

LUÍS CARLOS CASARIN

O USO DE MEDICAMENTOS NA SAÚDE COLETIVA

**CAMPINAS
2007**

LUÍS CARLOS CASARIN

O USO DE MEDICAMENTOS NA SAÚDE COLETIVA

Monografia apresentada ao centro de estudos odontológicos São Leopoldo Mandic, como requisito para a obtenção do título de especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Rogério H. Lopes Motta

**CAMPINAS
2007**

Apresentação da Monografia ao curso de Especialização de Odontologia em Saúde Coletiva

Prof^a. Dr^a. Flávia Martão Flório
Coordenadora

Prof. Dr. Rogério Heládio Lopes Motta
Orientador

Dedico esse trabalho e a minha especialização a duas grandes mulheres: Sandrinha, minha mulher e maravilhosa companheira e Carminha, minha amiga, exemplo de ética e caráter, grande responsável por minha paixão pela saúde pública.

Agradecimentos

À minha mulher Sandra pelo apoio, carinho e paciência;

À minha amiga, médica sanitária, secretária de saúde e grande defensora do SUS Maria do Carmo Cabral Carpintéro, Carminha, por tudo;

Ao meu amigo de coração e colega de profissão Dr. Sérgio Moura Guimarães, pelos conselhos sempre pertinentes;

Ao COSEMS/SP e aos companheiros de trabalho e amigos consultores, pelo trabalho e aprendizado proporcionados, em especial ao amigo Marco Antônio Manfredini, referência para mim e para a Saúde Bucal Coletiva;

A todos os gestores e amigos dos Colegiados de Gestão Regionais de Piracicaba, Rio Claro e Oeste 7 que, de uma maneira ou outra, colaboraram para o meu aprendizado e para esta monografia, em especial ao amigo Antônio Roberto Stivalli, diretor de planejamento do DRS X de Piracicaba;

Ao município de Várzea Paulista/SP onde tudo começou;

A meu primo Cleber Possani Jr. pelo auxílio na elaboração do *Abstract*;

Ao meu tutor e orientador Prof. Dr. Rogério Motta, por saber conduzir da melhor forma que eu poderia querer, tendo o grau de participação que dele precisei.

“Deficiente” é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

“Louco” é quem não procura ser feliz com o que possui.

“Cego” é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

“Surdo” é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

“Mudo” é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

“Paralítico” é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

“Diabético” é quem não consegue ser doce.

“Anão” é quem não sabe deixar o Amor crescer. E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:

“Miseráveis” são todos que não conseguem falar com Deus.

(“Deficiências” – Mário Quintana)

RESUMO

O elevado consumo e uso indiscriminado de medicamentos, com ou sem prescrição médica, é hoje característica comum em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil este fato tem dimensões histórico-culturais, sociais e políticas. Para se garantir uma terapêutica racional e segura e otimizar os gastos de recursos públicos em saúde é necessário compreender essas dimensões e redefinir as responsabilidades de cada um dos diversos setores da sociedade envolvidos direta ou indiretamente na utilização dos medicamentos: os entes federativos (federal, estaduais e municipais), a indústria farmacêutica, os distribuidores de medicamentos, as farmácias, os prescritores (médicos e dentistas), os dispensadores (farmacêuticos), os demais profissionais de saúde e o paciente ou usuário de medicamentos.

Palavras-chave: Uso racional de medicamentos, automedicação, judicialização da assistência farmacêutica.

Abstract

High consumption and indiscriminate use of drugs, with or without prescription, is a common practice nowadays in both developed and developing countries. In Brazil, this fact has historical-cultural, social and political dimensions. To ensure a rational and safe therapy and optimize the spending of public resources in health it is necessary to understand these dimensions and redefine the responsibilities of each of the various sectors of society involved directly or indirectly in the use of drugs: the federal entities (federal, state and municipal), the pharmaceutical industry, distributors of medicines, pharmacies, the prescribers (doctors and dentists), dispensers (pharmacists), other health professionals and the patient or user of drugs.

Keywords: rational use of medicines, self-medication, judicialisation of pharmaceutical care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIFARMA – Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

OMS – Organização Mundial de Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

1.Introdução	10
2.Proposição	12
3.Revisão de Literatura	13
4.Discussão	25
5.Conclusão	30
Referências	32
ANEXO: PORTARIA Nº 1.555 DE 27 DE JUNHO DE 2007	34

1. Introdução

É inquestionável a importância do medicamento como um bem essencial à saúde e importante ferramenta terapêutica, sendo responsável por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população.

Entretanto, atualmente no Brasil, influenciado em parte pelo aumento de expectativa de vida, o elevado consumo de medicamentos, com ou sem prescrição médica, resulta num uso indiscriminado, acarretando riscos diretos e indiretos à população, além de elevar significativamente os gastos na área da saúde, tornando-se um importante problema de saúde pública, o que vem suscitar propostas de reforma para o setor.

Enquanto problema de saúde pública, o consumo de medicamentos vem mostrando-se no Brasil como um obstáculo para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, cujo modelo assistencial ainda tem como forte característica a medicalização. Além disso, a chamada “*judicialização da Saúde*” faz com que o SUS gaste cada vez mais com a dispensação de medicamentos, ainda que parte da população encontre dificuldades de acesso à rede básica e, conseqüentemente, aos medicamentos.

São diversos os fatores que podem influenciar o uso de medicamentos, dentre eles: oferta, variedade, qualidade e preços de produtos no mercado; modelo assistencial baseado na medicalização e centrado no atendimento médico; marketing direto e indireto da indústria farmacêutica. Além desses, estudos de bases populacionais mostram que a utilização de medicamentos também é influenciada pela

idade, sexo, grau de escolaridade, renda familiar e auto-percepções do estado de saúde dos usuários do sistema de saúde.

