related Hospital Admissions. In: **American Journal of Hospital Pharmacy**, Vol. 33, Nº 8, p 792-795. Disponível em: <<http://www.ajhp.org/cgi/content/abstract/33/8/792>>. Ultimo Acesso em 10 de outubro de 2014.

(12) PORTER, J. JICK H. Drug-Related Deaths. In: **The Journal of the American Medicinal Association**. JAMA. Vol. 237 Nº. 23, Junho / 1977. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/summary/237/23/2470-c>>. Último Acesso em 10 de outubro de 2014.

(13) DUBOIS, RW; BROOK, RH. **Preventable Deaths: Who, How Often, And Why?** In: Annals of Internal Medicine Vol. 109 Nº 7: Disponível em <<http://www.annals.org/content/109/7/582.abstract>>. Último Acesso em 10 de outubro de 2014.

(14) VINICIUS, R. **Sinitox Divulga Novos Dados De Intoxicação Humana**. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=105&sid=107>. Ultimo Acesso em 10 de outubro de 2010.



(15) KLOTZ, U. **Proton Pump Inhibitors--Their Pharmacological Impact On The Clinical Management Of Acid-Related Disorders.** In: Arzneimittelforschung. 2009; Vol. 59 N° 6. Julho 2009.

(16) COHEN, M. **A dolorosa derrota do Vioxx.** In: Isto É Gente. Outubro / 2004. Disponível em <<http://www.terra.com.br/istoegente/271/saude/index.htm>>. Último Acesso em 10 de outubro de 2010.