Compreender e relacionar esses fatores constitui uma tarefa difícil, mas necessária na busca pelo uso racional de medicamentos e conseqüente otimização dos recursos financeiros públicos aplicados na saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o uso racional de medicamentos ocorre quando *“os pacientes recebem o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, nas doses e posologias corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para a comunidade”*.

Atingir esse objetivo significa melhorar a qualidade de vida da população e contribuir para a implementação do SUS no Brasil, na busca da integralidade e equidade, frente à garantia constitucional da universalidade.

Referências¹

Aquino Daniela Silva. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13 (Sup): 733-736.

Arrais Paulo Dourado, Coelho Helena Lutécia, Batista Maria do Carmo, Carvalho Marisa, Righi Roberto, Arnau Josep Maria. Perfil da Automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 1997; vol. 31, nº 1: 71-77.

Renovato Rogério Dias, Bagnato Maria Helena Salgado. Atenção Farmacêutica: do medicamento ao ser humano. *Cad. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2007; 15 (1): 153-162.

¹ De acordo com o Manual de Normalização para Monografias da faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, baseado no estilo Vancouver e abreviatura dos títulos de periódicos em conformidade com o *Index Medicus*.

2. Proposição

Este trabalho não tem a pretensão de trazer soluções, mas sim trazer uma reflexão acerca do consumo atual de medicamentos no Brasil e seus reflexos para o Sistema Único de Saúde.

Este estudo tem como propósito a revisão da literatura voltada para os aspectos do uso de medicamentos na Saúde Coletiva, a automedicação e os reflexos destes fatores no bem-estar e na qualidade de vida da população e as conseqüências para o Sistema Único de Saúde – SUS. Não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas somente destacar e confrontar opiniões e sugestões com a finalidade de buscar o uso racional dos medicamentos e o uso racional dos recursos públicos.

3. Revisão de Literatura

De acordo com Silva & Giugliani (2004), muito embora apenas 50% da população brasileira tenha acesso aos medicamentos, seu consumo é alto em praticamente todas as faixas etárias, atingindo a quinta colocação no mercado consumidor mundial. Inúmeras razões contribuem para essa situação: dificuldade de acesso aos serviços de saúde; inexistência de um sistema de farmacovigilância adequado, com a proliferação de farmácias e drogarias onde se adquire medicamentos livremente; mercantilização do medicamento; e hábito de consumo de medicamentos por ansiedade e sem motivos orgânicos aparentes. Essa utilização indiscriminada também sofre influência de um processo social controlado por numerosas forças: desejo de um melhor cuidado com a saúde, disponibilidade dos produtos, padrões de morbidade dos diferentes grupos populacionais e pressão da indústria químico-farmacêutica, seja diretamente sobre o consumidor, seja sobre o profissional de saúde.

Margonato (2006) destaca que na década de 70 a indústria farmacêutica instalada no Brasil cresceu mais de 300% e os números continuam expandindo até hoje. O mercado farmacêutico brasileiro tornou-se um dos cinco maiores do mundo com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano, segundo a OMS. Em contrapartida, este cenário é influenciado pela desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Estima-se que no ano de 2010, o Brasil terá mais de 135.000 farmacêuticos, em sua grande parte atuando no setor privado.

De acordo com Barros & Joany (2002), a oferta e demanda de medicamentos sofrem múltiplas influências destacando-se as estratégias promocionais, entre elas os anúncios em revistas médicas, que não seguem nenhum dos critérios propostos pela OMS, que deveriam incluir-se em qualquer material de divulgação. Os produtos farmacêuticos passaram a sofrer um uso indiscriminado e irracional, sobretudo em virtude da lógica de mercado, que tudo transforma em mercadoria, privilegiando uma visão da saúde como dependente do consumo de variados bens e serviços, acarretando conseqüências negativas importantes, tanto nos custos de ordem econômica que governos e indivíduos passaram a fazer de forma crescente, como nos malefícios no âmbito sanitário, traduzidos particularmente pelo aumento de efeitos colaterais ou reações adversas, por vezes bastante graves.

Segundo Renovato & Bagnato (2007), o medicamento tornou-se o centro da terapêutica ocidental moderna como decorrência dos seus atributos tecno-científicos e simbólicos. O incremento na utilização de medicamentos encontrou condições favoráveis em uma sociedade capitalista que estimulou o seu emprego como bem de consumo e capaz de oferecer o simulacro da saúde perfeita. O aumento do número de internações hospitalares provocadas por medicamentos foi um dos indicadores de morbidade e mortalidade relacionada ao seu uso irracional. Desse modo, a atenção farmacêutica surgiu como proposta de uma prática que tem como principal finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente que faz uso de medicamentos, otimizar o tratamento medicamentoso e prevenir problemas relacionados ao seu uso, quando

deveria ser uma prática humanizadora que tem o ser humano como principal foco do processo do cuidar.

Aquino (2008) traz estatísticas alarmantes a respeito do uso de medicamentos: aproximadamente um terço das internações ocorridas no país tem como origem o uso incorreto de medicamentos. Estatísticas da Fiocruz revelam que os medicamentos respondem por 27% das intoxicações no Brasil e 16% dos casos de morte. Segundo a OMS, este não é um hábito exclusivo do Brasil, ocorrendo em muitos países:

- 25 a 70% do gasto em saúde correspondem a medicamentos nos países em desenvolvimento em comparação a menos de 15% nos países desenvolvidos;
- 50 a 70% das consultas médicas geram prescrição de medicamentos;
- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente;
- 75% das prescrições com antibióticos são errôneas;
- 2/3 dos antibióticos são usados sem prescrição médica em muitos países;
- 50% dos consumidores compram medicamentos para um dia de tratamento;
- 15 a 20% dos orçamentos dos hospitais são gastos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos.

Diante do exposto, a OMS estabeleceu como seu grande desafio para a próxima década a melhoria na racionalidade do uso de medicamentos, havendo uma necessidade de promover a avaliação desse uso e vigiar o seu consumo.

Segundo Oliveira & Dalquano & Tavares & Ballani (2004), dentre outros fatores, a intoxicação por medicamentos é facilitada também porque os produtos são armazenados de maneira incorreta e estocados em todos os ambientes das residências da maioria das pessoas, fazendo com que sejam facilmente encontrados. Além disso, os medicamentos normalmente apresentam embalagens atraentes à curiosidade infantil e são fáceis de manusear. Acondicionar e guardar esses produtos fora do alcance da criança, conhecer as propriedades tóxicas, além de saber o que fazer em casos de intoxicação são passos importantes na prevenção de acidentes. Os estoques domiciliares são um dos fatores que levam à automedicação.

Segundo Arrais & Cols. (1997) em países desenvolvidos, o número de medicamentos de venda livre tem crescido, assim como a disponibilidade desses medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos, o que também favorece a automedicação. Nesses países, no entanto, os rígidos controles estabelecidos pelas agências reguladoras e o envolvimento dos farmacêuticos na orientação dos usuários tornam menos problemática a prática da automedicação. No Brasil, segundo a ABIFARMA, cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação, o que a torna digna de preocupação. Ainda segundo o estudo, 51% dos medicamentos na automedicação são baseados na orientação de pessoas leigas e 40% em prescrições anteriores, sendo 36% destes baseados na última visita feita aos médicos. Dentre os

subgrupos terapêuticos mais freqüentes, os analgésicos estão entre os medicamentos mais procurados, tanto na automedicação praticada no Brasil, quanto em outros países.

A falta de recursos financeiros destinados ao SUS, o número insuficiente de médicos nas unidades de saúde, dentre outros fatores, podem estar relacionados ao aumento dos índices da automedicação no Brasil, segundo Musial & Dutra & Becker (2007). O maior consumo de medicamentos ocorre entre pessoas com maior nível de escolaridade que, por possuírem mais informação, sentem-se mais confiantes. Quanto ao gênero, segundo a OMS, as mulheres se automedicam mais que os homens. Não há como eliminar a automedicação da sociedade, mas há como minimizá-la. Programas de orientação para profissionais de saúde e usuários, desenvolvimento de políticas públicas com adequação de estrutura e recursos humanos das unidades de saúde e fiscalização apropriada da propaganda, divulgação e vendas de medicamentos estão entre as ações fundamentais para minimizar a automedicação e os danos por ela causados.

Segundo Castro & Aguiar & Cols. (2006), a prática da automedicação muitas vezes evita o colapso do sistema público de saúde, pelo atendimento a casos transitórios ou de menor urgência. Entretanto, a auto prescrição, segundo a OMS é extremamente perigosa e inaceitável. O estudo, realizado com farmacêuticos, mostra a consciência destes no seu papel na assistência farmacêutica. Entretanto, quando o tratamento é para si próprio, o farmacêutico, embora tendo informação, mostra-se também adepto da automedicação.

Segundo Heemann & Garippe (2002), o marketing nas farmácias pode induzir à automedicação. O Marketing pode e deve ser aplicado nas farmácias como ferramenta para melhoria do atendimento à população e não como maneira de ludibriar pessoas menos informadas. Um dos problemas a ser resolvido é a adequação das embalagens dos medicamentos em quantidades compatíveis com o tratamento a ser realizado. A farmácia não deve apenas ser um ponto de comercialização de produtos, mas também prestar serviços à comunidade como orientações quanto ao uso racional dos medicamentos, aplicação de injetáveis, dentre outros.

A propaganda, aliás altera o padrão de prescrição de medicamentos feita por médicos, segundo Pizzol & Silva & Schenkel (1998), além de ser considerada a principal fonte utilizada por eles para sua atualização terapêutica. As visitas de propagandistas, a promoção de congresso e os anúncios em revistas estão entre as principais técnicas utilizadas. A importância da propaganda de medicamentos é comprovada pelas enormes cifras destinadas pela indústria farmacêutica para este fim. Na tentativa de alterar o padrão de consumo dos medicamentos e aumentar as vendas, as indústrias farmacêuticas lançam mão de diversas formas de propaganda, tanto dirigidas ao público leigo, quanto aos profissionais de saúde, desde o médico e o farmacêutico até o usuário, conseguindo influenciar a prescrição, a venda e o consumo dos medicamentos.

De acordo com Barros (2000), as indústrias farmacêuticas gastam de 15 a 25% do seu faturamento global em publicidade, visando objetivos mais comerciais que

sanitários. Diversos estudos com o propósito de identificar as fontes de informação e de influência sobre a prescrição médica assinalam o lugar proeminente do propagandista como meio através do qual chega ao médico o conhecimento da presença no mercado de um novo produto. As conclusões levam a crer que os propagandistas são, sobretudo, agentes de vendas. Além disso, o estudo mostra que existe um padrão duplo de conduta das empresas farmacêuticas, conforme estejam elas atuando em país desenvolvido ou subdesenvolvido. Não existem no Brasil, alternativas de informação que, direta ou indiretamente, não tenham vínculos com as empresas farmacêuticas, o que propicia potenciais impactos nas prescrições. Até mesmo o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) tem conotação mercadológica, sendo muito mais que um manual informativo isento, de natureza técnico-científica, conforme se propõe a ser.

Segundo Petersen & Carvalho (2006), a população brasileira está envelhecendo. Estudos apontam para um aumento da proporção de idosos no país, passando de um total de 5,1% em 1991 para 14,2% nos próximos 50 anos. O aumento na longevidade geralmente leva ao aumento da prevalência das doenças crônicas, com conseqüente aumento no consumo de medicamentos. Atualmente, dados estatísticos informam que 80% dos idosos consomem pelo menos um medicamento, sendo comum o uso de dois ou três produtos simultaneamente, e quando pertencem a famílias com renda de até um salário mínimo, isto significa um comprometimento de 64,6% do rendimento mensal. Dados do CONASS (2003) mostram que 52% dos brasileiros abandonam o tratamento por falta de dinheiro para aquisição de

medicamentos. Esta realidade precisa ser levada em consideração quando do estabelecimento das políticas públicas de saúde, previdência, entre outras. Em programas públicos, a disponibilização de medicamentos nem sempre leva em consideração alterações de resposta dos diversos sistemas fisiológicos, determinadas pelo efeito combinado do envelhecimento biológico, condições crônicas, alcoolismo ou sedentarismo, o que pode predispor a um aumento ou diminuição do efeito terapêutico dos princípios farmacológicos.

Nóbrega & Karnikowski (2005) mostram que mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento podem alterar em muito a farmacocinética e a farmacodinâmica de diversos, fazendo com que os idosos estejam suscetíveis com maior frequência a efeitos adversos ou terapêuticos mais intensos. Neste cenário, estudos apontam para necessidade de medicamentos específicos ou medicamentos cujo consumo por idosos deveria ser evitado ou utilizado com cautela. Sendo assim, é importante uma prescrição adequada ao idoso, que considere seu estado clínico geral, minimize o número de drogas administradas, iniciadas em pequenas doses e conforme a resposta, evitando ao máximo o uso de medicamentos considerados impróprios. O uso racional de medicamentos pelos idosos evita gastos excessivos com medicamentos, além de prevenir internações desnecessárias, desonerando assim o sistema público de saúde.

No campo odontológico, segundo Salles & Paranhos & Lunardi (2006), o desdentamento tem sido considerado fator de risco para o aparecimento de doença cardiovascular e desnutrição. Isso faz com que na parcela populacional de idosos

desdentados, o consumo de medicamentos chegue a 85% e a prevalência de doenças crônicas, cardiovasculares e reumáticas seja alta, sendo freqüente a necessidade de tratamento medicamentoso cardiovascular e de controle da dor ou inflamação. A politerapia medicamentosa é maior para as mulheres (88%) que para os homens (76%).

Ainda no campo odontológico, segundo Castilho & Paixão & Perini (1999), pouco tem sido analisado sobre a inserção do medicamento na prática clínica odontológica, dentre outros motivos, devido ao consenso geral de que o dentista prescreve pouco e o seu arsenal de drogas é restrito. O volume de medicamentos e de recursos movimentado pelas prescrições odontológicas, em verdade, não é tão pequeno assim. O arsenal antimicrobiano, analgésico e antiinflamatório (classes terapêuticas mais prescritas pelos dentistas) pode ser menor que o utilizado pelos médicos, mas possui uma diversidade considerável. O cirurgião dentista possui o dever legal de conhecer os aspectos farmacológicos dos medicamentos que prescreve, prescrição esta que define como o fármaco deve ser fornecido ao paciente e como deve ser utilizado pelo mesmo, dirigida ao farmacêutico e feita por escrito, pois responsabiliza tanto quem prescreve quanto quem dispensa. Segundo a pesquisa, cerca de 30% dos dentistas não considera a farmacologia importante na vida profissional, 45% consideram insuficientes seus conhecimentos na área e 25% não realiza as prescrições por escrito. O resultado sugere a necessidade de melhorias no nível acadêmico odontológico como forma de promover a qualidade da abordagem terapêutica medicamentosa pelo cirurgião dentista.

Na gravidez, segundo Castro & Paumgartten & Silver (2004), o uso de medicamentos é cada vez mais intenso, enquanto a prática médica volta-se para a incorporação do conceito de risco. As percepções dos prescritores oscilam entre a certeza de que tudo é nocivo e a relativa crença de que tudo é seguro até que se prove o contrário. Nas questões relacionadas à Saúde da Mulher, observa-se a aplicação do modelo médico hegemônico, centrado em estruturas hierárquicas de poder entre médico e paciente, privilegiando o enfoque sobre a doença.

A omissão e/ou ineficácia do Estado na prestação da assistência farmacêutica, compreendida dentro do direito à Saúde, deu azo ao fenômeno que vem sendo denominado *judicialização da assistência farmacêutica*, embutido dentro da *judicialização da saúde*, compreendido como a provocação e a atuação do poder judiciário em prol da efetivação da assistência farmacêutica, segundo Gandini & Barione & Souza (2007). Quando a Administração Pública é constrangida nas vias jurisdicionais, a prestar, indiscriminadamente, assistência farmacêutica, os cofres públicos sofrem grande prejuízo, comprometendo o funcionamento do Estado como um todo e não apenas a estrutura do SUS. Com vistas a promover a assistência farmacêutica no âmbito do SUS, O Ministério da Saúde formula uma listagem de medicamentos que devem estar disponíveis em toda a rede, denominada “Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME”. Além da RENAME, existem diversos outros programas de distribuição de medicamentos na rede pública. Nem sempre a assistência farmacêutica no SUS atende às necessidades do usuário, ora porque as peculiaridades da moléstia exigem medicamentos especiais e/ou tornaram

ineficazes os medicamentos constantes da listagem, ora porque houve falha na atualização da RENAME. Não raro, a assistência farmacêutica também falha por questões administrativas, tal como entraves no procedimento de aquisição ou distribuição do medicamento. A falta ou deficiência da assistência farmacêutica prestada pelo SUS, sem dúvida nenhuma ameaça o direito à vida e, em muitos casos, é capaz de produzir lesão irreparável a esse direito. Dentro desse contexto, é legítima a intervenção jurisdicional que visa a afastar lesão ou ameaça a esse direito. Porém, algumas cautelas ou critérios devem ser observados no manejo dos mecanismos processuais que viabilizam a intervenção jurisdicional na efetivação da assistência farmacêutica pelo Poder Público, a fim de se evitar prejuízos ao SUS e, conseqüentemente, à própria população. Alguns sugeridos são: observância do princípio ativo prescrito e da existência do registro do medicamento, observância da pertinência da prescrição no tratamento do usuário e observância dos programas de assistência farmacêutica do SUS.

Segundo Wannmacher (2006), trabalhar com conceito de medicamento essencial e lista de medicamentos essenciais selecionados por critérios fortemente embasados em evidências faz parte das dez recomendações que melhoram o uso de medicamentos em países em desenvolvimento. No Brasil a RENAME vem sendo orientadora da construção das listas estaduais e municipais, ainda que não se constitua em lista de pactuação para o SUS. Com a lista há melhor aproveitamento dos recursos e menores custos por meio de compra em escala maior e simplificação dos sistemas de abastecimento, distribuição e reembolso. Esta estratégia constitui um

dos princípios fundamentais da política farmacêutica nacional. Na verdade, políticas de medicamentos essenciais objetivam promover disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos.

Nos resultados encontrados no estudo de Marques & Dallari (2007), percebe-se que o Poder Judiciário não tem levado em consideração a política pública de medicamentos. Suas decisões tem como base unicamente a afirmação do direito à saúde e à assistência farmacêutica, ignorando que tais direitos estão atrelados à elaboração de políticas sociais e econômicas. As ações judiciais ainda, podem acobertar interesses de laboratórios farmacêuticos, responsáveis pela comercialização de inovações terapêuticas, inacessíveis financeiramente aos autores. O Sistema jurídico deve garantir a existência de uma política pública de medicamentos pautada pela universalidade e equidade, além da prestação ininterrupta de um serviço público de assistência farmacêutica para todos que dele necessitarem. Cabe à administração pública elaborar uma política e organizar o serviço de forma integral e universal, com base nas principais necessidades de saúde da população e nos recursos disponíveis.

4. Discussão

O consumo de medicamentos é alto em praticamente todas as faixas etárias, levando o Brasil à quinta colocação no mercado consumidor mundial. De acordo com Silva & Giugliani (2004), cuja pesquisa trouxe esse resultado, esse elevado consumo resulta numa utilização indiscriminada e irracional de medicamentos, resultante de diversos fatores sociais e econômicos.

O elevado consumo e uso indiscriminado nos remete também ao rápido e elevado crescimento da indústria farmacêutica no país, conforme estudo de Margonato (2006), que cita ainda que este cenário é influenciado pela desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

O crescimento do mercado consumidor e da indústria farmacêutica também podem ter sido impulsionados, dentre outros fatores, pelas estratégias promocionais das indústrias farmacêuticas, de acordo com estudo de Barros & Joany (2002), sobretudo em virtude da lógica de mercado, que tudo transforma em mercadoria, privilegiando uma visão da saúde como dependente do consumo de variados bens e serviços. A propaganda, aliás altera o padrão de prescrição de medicamentos feita por médicos, segundo Pizzol & Silva & Schenkel (1998), sendo que as visitas de propagandistas, a promoção de congresso e os anúncios em revistas estão entre as principais técnicas utilizadas. De acordo com Barros (2000), as indústrias farmacêuticas gastam de 15 a 25% do seu faturamento global em publicidade, visando objetivos mais comerciais que sanitários.

A soma de todos esses fatores, que eleva o consumo e estimula o uso irracional de medicamentos, também os tornam centro da terapêutica ocidental moderna, de acordo com Renovato & Bagnato (2007), que concluem que o incremento na utilização de medicamentos encontrou condições favoráveis em uma sociedade capitalista que estimulou o seu emprego como bem de consumo e capaz de oferecer o simulacro da saúde perfeita, acarretando até mesmo o aumento do número de internações hospitalares, que segundo Aquino (2008), um terço delas ocorrem no país tendo como origem o uso incorreto e conseqüente intoxicação por medicamentos.

A intoxicação por medicamentos também foi o tema de estudo de Oliveira & Dalquano & Tavares & Ballani (2004), onde concluem que a mesma é facilitada, dentre outros fatores pelo grande e incorreto armazenamento dos produtos nas residências, também fruto de todos os fatores anteriormente citados. Tais estoques domiciliares são um dos fatores que levam à automedicação, que é tema do estudo de Arrais & Cols. (1997). Para eles, a automedicação também é resultado do crescente número de medicamentos de venda livre em estabelecimentos farmacêuticos ou não, característica comum em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Porém, naqueles são oferecidos rígidos controles por agências reguladoras, fato inexistente nestes, o que leva o Brasil a possuir um contingente de nada menos de 80 milhões de pessoas adeptas da automedicação, seja ela baseada na orientação de leigos ou em prescrições anteriores.

A automedicação também é relacionada como provável resultante da falta de recursos financeiros destinados ao SUS, do número de médicos nas unidades de

saúde, dentre outros fatores, segundo Musial & Dutra & Becker (2007), que diz que não há como eliminar a automedicação da sociedade, mas há como minimizá-la, principalmente através do desenvolvimento de políticas públicas que busquem soluções nesse sentido. Também sobre a prática da automedicação, Castro & Aguiar & Cols. (2006), dizem que muitas vezes ela evita o colapso do sistema público de saúde, pelo atendimento a casos transitórios ou de menor urgência, mesmo sendo extremamente perigosa e inaceitável.

A automedicação ainda pode ser induzida pelo marketing nas farmácias, segundo estudo de Heemann & Garippe (2002), que deveria ser aplicado nas como ferramenta para melhoria do atendimento à população e não como maneira de ludibriar pessoas menos informadas, sendo a farmácia não apenas um ponto de comercialização de produtos, mas também um prestador de serviços à comunidade.

O aumento da prevalência das doenças crônicas, decorrente do envelhecimento da população, tem um conseqüente aumento do consumo de medicamentos, segundo Petersen & Carvalho (2006), que com dados estatísticos informa que 80% dos idosos consomem pelo menos um medicamento, o que pode significar um comprometimento de 64,6% do rendimento mensal familiar, realidade que precisa ser levada em consideração quando do estabelecimento das políticas públicas de saúde, previdência, entre outras.

Ainda sobre o envelhecimento, Nóbrega & Karnikowski (2005) mostram que as mudanças fisiológicas relacionadas a esse período deixam o idoso mais suscetível a efeitos adversos, trazendo a necessidade de medicamentos específicos ou

medicamentos cujo consumo por idosos deveria ser evitado ou utilizado com cautela. Esse uso racional de medicamentos pelos idosos evitaria gastos excessivos com medicamentos, além de prevenir internações desnecessárias, desonerando o sistema público de saúde. Ainda nessa faixa etária, desdentamento tem sido considerado fator de risco para o aparecimento de doença cardiovascular e desnutrição, fazendo com que o consumo de medicamento atinja a impressionante marca de 85% da parcela populacional de desdentados, segundo Salles & Paranhos & Lunardi (2006).

A inserção do medicamento na prática odontológica pouco tem sido analisada, segundo Castilho & Paixão & Perini (1999). Segundo o estudo, o arsenal de medicamentos prescritos pelos dentistas pode ser menor que o dos médicos, mas, ainda assim, possui uma diversidade e volume consideráveis. Tudo isso aponta a necessidade de melhorias no nível acadêmico odontológico como forma de promover a qualidade da abordagem terapêutica medicamentosa pelo cirurgião dentista.

Em outro grupo populacional analisado por Castro & Paumgarten & Silver (2004), o das gestantes, o uso de medicamentos é cada vez mais intenso, enquanto a prática médica volta-se para a incorporação do conceito de risco. As percepções dos prescritores oscilam entre a certeza de que tudo é nocivo e a relativa crença de que tudo é seguro até que se prove o contrário.

A *judicialização da assistência farmacêutica* compreendida como a provocação e a atuação do poder judiciário em prol da efetivação da assistência farmacêutica, é tema do estudo de Gandini & Barione & Souza (2007), que discutem que quando a administração pública é estrangida nas vias jurisdicionais, a prestar

assistência farmacêutica, os cofres públicos sofrem grande prejuízo, comprometendo o funcionamento do Estado como um todo e não apenas a estrutura do SUS. Dentro da estrutura do SUS, o Ministério da Saúde dispõe da “Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME”, um dos diversos programas de distribuição de medicamentos na rede pública. Trabalhar com conceito de medicamento essencial e lista de medicamentos essenciais selecionados por critérios embasados em evidências faz parte das dez recomendações que melhoram o uso de medicamentos em países em desenvolvimento, Segundo Wannmacher (2006). Mesmo assim, nem sempre a assistência farmacêutica no SUS atende às necessidades do usuário. Essa falta ou deficiência da assistência farmacêutica prestada pelo SUS, sem dúvida nenhuma ameaça o direito à vida e, em muitos casos, é capaz de produzir lesão irreparável a esse direito. Dentro desse contexto, é legítima a intervenção jurisdicional que visa a afastar lesão ou ameaça a esse direito. Porém, algumas cautelas ou critérios devem ser observados para que esse processo viabilize a intervenção jurisdicional na efetivação da assistência farmacêutica pelo Poder Público, porém, evitando prejuízos ao SUS e à própria população.

O Poder Judiciário não tem levado em consideração a política pública de medicamentos. Segundo estudo de Marques & Dallari (2007), as decisões tem como base unicamente a afirmação do direito à saúde e à assistência farmacêutica, ignorando que tais direitos estão atrelados à elaboração de políticas sociais e econômicas.

5. Conclusão

O medicamento é hoje o centro da terapêutica ocidental, essencialmente voltada para a cura e pouco expressiva na promoção e prevenção à saúde. Esta é uma visão que precisa ser alterada para a real efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS, que em um de seus princípios doutrinários, a Integralidade, traz o medicamento como importante ferramenta complementar na melhoria de qualidade de vida do ser humano, mas não a única. Integralidade significa buscar não só a Recuperação, mas também a Promoção e a Proteção da Saúde.

O elevado consumo de medicamentos no Brasil encontra condições favoráveis em uma sociedade que, influenciada por diversos fatores sócio-econômico-culturais, estimula o seu emprego como bem de consumo, voltando para ele toda a esperança pela busca da saúde perfeita.

Esse comportamento traz inevitáveis conseqüências como o uso irracional, reforçado pela prescrição irresponsável dos profissionais da saúde, muitas vezes estimulados pela poderosa indústria farmacêutica; a automedicação e conseqüente aumento dos casos de intoxicação e internação hospitalares; e o crescente aumento de gastos de recursos financeiros individuais e, principalmente, públicos.

Tudo isso se caracteriza num entrave para a efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS, não só pelo fato de ficar preso a um modelo essencialmente medicalizado, curativo e pouco resolutivo, como também pelo fato do grande volume de recursos públicos destinados a este fim, grande parte deles determinados ao

Estado pelo Poder Judiciário, o que compromete o funcionamento e a estrutura do SUS e do Estado como um todo.

A decisão terapêutica dos médicos e dentistas não deve apenas estar pautada em princípios farmacodinâmicos, farmacocinéticos, farmacoeconômicos ou farmacotécnicos. Deve estar pautada também em princípios éticos e em responsabilidade social, fundamentais para implementação do SUS no Brasil, para a conquista dos seus princípios doutrinários e principalmente, para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

Referências²

Arrais Paulo Dourado, Brito Luciara Leite, Barreto Maurício Lima, Coelho Helena Lutésia. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2005; 21(6): 1737-1746.

Barros José Augusto. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2000; 16 (2): 421-427.

Barros José Augusto Cabral, Joany Sabrina. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 891-898.

Castilho Lia, Paixão Helena, Perini Edson. Prescrição de medicamentos de uso sistêmico por cirurgiões dentistas, clínicos gerais. *Revista de Saúde Pública*. 1999; vol. 33, n° 3: 287-294.

Castro Cláudia Garcia Serpa Osório, Paumgarttem Francisco José, Silver Lynn Dee. O uso de medicamentos na gravidez. *Ver. Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9 (4): 987-996.

Castro Helena, Aguiar Michele, Geraldo Reinaldo, Freitas Cícero, Al coforado Luciane, Santos Dilvani, Barbosa Camila, Fonseca Clara, Aló Clarissa, Rangel Érica, Toledo Ingrid, Feitosa Marcela, Rodrigues Carlos, Santos Teresa, Cabral Lúcio. Automedicação: Entendemos o risco? *Infarma*, Rio de Janeiro. 2006; vol. 18, n° 9/10: 17-20.

Dalquano Raquel, Tavares Érika Okuda, Oliveira Magda Lúcia, Ballani Tanimária da Silva Lira. Aquisição, uso e estocagem de medicamentos em domicílios de pessoas intoxicadas, Maringá (PR). *Arq. Apadec*. 2004; supl. 8, 241-243.

Gandini João Agnaldo, Barione Samantha, Souza André Evangelista. A Judicialização do direito à Saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. Dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.bdjur.stj.gov.br>. Acesso em: 17 de maio de 2008.

Giugliani Elsa R, Silva Clécio H. Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. *J. Pediatria*, Rio de Janeiro. 2004; vol. 80, n° 4: 326-332. ISSN 0021-7557.

Heemann A. C. W., Garippe G. M. Marketing aplicado à farmácia. *Visão Acadêmica*, Curitiba. 2002; vol. 3, n° 2: 119-122.

Margonato Fabiana Burdini. As atribuições do farmacêutico na Política Nacional de Medicamentos. *Infarma*. 2006; vol. 18, n° 3/4: 28-31.

² De acordo com o Manual de Normalização para Monografias da faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, baseado no estilo Vancouver e abreviatura dos títulos de periódicos em conformidade com o *Index Medicus*.

Marques Silvia Badim, Dallari Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 2007; 41 (1): 101-107.

Musial Diego Castro, Dutra Josiene Santos, Becker Tânia Alexandrino. A automedicação entre os brasileiros. *SaBios - Rev.Saúde e Biol.*, Campo Mourão. 2007; vol. 2, nº 2: 5-8.

Petersen Alberi, Carvalho Marcelo Madureira. Uso de Medicamentos por Idosos: Uma revisão do elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil. Universidade de Brasília.

Pizzol Felipe Dal, Silva Tatiane, Schenkel Eloir Paulo. Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 1998; 14 (1): 85-91.

Nóbrega Otávio de Tolêdo, Karnikowski Margô Gomes de Oliveira. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (2): 309-313.

Salles Antônio Eduardo, Paranhos Helena de Freitas, Lunardi Laurelucia. Estudo Populacional relacionado à Saúde Geral e Uso de Medicamentos em Idosos não Institucionalizados e Desdentados Totais. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2006; vol. 26, nº 2: 14-20.

Wannmacher Lenita. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. *Revista Uso racional de medicamentos: temas selecionados*. 2006; vol. 3, nº 2: 1-6. ISSN 1810-0791.

Wannmacher Lenita. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: uma guerra perdida? *Revista Uso racional de medicamentos: temas selecionados*. 2004; vol. 1, nº 4: 1-6. ISSN 1810-0791.

ANEXO: PORTARIA Nº 1.555 DE 27 DE JUNHO DE 2007.

Institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece entre as atribuições no campo de atuações do Sistema Único de Saúde (SUS), as de vigilâncias sanitárias e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Considerando a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que, dentre outras providências, em seu art. 7º, inciso XVIII, e no art. 8º, atribui à ANVISA a competência de implementar e executar o Sistema de Vigilância Farmacológica, regulamentar e executar o Sistema de Vigilância Farmacológica, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e nos serviços que envolvam risco à saúde pública;

Considerando o art. 23 do Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, que define as competências do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos;

Considerando o estabelecido na Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, com destaque para a diretriz de promoção do uso racional de medicamentos;

Considerando a Portaria nº 696/GM, de 7 de maio de 2001, que institui o Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos (CNMM), sediado na Unidade de Farmacovigilância da ANVISA;

Considerando o estabelecido na Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com destaque para o estabelecimento no art. 3º, inciso XIII, a promoção do uso racional de medicamentos por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo, como um dos seus eixos estratégicos; e

Considerando o estabelecido na cláusula segunda, item 1 do Termo de Cooperação Técnica celebrado entre o Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, tendo por objetivo a cooperação técnica e científica,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, com caráter deliberativo, no âmbito do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde.

Art. 2º Compete ao Comitê Nacional, em interface com outros órgãos e instâncias do Ministério da Saúde e em parcerias, entidades ou instituições afins.

I - identificar e propor estratégias e mecanismo de articulação, de monitoramento e de avaliação direcionadas à promoção do Uso Racional de Medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS;

II - propor Diretrizes e Estratégias Nacionais para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, em consonância com as Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica e a legislação afim;

III - identificar e propor estratégias voltadas à articulação entre órgãos e entes federais, estaduais, municipais e distritais, instituições de ensino superior, associações, entidades e organismos nacionais e internacionais, direcionadas à programação 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 - contribuir com o aprimoramento dos marcos regulatórios e a vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

VI - propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos;

VII - propor, articular e apoiar ações voltadas ao uso Racional de Medicamentos junto a gestores, profissionais de saúde, usuários e academia;

VIII - fomentar iniciativas de pesquisa e desenvolvimento científico, tecnológico e profissional relacionadas ao Uso Racional de Medicamentos;

IX - propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de Farmacovigilância no âmbito da Assistência Farmacêutica e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), estimulando a notificação e a retroalimentação do sistema quanto à segurança e à eficácia dos medicamentos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS; e

X - fomentar o estabelecimento e articular redes colaborativas relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos, bem como propor interfaces e cooperação com redes já existentes no País e no exterior.

Art. 3º O Comitê Nacional será composto por representantes indicados pelos respectivos órgãos compreendendo um titular e um suplente, conforme a seguir:

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE;

II - Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;

III - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SEGEP;

IV - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES;

V - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;

VI - Secretaria-Executiva - SE;

VII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

VIII - Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS;

IX - Conselho Federal de Medicina - CFM;

X - Federação Nacional dos Médicos - FENAM;

XI - Instituto de Defesa do Consumidor - IDEC;

- XII - Conselho Federal de Farmácia - CFF;
- XIII - Conselho Federal de Odontologia - CFO;
- XIV - Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR;
- XV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;
- XVI - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;
- XVII - Ministério da Educação - ME;
- XVIII - Ministério da Justiça- MJ; e
- XIX - Ministério Público Federal.

Parágrafo único. A designação dos membros indicados pelos órgãos e instituições será feita pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, em ato próprio.

Art. 4º O Comitê Nacional contará com a seguinte estrutura:

- I - Coordenação Colegiada; e
- II - Secretaria-Executiva.

Art. 5º A Coordenação do Comitê Nacional é colegiada, composta pelos representantes do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Unidade Técnica de Medicamentos e Tecnologias, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), os quais devem ser membros do Comitê Nacional.

Parágrafo único. A Coordenação da Secretaria-Executiva do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de medicamentos será exercida por um Coordenador Executivo, designado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, e pessoa de apoio técnico e administrativo.

Art. 6º São atribuições da Coordenação Colegiada:

I - acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações propostas nas Diretrizes Nacionais e as demais atividades do Comitê Nacional e, ainda, propor quando necessário;

II - coordenar as reuniões e as atividades do Comitê;

III - acompanhar o desenvolvimento do Plano Nacional de Capacitação de Profissionais de Saúde para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos;

IV - submeter à apreciação e à aprovação das instituições que compõe o Comitê as recomendações oriundas das reuniões ordinárias e extraordinárias;

V - convocar reuniões extraordinárias do Comitê Nacional;

VI - deliberar sobre as atividades da Secretaria-Executiva do Comitê Nacional;

VII - elaborar e sugerir adequações do regimento interno do Comitê Nacional; e

VIII - representar institucionalmente o Comitê Nacional.

Art.7º São atribuições da Secretaria-Executiva:

I - executar ações derivadas de recomendações do Comitê Nacional, conforme deliberação e delegação da Coordenação Colegiada, no seu âmbito de atuação;

II - organizar reuniões ou eventos técnico-científicos inerentes às atividades do Comitê Nacional;

III - quando designado pela Coordenação Colegiada, atuar como interlocutor junto à organizações similares ou com finalidades comuns, bem como junto a outros órgãos nacionais e internacionais, respeitados os limites institucionais;

IV - manter permanente comunicação com os membros das instâncias que compõem o Comitê Nacional; e

V - apoiar as atividades da Coordenação Colegiada e das demais instâncias do Comitê Nacional.

Art. 8º As instituições que compõem o Comitê Nacional devem contribuir para a estruturação deste, assumindo as responsabilidades determinadas no regimento interno do Comitê nacional, sem prejuízo de outras que vierem a ser acordadas.

Art. 9º As decisões do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos serão expressas na forma de Resoluções do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Art. 10. As reuniões serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, cinquenta por cento mais um dos membros representantes das instituições, entidades ou órgãos que integram o Comitê Nacional.

Art. 11. O Comitê Nacional contará com um regimento interno a ser aprovado após a sua constituição.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogada a Portaria nº 427/GM, de 26 de fevereiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 39, de 27 de fevereiro de 2007, seção 1, página 198.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO