

ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v.29 - n.114 - Abr/Jun - 2012



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2008/2013
DIRETORIA 1º/02/2012 a 30/09/2013

Presidente:	Cons.	Alexandre Gustavo Bley
Vice-Presidente:	Cons.	Mauricio Marcondes Ribas
Secretário Geral:	Cons.	Hélcio Bertolozzi Soares
1ª. Secretária:	Cons ^a .	Keti Stylianos Patsis
2ª. Secretária:	Cons ^a .	Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
1º. Tesoureiro:	Cons.	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
2º. Tesoureiro:	Cons.	Clóvis Marcelo Corso
Corregedor-Geral:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
Corregedor-adjunto:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior

CONSELHEIROS

Alceu Fontana Pacheco Júnior	Luis Fernando Rodrigues (Londrina)
Alexandre Gustavo Bley	Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)	Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Arnaldo Lobo Miró	Luiz Sallim Emed
Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Clóvis Marcelo Corso	Marília Cristina Milano Campos
Darley Rugeri Wollmann Júnior	Mário Teruo Sato
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)	Maurício Marcondes Ribas
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Gerson Zafalon Martins	Monica De Biase Wright Kastrop
Gustavo Justo Schulz	Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Hélcio Bertolozzi Soares	Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)	Raquete Rotta Burkiewicz (Falecida em 17/04/2010)
Joachim Graf	Roberto Issamu Yosida
José Carlos Amador (Maringá)	Romeu Bertol
José Clemente Linhares	Roseni Teresinha Florencio
Keti Stylianos Patsis	Sérgio Maciel Molteni
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)	Vilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP)
	Wilmar Mendonça Guimarães
	Zacarias Alves de Souza Filho

Membros Natos

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Carlos Roberto Goytacaz Rocha.

Departamento Jurídico

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque
Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martim Afonso Palma

Departamento de Fiscalização

Médicos fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues, Dr. Jun Hirabayashi e Dr. Graciane Peña Mogollon
Médico fiscal do Interior: Dr. Paulo César Aranda (Londrina)
defep@crmpr.org.br

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - Paraná - CEP 80810-340
e-mail: crmpr@crmpr.org.br - Telefone: (41) 3240-4000 - Fax: (41) 3240-4001

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 29	n. 114	p. 61-120	Abr/Jun.	2012
---------------------------	----------	-------	--------	-----------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho Ehrenfried O. Wittig Gerson Z. Martins Miguel I.A. Hanna S°.
 Hécio Bertolozzi Soares Hernani Vieira João M. C. Martins Luiz Sallim Emed Carlos Roberto G. Rocha

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRMPR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

ENDEREÇOS**CRMPR**

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
 80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
 e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
 Secretaria: secretaria@crmpr.org.br
 Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br
 Diretoria: diretoria@crmpr.org.br
 Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br
 Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br
 Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br
 Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos e
 Comissão de Qualificação Profissional: cap@crmpr.org.br
 Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
 Assessoria de Imprensa: imprensa@crmpr.org.br
 Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
 Home-Page www.crmpr.org.br
 Postal Caixa Postal 2208
 Telefone 41 3240-4000
 Fax 41 3240-4001

CFM

Home-Page cfm@cfm.org.br
 www.portalmedico@cfm.org.br
 e-mail jornal@cfm.org.br

CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica
 Edição Gráfica (Limitada)

CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

DIAGRAMAÇÃO

Marivone S. Souza (41) 3338-5559

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação, de analisar e sugerir modificações no artigo

TEXTO - pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, artigos, ... para publicação devem ser enviados ao editor, em arquivo word para imprensa@crmpr.org.br. Os textos devem conter:

Título - sintético e preciso, em português e inglês.

Autor(es) - nome(s) e sobrenome(s).

Resumo e Abstract - Breve descrição do trabalho em português e inglês, permitindo o entendimento do conteúdo abordado, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão, encima do texto.

Palavras-chave, descritores e keywords - devem ser colocadas abaixo do resumo e do abstract em número máximo de 6 (seis) títulos.

Procedência - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço postal e eletrônico para correspondência do primeiro autor.

Tabelas - em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - em cada uma deve constar um número de ordem e legenda. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos - autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final após os nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros - autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) - autor(es), título seguido de abstract. Periódico, ano, volume, página(s) inicial-final. Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

Capítulo do livro - autor(es). título. editor(es) do livro. Cidade de editoração, página inicial e final citadas.

Exemplo: Werneck LC, Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq Neuropsiquiatr 1985; 43:281-295.

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmp.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmp.org.br ou por telefone 0xx41 3240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná" Conselho Regional de Medicina do Paraná Curitiba, 2012;29(114):061-120 Trimestral 1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico I. Conselho Regional de Medicina do Paraná Arq Cons Region Med do PR ISSN 2238-2070	ABNT
--	------

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

Sumário

ARTIGO

Jurisprudência e Saúde: O Alcance do Coletivo Através do Reconhecimento do Individual

Sônia Wendt Nabarro 61

PUBLICAÇÕES

Guia de Prescrição - Preenchimento de Notificação de Receitas de Controle Especial

Anfarmaq (Entorpecente, Psicotrópico, Ansiolítico, Sedativo, Antidepressivos, Estimulantes) 79

Manual de Orientações Básicas Para Prescrição Médica

Célia Maria Dias Madruga e Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza
Modelo de receitas, substituição de medicamento, letra médica, carimbo, notificação, manipulação 91

RESOLUÇÕES

Estimulação Magnética Transcraniana

Resolução CFM n° 1986/2012 116

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Forno de Pasteur

Ehrenfried Othmar Wittig 120

JURISPRUDÊNCIA E SAÚDE: O ALCANCE DO COLETIVO ATRAVÉS DO RECONHECIMENTO DO INDIVIDUAL

Sônia Wendt Nabarro*

JURISPRUDENCE AND HEALTH: REACHING THE COLLECTIVE THROUGH THE RECOGNITION OF THE INDIVIDUAL

RESUMO

O objetivo deste estudo é a análise do crescimento dos processos judiciais na resolução de impasses médicos no Brasil. Partindo de uma reflexão sobre as diferentes causas e propostas, a argumentação defende o direito individual como precedente para o direito coletivo, e sugere a política pública de saúde desenvolvida pelo Estado, o procedimento médico e a desigualdade como fatores decisivos dentro desse processo.

Palavras-chave - medicina, ética, saúde pública, direito

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the increase of litigations to solve medical impasses in Brazil. Starting from a reflection on the different causes and proposals, the argumentation defends individual rights as a precedent for collective rights, and suggests the public health policy developed by the State, the medical procedure and the social inequality as decisive factors in this process.

Key-words - medicine, ethics, public health, right

* Médica e escritora; trabalho indicado para "menção honrosa", na 22ª edição do Concurso de Monografia Sobre Ética, Bioética e Profissão Médica, do Conselho Regional de Medicina do Paraná, que teve como tema central "Judicialização da Medicina".

INTRODUÇÃO

Questionar a tendência crescente dos processos judiciais na resolução de impasses médicos no Brasil, sob a complexidade de interesses conflitantes na administração da saúde do país; discutir a tutela do Estado na gestão dos recursos disponíveis mediante a atraente oferta do progresso tecnológico e científico; reconhecer a limitação do social no enfrentamento de situações médicas que extrapolam o contingente orçamentário disponibilizado pelo Estado; direcionar a atitude terapêutica sob a responsabilidade de minimizar os efeitos da desigualdade social, eis as propostas principais deste estudo, que adota como diretriz primeira o comprometimento ético sob todas as circunstâncias. O tema proposto prioriza a discussão da atitude médica sob a influência das situações conflitantes de um mundo em constante transformação, em que a desigualdade social convive lado a lado com uma ciência renovada e atraente, exigindo mudanças que alinhem a terapêutica proposta com as mais novas descobertas evidenciadas pela pesquisa médica.

Recentemente o Supremo Tribunal de Justiça decidiu que o médico tem autonomia na escolha do tratamento a ser seguido. Aliados a esse fato, uma população com mais acesso à informação e, por conseguinte, mais esclarecida sobre seus direitos, e a eficácia, comprovada ou não, de medicamentos ainda não incluídos nas listagens da Saúde Pública e do SUS, são fatores que ocasionam um aumento das demandas judiciais em busca de medicamentos não padronizados. Baseadas na Constituição Federal, que defende como dever do Estado a garantia de acesso universal e igualitário aos recursos de saúde, as decisões judiciais obrigam o governo a fornecer medicamentos ou a executar procedimentos a despeito da existência ou não de condições, e os aportes financeiros são altos a ponto de acarretar dificuldades financeiras e riscos ao contingente orçamentário do Estado. Referindo, como ponto de partida, a importância da discussão dentro desse contexto de interesses conflitantes, este estudo pretende sugerir debates, defendendo a ética como valor referencial na resolução dos impasses, além de ressaltar o bom-senso e o equilíbrio como norteadores na manutenção do bem-estar e da dignidade humana.

Pressupondo situações em que sejam colocadas em evidência as desigualdades sociais, os processos judiciais perfazem um desafio constante e perturbador da estabilidade social, e a questão da igualdade de direitos defendida pela Constituição Brasileira passa a se tornar motivo de análise. Na medida em que a sociedade é concebida a partir de cada indivíduo, esse se torna a finalidade primeira da ética social, com direito, assim, à proteção de sua saúde. Sob a ética do direito à reivindicação em um Estado Democrático, na transcendência das motivações comuns e dos conflitos particulares, o estudo tentará defender o alcance do coletivo através do reconhecimento intrínseco do individual, referindo o médico como fator diferencial na manutenção do direito à saúde de cada indivíduo e sugerindo uma discussão sobre as motivações do Estado e o envolvimento do Poder Judiciário, na transcendência das motivações comuns e dos conflitos particulares.

Serão apresentados, a seguir, tópicos que identifiquem os fatores que levam à Judicialização da Medicina, sob a preocupação de destacar a ética como norteadora no enfrentamento de situações conflitantes. A proposta interdisciplinar da monografia se construirá sobre quatro diretrizes principais: o indivíduo como representante legítimo do coletivo; o direito à saúde defendido pela Constituição Brasileira e pela Declaração dos Direitos Humanos; as diversas motivações que levam à Judicialização da Medicina Brasileira, sob o ponto de vista do Estado, dos médicos e da Jurisprudência; e a aplicabilidade da Teoria da Reserva do Possível, embasamento das políticas de gestão de recursos públicos pelo Estado. Repensar o papel do médico, escalonar a importância da renovação científica e direcionar políticas públicas de saúde na busca da resolução adequada de conflitos são requisitos estruturais necessários a uma sociedade em desenvolvimento, na tentativa de replantar e minimizar a desigualdade de acesso aos recursos médicos.

O DIREITO À SAÚDE

Historicamente, a origem formal dos direitos humanos se estabeleceu através das Declarações de Direitos aprovadas pelos Estados Unidos em 1776 e pela Assembléia Nacional Francesa em 1789, que defendiam direitos naturais ao homem, anteriores à formação da sociedade política, os quais deveriam ser garantidos pelo Estado, e a partir deles se poderia viver em sociedade e instituir um governo. Bobbio (1992) defende que, nesse momento histórico, ocorre a inversão da perspectiva de relação Estado/cidadão, geralmente considerada uma relação entre superior e inferior, onde um tem o direito de comandar e outro o dever de obedecer. A sociedade se transforma, assim, em produto voluntário dos indivíduos, que de comum acordo decidem viver juntos e instituir um governo, surgindo o Estado moderno e o modelo individualista de sociedade, em que o homem passa a possuir também direitos, e não apenas deveres (Lafer, 1991).

O Estado, sob a moderna perspectiva, passa a ser o sujeito passivo dos direitos sociais, pois a coletividade assume esta responsabilidade mediante a interação entre governantes e governados, e o indivíduo passa a ser o titular do direito coletivo. As normas jurídicas passam a ser formuladas, no Estado Democrático, com base nos direitos humanos, o “alicerce para a implementação das políticas voltadas para os direitos civis e políticos e, ainda, para a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais” (Lafer, 1991). O direito à saúde se apresenta como indissociável do direito à vida, ficando sujeito a receber a tutela do Estado sob a integração das políticas públicas governamentais.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1948, defende o direito à vida, derivando desse o direito social à Saúde. No Brasil, a Constituição Federativa de 1988 declara que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A Lei Orgânica de Saúde brasileira, de 1990, salienta que “o dever

do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A partir da atual Constituição a população vem descobrindo, independentemente da situação econômica, os seus direitos e propondo ações na Justiça. Um Estado que ofereça condições mínimas reforça as desigualdades sociais, e faz crescer a necessidade de intervenção particular, de forma a equilibrar a acessibilidade aos recursos. O Direito Civil, por sua vez, visa objetivar o respeito aos princípios constitucionais, na promoção de uma sociedade digna e justa, na solidariedade social superando o individualismo, na valorização da ética. Desde o reconhecimento dos direitos sociais, cabe ao Estado a obrigação de garantir aos seus cidadãos um mínimo de condições essenciais exigidas para uma existência digna e, em razão de tais direitos exigirem a participação Estatal, surge a necessidade da discussão em todos os setores da sociedade, determinando os limites dessas obrigações e a forma de elas serem cumpridas.

De acordo com Skinner (1984), o “eu” humano é construído a partir da interação de três níveis de experiência: o comportamento da espécie, ao longo do tempo, no qual estão todos os indivíduos, sob a determinação genética; o comportamento individual, decorrente da história de vida de cada um; e os fatores culturais, que norteiam as atitudes e comportamentos do grupo e de seus membros (Mestre & Pinotti, 2004). Não há como negar a interatividade desses três elementos formadores, e a importância do indivíduo enquanto representante do coletivo. Com relação à questão, defendida por alguns, de que o interesse individual não pode ser atendido em detrimento do interesse coletivo, observa-se que não se pode separá-los completamente. A análise histórica da aquisição dos direitos revela que ela partiu das conquistas individuais que foram incorporadas ao coletivo, através do precedente e da experimentação, mesmo em tempos remotos; transportando tais conquistas a uma realidade atual de comunicação e interação, os precedentes se revertem em referências coletivas em busca de uma sociedade igualitária, que respeite os direitos comuns.

Além da importância do precedente, considera-se que o crescimento orgânico da sociedade requer mudanças e adaptações, estruturais ou culturais, as quais só podem ser entendidas pela incorporação de medidas que questionem ou ameacem a estabilidade prévia, na tentativa de estabelecer as mudanças convenientes. As demandas judiciais, sob o objetivo expresso de obter atendimento a necessidades específicas e individuais, podem simbolizar, entre outras coisas, a insatisfação da população com as políticas de saúde, assim como a impotência mediante um sistema que, sob o título de “representante do povo”, na verdade não permite o alcance igualitário à saúde, nem viabiliza o acesso ao progresso que a mídia tanto acena e comemora. A única voz participativa do indivíduo enquanto cidadão torna-se o cumprimento da lei e, a despeito de essa lei não estar sempre condizente com a situação financeira do Estado, simboliza o “grito de resistência”, sob o apoio de todos os que, de alguma forma, sentem-se lesados e emudecidos ante o anonimato e a impotência que o sistema lhes impõe.

Na opinião de Melo (2001), “Justiça é democracia, e onde houver democracia haverá justiça, mas esta não é romântica, pois democracia é confronto”. Há um preço que se paga para manter um estado democrático de direito. “O que se condena muitas vezes é o ativismo judicial, que pode conter erros, mas pode também produzir resultados satisfatórios para a comunidade”. A democracia apresenta, portanto, o seu preço, e os direitos fundamentais que a alicerçam não se limitam aos indivíduos ou grupos representativos, mas a toda a sociedade futura, na busca da máxima universalidade.

O INDIVIDUAL E O COLETIVO

Para Rousseau (1978), quando os homens chegam ao impasse em que os obstáculos colocam em risco a sua conservação, sobrepujando as resistências individuais em se manter em seu estado natural, buscam uma forma de associação que “defenda e proteja a pessoa e os bens de cada associado com toda a força comum, e pela qual cada um, unindo-se a todos, só obedece contudo a si mesmo, permanecendo assim tão livre quanto antes. (...) Cada um de nós põe em comum sua pessoa e todo o seu poder sob a direção suprema da vontade geral, e recebemos, enquanto corpo, cada membro como parte indivisível do todo”. Sobre a desigualdade entre os homens, Rousseau cita a moral ou política, estabelecida pela convenção sob o consentimento dos homens, “nos vários privilégios que gozam alguns em prejuízo de outros, como o serem mais ricos, mais poderosos e homenageados do que estes, ou ainda por fazerem-se obedecer por eles” (Rousseau, 1978).

A sociedade humana, construída sobre o molde das desigualdades naturais ou convencionadas, está constantemente sujeita a mudanças, causadas, entre outros fatores, pela necessidade crescente de comunicação, tanto que a informação se torna um dos principais bens de consumo, capaz de influenciar essa sociedade de forma decisória. Resultante do advento da comunicação, a modernidade se desenvolve sob o poderio da informação e da interatividade, e provoca uma superação do modelo básico do direito distinto entre coletivo e individual, caminhando para uma perspectiva transindividual, em que “os conflitos modernos extrapolam o indivíduo, atingindo toda uma coletividade” (Medrado, 2008).

Já não se pode falar, nos moldes atuais, em uma sociedade primitiva, em que o indivíduo seria automaticamente ligado sem intermediação, sob a anulação da individualidade. Ao contrário, a moderna sociedade exemplifica o que Durkheim (1978) defende como “sociedade orgânica”, em que há um consenso resultante da diferença. Dessa sociedade, composta por um sistema de funções diferentes e especiais, as quais unem relações definidas, o indivíduo depende na medida em que necessita das partes que a compõem. Ela assim “é apenas possível se cada um tem uma esfera de ação que lhe é própria, por conseguinte, uma personalidade. (...) E é preciso, pois, que a consciência coletiva deixe descoberta uma parte da consciência individual, para que aí se estabeleçam estas funções especiais que ela não pode regulamentar; quanto mais extensa essa região, tanto mais forte é

a coesão resultante desta solidariedade” (Durkheim, 1978). A sociedade move-se, portanto, em conjunto, ao mesmo tempo em que cada um de seus elementos tem movimentos próprios, o que é denominado por Durkheim de “solidariedade orgânica”. Tal fenômeno estrutura a moderna sociedade, em que a diversidade, divisão de trabalho, e os interesses complementares em conjunto implicam uma maior autonomia, com uma consciência individual mais livre.

A sociedade orgânica caminha por si própria, buscando nas resoluções e no recurso da legislação a minimização das diferenças, de forma a preservar a individualidade, enquanto os direitos fundamentais protegem os recursos básicos para a aquisição da sobrevivência digna, possibilitada pela troca entre as diversas relações. É característica, portanto, da sociedade assim representada, a busca por novos direitos, fundamentados nos direitos já adquiridos. Em decorrência das transformações sociais, questões novas são apresentadas, e novas formas de resolução de antigas questões afloram ininterruptamente. Torna-se impossível prever ou cercear a busca de resultados satisfatórios no plano individual, mesmo porque podem repercutir, na medida em que abrem precedentes, em ganhos para toda a comunidade.

Outro fator que se deve levar em conta na atual sociedade é a globalização, inserida de tal forma do conceito democrático, através da ideia virtual de participação popular, que tal participação se torna complexa e se alicerça no voto, instrumento subjetivo da estruturação social. A ausência de um ideal cultural, assim como o distanciamento das políticas através da complexidade burocrática, tanto afastam o questionamento, quanto disfarçam a perspectiva da participação, de forma a não permitir uma participação real e direta do indivíduo nas questões que lhe são de direito. A ilusão da participação tem seu preço, pois enquanto a cobrança de ações, seja em saúde ou em outros direitos, se perde na subjetividade da burocracia, a necessidade real de resultados encontra outros meios de subsistência, sejam eles indiretos, através da judicialização, seja através dos diversos grupos representativos de resistência.

A importância em repensar a repercussão de uma política pública de saúde ineficiente, que priva uma parcela da população dos recursos atualizados que a mídia e a globalização banalizam em suas matérias informativas, torna-se urgente. A resposta à exclusão dos recursos anunciados suscita o fator emergente individual, na representação do social. A judicialização da medicina no Brasil pode ser encarada, portanto, como uma resposta que, apesar da aparência individual, vem imbuída de engajamento social, na busca da inclusão e da aquisição dos benefícios anunciados. Se há pesquisas e melhorias no âmbito da saúde, a quem estas seriam acessíveis? Qual seria o critério de escolha e inclusão mediante a disponibilidade de recursos tão anunciada?

Por outro lado, mesmo a medicina se torna um objeto de consumo, a banalização do “estar doente” adquire o valor de inclusão, e as exigências elegem a judicialização como uma forma de aquisição da igualdade. Ribeiro (2001) observa que a globalização é fragmentação, “ao expressar no lugar os particularismos étnicos, nacionais, religiosos e os excluídos dos processos econômicos com objetivo de acumulação de riqueza ou de fomentar o conflito”. Num momento em que a

globalização prega, através da mídia e seus processos subliminares, a transformação da população em massa homogênea, a busca desmedida por alternativas milagrosas pode significar o alcance da inclusão prometida. O que não invalida o valor do precedente. A judicialização pode representar o preço, portanto, para a obtenção de um novo modelo social que, a despeito de seus questionamentos, acena para mudanças estruturais em uma sociedade que aprende a lidar com a novidade da tecnologia, mas que ainda não descobriu a forma ideal para resolver os impasses no âmbito social.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Com o advento da comunicação e o decorrente acesso à informação, a população se torna cada vez mais consciente de seus direitos. Se, de acordo com a atual Constituição do Brasil, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, subentende-se que nenhuma lesão ou ameaça a direito possa ser excluída de apreciação pelo Poder Judiciário (Levi, 2010), o que confere à população o direito de exigir na justiça algumas condições concernentes às ações relativas de saúde por parte do Estado. O panorama da saúde brasileira se mostra instável e não inspira credibilidade na população – mais de 20 anos após a criação do SUS, os recursos públicos ainda são minoritários, quando comparados com a movimentação do setor privado brasileiro. Bacheschi (2010) alerta que, enquanto outros países com sistema de saúde universal contam com uma média de 70% dos gastos públicos, no Brasil há mais de 50% de recursos privados para a saúde, e o Estado destina três vezes mais recursos financeiros para quem está vinculado a serviços privados de saúde do que para a viabilização do SUS.

No Brasil, a judicialização da saúde iniciou com os medicamentos anti-retrovirais, e se fortaleceu na medida em que o sistema de saúde não correspondeu às expectativas populares. Quando a Constituição de 88 determinou o “direito de acesso universal e integral à saúde”, incluiu a assistência farmacêutica, e desde então muitos pacientes passaram a solicitar ao Judiciário o acesso a remédios novos. Ações que englobam exames mais sofisticados, compra de medicamentos que não constam na lista do SUS, medicamentos importados sem registro na Anvisa, aquisição de materiais especiais não cobertos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), procedimentos médicos não determinados por planos de saúde, entre outras, têm se tornado objeto de ações individuais junto ao Poder Judiciário, obrigando o Estado a disponibilizar parte de seu orçamento para cumprir as demandas judiciais.

Um levantamento do Conselho Nacional de Justiça mostrou que existem mais de 112 mil processos sobre demandas de saúde. Há opiniões controversas sobre o assunto, e cada setor pretende justificar o seu proceder. As autoridades da saúde alegam que seria possível construir, com os recursos destinados ao cumprimento de decisões judiciais, novos hospitais e unidades de pronto atendimento, beneficiando um número maior de pessoas (Fenam, 2008). Oliveira (2008) defende que “o Judiciário tem privilegiado quem primeiro aporta na Justiça e não o sistema

de saúde”; segundo ele, o gasto per capita de pacientes atendidos judicialmente é mais alto do que o dos pacientes que procuram o SUS. Para Amaral (2011), no entanto, os dados relativos ao número de processos “evidenciam a falta de credibilidade dos sistemas de saúde brasileiros”. Em contrapartida, Vasconcelos (2009) salienta um outro argumento, a importância da atitude médica, e defende que a “judicialização da medicina” se manifesta como “solução constante de falhas oriundas das lacunas da relação entre médicos e pacientes”, observando que tais “lacunas poderiam ser restabelecidas com a implementação de discussões, mormente no âmbito da Bioética, por meio de uma comunicação efetiva entre médicos e pacientes”.

A questão primordial nessa análise é que, com base na Constituição Federal de 1988, que afirma ser dever do Estado a garantia do acesso universal e igualitário à saúde, há a geração de impasses que acabam resolvidos junto ao Poder Judiciário, o qual por vezes obriga ao ressarcimento, tornando a situação inviável, uma vez que a demanda tem sido maior do que o SUS pode suportar. Inúmeras decisões judiciais têm obrigado o governo a fornecer medicamentos não padronizados ou a executar procedimentos sem levar em conta a existência de recursos humanos, materiais e financeiros.

Para Silva (2008), o debate sobre judicialização da saúde é polêmico e envolve a eterna divisão entre o direito individual e o coletivo: “Por um lado, a participação do Judiciário pode ser considerada um fenômeno positivo, uma vez que pode reduzir as violações de direito cometidas pelo próprio Estado contra seus cidadãos. Por outro lado, o excesso de demandas judiciais pode, segundo alguns autores, prejudicar o exercício da cidadania, estimular uma cultura paternalista e favorecer o individualismo”.

As demandas judiciais ocorrem, na grande maioria dos casos, por medicamentos que o SUS não dispõe – cerca de 60% dos casos –, mas também há ações solicitando procedimentos médicos, ou por dano moral contra os planos de saúde e o setor público (CMM, 2009). As discussões sobre o assunto envolvem, principalmente, o acesso a medicamentos, e salientam o impacto do custo dos mandados judiciais e as distorções que podem causar no SUS. Sant’Ana (2008) observa que “a discussão sobre o uso crescente das ações judiciais individuais, para solucionar os conflitos de interesses e de direitos no acesso à assistência à saúde, ganhou relevância no âmbito da saúde pública. Há, portanto, uma grande necessidade de se pensar instrumentos e mecanismos que possam analisar, interagir com o sistema de justiça e buscar reduzir as distorções causadas pelos mandados judiciais”.

Os altos custos decorrentes das determinações judiciais são provenientes da complexidade que envolve a aquisição dos medicamentos determinados: os prazos curtos, os medicamentos importados e sem registro na Anvisa, as prescrições médicas pelo nome comercial do medicamento e não pela Denominação Comum Brasileira (DCB), os medicamentos padronizados para outros diagnósticos e não para o diagnóstico em questão, além dos custos indiretos da compra de medicamentos para um único paciente (Batalha, 2009).

Mediante os fatos relevantes na batalha pelo direito à saúde, contrapostos ao fato de os orçamentos estatais serem limitados, torna-se necessário o urgente estabelecimento de critérios para que os recursos públicos, já tão escassos, beneficiem a maioria da sociedade, e para que a luta pelo direito não seja banalizada e esquecida sob uma avalanche inconsistente e onerosa de processos judiciais.

CAUSAS E RISCOS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A motivação primária do processo judicial tem respaldo na obtenção e manutenção de recursos, direito inquestionável do indivíduo em sua luta particular pela saúde. Já a motivação subjetiva transcende o recurso almejado, na medida em que personifica a luta por um direito de cidadão em uma sociedade que se posiciona como democrática. Enquanto as motivações transcendem o individual em direção ao coletivo, as causas que movem esse coletivo na busca de seus direitos através de processos judiciais são complexas e se tornam alvo de debates que alcançam toda a sociedade:

- Insatisfação e desconfiança da população mediante as mínimas políticas de Saúde Pública desenvolvidas pelo Estado;
- Distanciamento da comunicação entre população e Estado, sob uma burocracia que não viabiliza canais de diálogo, deixando como única forma “real” de alcance popular o processo judicial;
- Demora do Estado em atualizar suas listas de medicamentos junto ao SUS;
- Deterioração da relação médico-paciente;
- Pouca acessibilidade aos recursos básicos de saúde e elitização dos procedimentos mais sofisticados;
- Sistemas econômicos e políticos hegemônicos que fomentam e enriquecem a indústria farmacêutica nas grandes potências, resultando no encarecimento dos recursos nos países pobres;
- Um sistema midiático em que as informações são distorcidas ou expostas até a exaustão, e os fatores culturais não oferecem respaldo suficiente para um consenso local;
- Avanço recente das pesquisas, abrindo caminho para novos medicamentos e procedimentos médicos, sem o devido esclarecimento de acessibilidade aos mesmos;
- A internet, uma rede de informações que alcança a população de forma fácil, intensa e rápida;
- Limitações e custo dos planos de saúde da rede privada.

Enfatizando a insatisfação e a desconfiança da população mediante as mínimas políticas de Saúde Pública oferecidas pelo Estado, Amaral (2011) observa que, “no âmbito público, a insistência de que tudo se oferece contrasta com o pouco que se tem e a reiterada resistência em encarar a falta de recursos”, e “as indisfarçáveis tentativas de distorcer a realidade por meio da manipulação

da informação e interferência na prática clínica criam inconsistências óbvias". Para Bacheschi (2010), "as distorções no financiamento da saúde no Brasil são responsáveis pelo agravamento das desigualdades seja em termos de exposição aos riscos de adoecer e morrer, de acesso diferenciado ao diagnóstico e ao tratamento, da utilização seletiva de serviços, conforme a capacidade de pagamento e não de acordo com a necessidade de saúde".

Em contrapartida o Estado, ao contestar o resultado das demandas judiciais, nos quais se vê obrigado a situações incompatíveis com seus recursos, utiliza a "Teoria da Reserva do Possível" e alega que, atendendo as necessidades individuais, deixa de garantir o interesse coletivo. Saliencia que poderia usar os recursos para construir hospitais e melhorias, porém, o que a prática demonstra é que, independente de atender os impasses judiciais, os recursos não têm sido usados adequadamente para o interesse da coletividade. A cada ano a Saúde Pública mais se deteriora, reduzida a uma série de burocracias e procedimentos médicos incompletos, sob o desconhecimento do caminho para chegar até os responsáveis. Sabe-se, no entanto, que o Estado explora com eficiência os instrumentos hábeis à arrecadação de tributos, o que lhe "impõe a Lei Maior que é disponibilizar condições materiais imprescindíveis à dignidade da pessoa humana e assegurar que seja prestado ao cidadão o mínimo existencial" (Siqueira, 2008).

A eficiência demonstrada pelo Estado em arrecadar os tributos não se manifesta, com o mesmo rigor, na administração da saúde e demais direitos. Nogueira (2006) observa que, na gestão da saúde pública, há uma preocupação em oferecer mais a quantidade do que a qualidade, abrangendo um maior número de pessoas, mesmo que para tanto sejam disponibilizados poucos recursos sofisticados e pouco poder de escolha, diminuindo o direito à autonomia.

Com relação à participação popular nas decisões de interesse comum, o diálogo com o Estado nem sempre tem se concretizado. A participação pelo voto se dilui na passividade das massas, sob o jugo de um sistema ilusório que as alimenta com a diversão e, em contrapartida, cobra a gratidão da migalha. O eleitor, para Milton Santos (1987), "não é forçosamente cidadão, pois o eleitor pode existir sem que o indivíduo realize inteiramente suas potencialidades como participante ativo e dinâmico de uma comunidade. O papel desse eleitor não-cidadão se esgota no momento do voto". A participação popular tem fundamental importância para a manutenção do Estado Democrático de Direito e, quanto maior a transparência na gestão dos recursos públicos, melhor para essa consolidação. Os caminhos da democracia, porém, são complexos e nem sempre diretos, e Machado (2010) observa que "o estado democrático de direito coexiste com insatisfações e até mesmo intolerâncias, mas propõe a alternativa não violenta de solução de impasses que é o recurso ao Judiciário".

Vasconcelos (2009), no entanto, observa que um processo judicial pode pressupor não apenas a ocorrência do dano, mas também um conflito decorrente da falha de comunicação, e defende que parte do aumento dos processos decorre da relação entre médicos e pacientes, sendo, portanto, evitável. Seria uma "uma tentativa de reparo de uma deficiência comunicativa presente no decorrer dos séculos, e que agora se agrava". De acordo com a ética, a personalização da assistência médica se representa na predisposição do médico à incorporação

de cuidados que possam minimizar o sofrimento do paciente, sob o reconhecimento e promoção da integração física, psíquica e social do mesmo, e através desse reconhecimento se objetiva a promoção da saúde; o paciente passa a ser um emergente da conjuntura social, resultante não apenas de sua história, mas também da sociedade que o contém. Batis (2011) alega que, atualmente, “médicos e pacientes praticam a medicina baseada na esperança e não em evidências científicas”, e defende que é necessário “zelar por todos e não apenas por alguns”. Sob a perspectiva de uma medicina com poucas garantias de bom resultado, com a prescrição de drogas caras e ainda não testadas adequadamente, há médicos que, movidos pela insatisfação e alienação social, não apenas subestimam o histórico social do paciente, conduzindo-o a uma batalha incompatível com sua capacidade cultural e de assimilação, mas também superestimam a disponibilidade orçamentária do Estado.

A MEDICINA DE CONSUMO

A despeito das motivações que levam aos processos judiciais no âmbito da saúde, torna-se relevante a discussão sobre os riscos relativos a essa exaustiva judicialização, tanto do ponto de vista social quanto governamental.

Sob o signo do social, a judicialização pode advir tanto de um afrouxamento da confiança nos órgãos gestores, quanto da rendição ao processo midiático do consumo e incorporação de valores pretendidos pelo capitalismo. As informações disponibilizadas através dos meios de comunicação vêm imbuídas de um sentido mais comercial do que científico, e a propaganda subentende critérios sensacionalistas, em que o sistema utiliza a defasagem cultural e o mito para priorizar soluções mágicas e sem conteúdo científico, disponibilizadas através de mensagens de fácil assimilação. Os riscos representados pela pseudo-cultura repercutem na adoção de valores pouco criteriosos, na busca de medicamentos e procedimentos que perdem o seu sentido de utilidade médica e representam a inclusão através da aquisição. Assim se entende o excesso de processos em busca de medicamentos que poderiam ser substituídos pelo seu genérico, ou em busca de cirurgias estéticas, em que há a eliminação do empenho pessoal na obtenção da boa forma física. Para Baudrillard (1991), a lógica do consumo se baseia no uso planejado dos signos que destituem o objeto de sua finalidade, transformando-o em algo simplesmente a ser comprado. O procedimento médico acaba sendo incorporado mais como aquisição pessoal do que suporte de saúde, perdendo assim o seu sentido intrínseco de direito.

Os planos de saúde, por sua vez, a despeito da sujeição aos processos judiciais, posicionam-se no âmbito da assistência suplementar, pois de acordo com a Emenda Constitucional de 1998, o Artigo 202 determina que “o regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado, e regulado por lei complementar”. Sob a competitividade instaurada em uma realidade na qual a saúde pública se mostra deficitária e pouco confiável, os planos de saúde ofer-

tam, muitas vezes, o que não possuem, e frente à impossibilidade de entregar o prometido, representam uma parcela considerável do crescimento das disputas judiciais, muitas vezes acompanhadas de ações por dano moral (CMM, 2009).

Sob a massificação da mídia e da informação leiga e banalizada, mesmo a pesquisa médica tem seus valores popularizados, perde o sentido de análise científica, revestindo-se de resultados aparentes. Primariamente inacessível à população, rapidamente é incorporada aos valores subjetivos do consumo, sujeita-se às exigências do social, sobrecarrega os processos na obtenção dos resultados prometidos pela propaganda. Medicamentos ainda em teste são supervalorizados pela população leiga e, sob a pressão espetaculosa da mídia e de seus recursos, são incorporados pelos profissionais, na busca de soluções consideradas definitivas, a despeito de alternativas mais seguras. Medicamentos são prescritos através do nome comercial, gerando outros inconvenientes, como a quebra da concorrência, que obriga o estado a adquiri-los de um único fabricante, sob custo mais elevado (Batalha, 2009). Vem desses fatos a importância da ética médica na solução dos impasses, no uso racional dos medicamentos, no gerenciamento de situações em que todas as alternativas sejam analisadas sob a perspectiva do histórico social, até chegar ao momento em que um medicamento possa ser considerado tão essencial que requeira um processo judicial para sua obtenção.

No sistema globalizado, a pesquisa passa a ter sua manutenção patrocinada pela iniciativa privada, perde a sua imparcialidade e sobrevive sob os objetivos da indústria e da comercialização. Incorporada às leis do consumo, sofre um processo de elitização e seu alcance se reduz ao poder de compra e não mais à necessidade de saúde. O Estado esbarra na resistência das indústrias farmacêuticas, que ameaçam a política pública de acesso universal ao tratamento médico, sob o alto preço dos medicamentos patenteados. Apesar de o licenciamento compulsório de medicamentos estar previsto em tratados internacionais e na legislação brasileira, podendo ser decretado em nome do interesse público, os laboratórios defendem que, sem patentes, não há investimentos em novos medicamentos e pesquisas, e o governo federal se depara com a ameaça de retaliações comerciais estrangeiras (Ser Médico, 2006). A indústria farmacêutica permanece, porém, entre os grandes grupos industriais do mundo, com faturamentos gigantescos (AFP, 2009) e, apesar de sediadas em países hegemônicos estrangeiros, muitas dessas indústrias têm raízes industriais no Brasil (Sindicato dos Químicos, 2009), que produz medicamentos a custos baixos, mas não repassa tais custos para o produto final, e as novas tecnologias desenvolvidas pelo setor acabam não beneficiando a sociedade.

Observa-se, portanto, que as demandas judiciais encontram forte motivação no atual processo midiático, cuja superficialidade informativa sugere e incentiva a concorrência, o egocentrismo e a propriedade, através da exacerbação vazia do sentido do direito, sem a consciência do compromisso do dever. A elitização da pesquisa se sobrepõe, atualmente, a seu sentido primário, transformando-a em objeto de consumo, como única via de acesso na compra do direito, e a judicilização pode representar, em contrapartida, o movimento de resistência em uma sociedade que, apesar de se conhecer como democrática, utiliza a exclusão como solução para seus impasses.

A RESERVA DO POSSÍVEL E O GERENCIAMENTO DOS RISCOS

A cada ano, o crescimento das demandas judiciais na área da saúde acarreta mais dificuldades orçamentárias para o Estado. As decisões judiciais obrigam ao fornecimento de medicamentos ou à execução de procedimentos médicos a despeito das condições apresentadas, e os gastos do governo com o atendimento a questões individuais dificultam ações voltadas ao coletivo. Sob a aplicação limitadora da “Teoria da Reserva do Possível”, o Estado alega que a viabilização das políticas públicas voltadas aos direitos sociais está condicionada à existência de recursos disponíveis e, na medida em que a exceção é convertida em direito individual a ser cumprido, há o comprometimento orçamentário do direito da coletividade. Assim, não haveria legitimidade em sacrificar o interesse público primário com o objetivo de satisfazer o secundário.

A Teoria da Reserva do Possível teve origem na Corte Constitucional Federal da Alemanha, no julgamento do caso *numerus clausus*, em que a Corte analisou a pretensão de alguns alunos que pleiteavam ingresso no ensino superior público, embora não existissem vagas suficientes, tendo por base a garantia da Lei Federal alemã de liberdade de escolha de profissão (Lisbôa, 2010). No julgamento, a Corte entendeu que tal acesso afetaria diretamente outros serviços públicos, mediante a escassez de recursos do Estado. O posicionamento daquele tribunal transfere ao entendimento de que o indivíduo só pode requerer do Estado um direito nos limites do razoável, e a viabilização dos direitos sociais, através da execução de políticas públicas, condiciona-se à existência de recursos disponíveis. Não se pode, no entanto, importar conceitos sem que haja um ajustamento mínimo a nossa realidade. Tal teoria representa uma contingência de ordem econômica que é aplicável e aceita nos países europeus, onde está assegurado o mínimo existencial compatível com a dignidade humana (Gomes, 2005), mas não é o caso do Brasil, que possui um dos maiores índices de desigualdade do mundo.

Há opiniões controversas sobre o assunto, a despeito de todos, indistintamente, concordarem sobre a manutenção da saúde como um direito universal e dever do Estado. Para Levi (2010), “independentemente do medicamento estar na lista do SUS, se o médico entender que há necessidade, o paciente pode, sim, recorrer ao Judiciário para obrigar a União, o Estado ou o Município adquirir e fornecer o remédio”. Nesses casos de exceção o medicamento, embora de custo elevado, pode ser “o único a ser prescrito em razão das condições peculiares do doente, assim, não pode ele ficar desassistido”. Para Barroso (2007), a excessiva judicialização deve ser criticada, pois pela Constituição Federal, a saúde deve ser oferecida através de políticas sociais e econômicas, e não por decisões judiciais, pois é o “Executivo que tem a melhor visão dos recursos e das necessidades para otimizar os gastos com a saúde pública”. O desembargador Milton Nobre (CFM, 2010), por sua vez, apresenta estatísticas de processos e observa que a comparação com o total de ações na justiça brasileira e o número de habitantes do país não indica um excesso de ações, e afirma que “isso representa pouco mais de 0,5% dos processos do país. Os números são compatíveis. Não se pode colocar no colo da magistratura o prejuízo do sistema”.

Para Lisbôa (2010), no Brasil há dois requisitos fundamentais para concessão de uma prestação social: a suficiência de recursos públicos e a previsão orçamentária para a respectiva despesa. Não basta, porém, para a Jurisprudência, a mera alegação de insuficiência, e sim deve ser comprovada a ausência de recursos. Os custos em saúde não podem ser diminuídos, pois há fatores externos envolvidos, e a redução desses custos não pode se resolver apenas com melhorias das práticas de gestão, pois os fatores sociais e tecnológicos interferem, tais como o envelhecimento da população e o progresso. Toda nova tecnologia, mesmo dispendiosa, deve ser repassada, imediatamente, para a área médica, no interesse da saúde.

O Judiciário traduz sua preocupação sugerindo interações entre os órgãos da saúde e o sistema de justiça, para que as distorções causadas pelos mandados judiciais sejam reduzidas (Sant'Anna, 2008). Machado (2010) sugere que a Sociedade Médica inicie conversações com os juízes, na busca de melhorar o entendimento de questões que envolvam a complexidade da área médica. Batalha (2009) observa que as decisões do judiciário são embasadas na prescrição médica, naquele momento única prova de que dispõe o Magistrado, e presume-se que o médico a prescrever tem a condição técnica de definir o melhor medicamento ao paciente. Silveira (SIS, 2011) alerta que "o pedido no judiciário, ao postular uma internação, causa perplexidade e aflição aos juízes, pois é uma dificuldade enfrentar a morte", e defende a criação de câmeras técnicas, que poderiam ser um grande auxílio para o juiz. A forma ideal para a solução de conflitos seria a preventiva, através de acompanhamento das medidas legislativas ou mesmo a tentativa de conciliação, mas o que tem ocorrido é justamente a opção mais extrema, que é a imposição de uma decisão externa. Para Melo (2001), "a função do Judiciário não é administrar o país e sim resolver conflitos de forma definitiva e deve ser considerada a última opção a ser adotada para a solução dos conflitos".

CONCLUSÃO

A promoção de saúde interfere em uma sociedade de forma decisória, e recai sobre as políticas públicas de saúde a responsabilidade da contenção da desigualdade, na medida em que o controle da doença e a manutenção do bem-estar físico e mental representam a sobrevivência digna e satisfatória. Mediante as mínimas políticas de Saúde oferecidas pelo Estado Brasileiro, o agravamento das desigualdades tem entre suas causas a falta de confiança da população nos órgãos reguladores da saúde e a pouca efetividade da gestão de recursos. Os impasses surgidos são transferidos, então, à Jurisprudência, que disponibiliza uma forma alternativa de obtenção de direito.

Se, por um lado, a democracia representa a igualdade de ônus e encargos sociais, por outro objetiva a distribuição dos benefícios da atuação estatal, assim como se sobrepõe aos prejuízos que recaem sobre alguns. A luta por um direito, a despeito de esse ser classificado ou não como exceção, já não tem o significado solitário de uma batalha individual, mas passa a representar a coletividade e, na medida em que repercute na mídia, o direito adquirido abre caminho para a conquista de novos direitos. Portanto, se democracia é confronto, a população

tem consciência de que o Judiciário é o órgão próprio para resolver os impasses. O preço do Estado Democrático é, portanto, a possibilidade de buscar o direito, inseri-lo de forma racional e abrir precedente para que outros também o façam, até que o direito possa ser reconhecido como tal.

A participação popular tem importância fundamental na manutenção da democracia, e busca na transparência da gestão dos recursos públicos a consolidação para seus direitos. O incentivo de políticas públicas adequadas, que possibilitem os recursos de saúde essenciais para uma sobrevivência digna pode significar, portanto, o resguardo adequado da gestão pública, na medida em que oferece mecanismos que correspondam à expectativa da população. Da mesma forma, políticas de educação adequadas, que ofereçam respaldo cultural e orientação para uma população pressionada pela avalanche de informações desencontradas, emergem como adjuvantes na contenção do excesso de judicialização que sobrecarrega o Judiciário e o Estado.

Ao lado das políticas públicas de saúde e da inclusão cultural da população, torna-se importante salientar um terceiro fator: o papel ético do relacionamento entre o médico e seu paciente. Na elucidação da terapêutica adequada, na distribuição e assimilação de responsabilidades, no respeito ao histórico social e mítico do paciente, a relação entre médico e paciente pode simplificar o caminho para o tratamento individualizado que o doente pretende.

A soma, portanto, do aprimoramento e competência das gestões em saúde, da ética e sensatez na relação médico-paciente, da elucidação cultural e reconhecimento do real na representação da medicina moderna, oferece a limitação orgânica necessária às demandas judiciais, na medida em que as mesmas subentendem o descontentamento com o social. Sempre existirão processos judiciais, porém a conscientização do social como diretriz primeira da democracia deve prevalecer enquanto valor norteador das demandas, de forma que o benefício de alguns possa abrir precedente para o benefício de todos.

BIBLIOGRAFIA

AMARAL, J. L. G. Judicialização da Medicina [on line]. A Tribuna, 12 de jan. de 2011. Disponível em <www.tribunatp.com.br/modules/publisher/item.php?itemid=2009> [consulta:14/05/11].

BACHESCHI, L. A. Mais uma vez, o descaso com a Saúde. Jornal do CREMESP, n. 272. São Paulo, jul. de 2010. Editorial, p. 2.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamento e parâmetros para atuação judicial. Revista Interesse Público, Belo Horizonte, n. 46, nov./dez. 2007.

BATALHA, M. In: Judicialização da Saúde: Por que crescem as ações na Justiça por medicamentos? [on line]. Rio de Janeiro: ENSP/ SESDEC, 16 de abr. de 2009. Disponível em <chagas2.redefiocruz.fiocruz.br/drupalsesdec/?q=node/395> [consulta:14/05/11].

BATIS, W. Judicialização da Medicina [on line]. São Paulo: Rede Nacional de Advogados/

Estado de Minas, 8 de abr. de 2011. Disponível em <www.advsaude.com.br/noticias.php?local=1&nid=6378> [consulta:14/05/11].

BAUDRILLARD, J. A Sociedade de Consumo. Lisboa: Edições 70, 1991.

BOBBIO, N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo 196, Seção II, Da Saúde [on line]. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitu%C3%A7ao.htm> [consulta:16/05/11].

BRASIL. Emenda Constitucional n. 20, que modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências, e altera o Artigo 202 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [on line]. Brasília: Presidência da República, 15 de dez. de 1998. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm#art202> [consulta:17/05/11].

BRASIL. Lei n. 8.080. Lei Orgânica de Saúde [on line]. Brasília: Presidência da República, 19 de set. de 1990. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> [consulta:13/05/11].

BRASIL. Lei n. 8.142. Lei Orgânica de Saúde [on line]. Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 28 de dez. de 1990. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm> [consulta:13/05/11].

CFM. Conselho participa de debate sobre judicialização da saúde em São Paulo [on line]. Brasília: CFM, 2011. Disponível em <portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21088:conselho-participa-de-debate-em-sao-paulo&catid=3> [consulta:14/05/11].

CFM Defende Critérios Para Fornecimento. *Jornal Medicina - Conselho Federal*. Brasília, ano XXV, n. 190, nov. de 2010. Política e Saúde, Medicamentos, p. 5.

O TEMA “Judicialização da Medicina” aqueceu as discussões no 17º Suespar [on line]. Curitiba: Portal UNIMED, 18 de jun. de 2009. Disponível em <www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=-1&cd_materia=286993> [consulta:14/05/11].

DURKHEIM, E. Da Divisão do Trabalho Social. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores).

ENTIDADES Médicas e Judiciário discutem a judicialização da saúde [on line]. Porto Alegre: SIS Saúde, 6 de maio de 2011. Disponível em <www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot=10944> [consulta:14/05/11].

FARINA, A. Judicialização da Medicina [on line]. São Paulo: Rede Nacional de Advogados, outubro de 2007. Disponível em <www.advsaude.com.br/noticias.php?local=1&nid=430> [consulta:14/05/11].

Federação Nacional dos Médicos. A Judicialização da Saúde [on line]. *Fala Médico*: 07 de ago. de 2008. Disponível em <falamedico.wordpress.com/2008/08/07/a-judicializacao-da-saude/> [consulta:14/05/11].

FESP - Unimeds demonstra dados impactantes da judicialização da medicina [on line]. *Saúde Net*, 24 de maio de 2010. Disponível em <www.isaude.net/pt-BR/noticia/7654/>

profissao-saude/fesp-unimeds-demonstra-dados-impactantes-da-judicializacao-da-medicina> [consulta:14/05/11].

GOMES, D. G. P. Direitos Fundamentais Sociais: uma visão crítica da realidade brasileira. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, ano 13, n. 53, out.-dez./ 2005, São Paulo, *Revista dos Tribunais*, p. 53.

LAFER, C. A Reconstrução dos Direitos Humanos: Um Diálogo com o Pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Cia. das Letras, 1991.

LEVI, C. In: JUDICIALIZAÇÃO da Saúde: medicina no banco dos réus [on line]. Belo Horizonte: *Jornal do CRM-MG*, jul./ ago. de 2010. Disponível em <jornal.crmmg.org.br/v2/index.php?edicao=2010/30&titulo=Medicina%20no%20banco%20dos%20r%EA9us&pagina=ma04.php> [consulta: 14/05/11].

LIBÔA, G. S. A Aplicabilidade da Teoria da Reserva do Possível no Ordenamento Jurídico Brasileiro. *WebArtigos.com*, 19 de out. de 2010. Disponível em <www.webartigos.com/articles/49810/1/-A-APLICABILIDADE-DA-TEORIA-DA-RESERVA-DO-POSSIVEL-NO-ORDENAMENTO-JURIDICO-BRASILEIRO/pagina1.html#ixzz1N6r3PAPa> [consulta:17/05/11].

LISTA dos maiores grupos farmacêuticos do mundo [on line]. *UOL Economia*, 9 de março de 2009. Disponível em <economia.uol.com.br/ultnot/2009/03/09/ult35u67950.jhtm> [consulta:21/05/11].

MACHADO, N. In: Desembargador Admite Excessos na “Judicialização” da Medicina [on line]. *Araçaju: SOMESE*, 8 de abr. de 2010. Disponível em <www.somese.com.br/conteudo.ler.php?c=22&sc=41&ct=33073> [consulta:14/05/11].

MEDRADO, D. L. Direitos Transindividuais no Processo Coletivo [on line]. *LFG*, 27 de setembro de 2008. Disponível em <http://www.lfg.com.br/artigo/2008092618150833_direitos-transindividuais-no-processo-coletivo-daniel-lobes-medrado.html> [consulta:11/05/11].

MELO, A. L. A. A judicialização do Estado Brasileiro, um caminho antidemocrático e monopolista [on line]. *Teresina: Jus Navigandi*, ano 6, n. 52, 1º de nov. de 2001. Disponível em <jus.uol.com.br/revista/texto/2408> [consulta:27/05/11].

MESA redonda aberta ao público discute Judicialização da Saúde [on line]. Belo Horizonte: *UFMG, Faculdade de Medicina*, 10 de jun. de 2009. Disponível em <www.medicina.ufmg.br/noticias/?p=6745> [consulta: 14/05/11].

NOBRE, M. In: CFM. Conselho participa de debate sobre judicialização da saúde em São Paulo [on line]. *Brasília: CFM*, 2011. Disponível em <portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21088:conselho-participa-de-debate-em-sao-paulo&catid=3> [consulta:14/05/11].

NOGUEIRA, R. D. M. Bioética e o SUS. *Publicação Oficial do CFM*. Brasília, Ano XXI, n. 160, jul./ ago./ set. de 2006. *Bioética*, p. 10.

O CRESCIMENTO da indústria farmacêutica no Brasil e no mundo [on line]. *Sindicato dos Químicos e Plásticos de São Paulo e Região*, São Paulo, mar. de 2009. Disponível em <www.sindquimsp.org.br/noticias/1152/o-crescimento-da-industria-farmaceutica-no-brasil-e-no-mundo> [consulta:21/05/11].

OLIVEIRA, L. D. In: A Judicialização da Saúde [on line]. *O Estado de São Paulo*, 7 de agosto

de 2008. Disponível em <www.fenafisp.org/app/modules/news/print.php?storyid=5525> [consulta:27/05/11].

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos [on line]. Paris: Assembléia Geral das Nações Unidas, 10 de dez. de 1948. Disponível em <www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm> [consulta: 11/05/11].

ORDACGY, A. S. A Tutela de Saúde como um Direito Fundamental do Cidadão [on line]. Rio de Janeiro, s/d Disponível em <www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf> [consulta:14/05/11].

POR QUE o Brasil não quebra as patentes de medicamentos? Ser Médico, São Paulo: CREMESP, ano IX, n. 34, jan./ fev./ mar. de 2006. Debate, pp. 24 - 28.

RIBEIRO, W.C. Globalização e Geografia em Milton Santos [on line]. Geocrítica/ Universitat de Barcelona: 2002. Disponível em <www.ub.edu/geocrit/sn/sn-124h.htm> [consulta:15/05/11].

ROUSSEAU, J. J. Discurso Sobre a Origem e os Fundamentos da Desigualdade Entre os Homens. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores).

_____. Do Contrato Social ou Princípios do Direito Político. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores).

SANTOS, M. Conferência magna proferida no I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, 12 de jul. de 2000 [on line]. Rio de Janeiro: Scielo Brasil, Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100024&lng=en&nrm=iso> [consulta:14/05/11].

_____. O Espaço do Cidadão. São Paulo: Nobel, 1987.

SILVA, M. V.; SANT'ANA, J. M. B. In: Judicialização da Saúde: a balança entre acesso e equidade [on line]. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 1º de jan. de 2008. Disponível em <www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/3810/judicializacao-da-saude-a-balanca-entre-acesso-e-equidade> [consulta: 14/05/11]

SIQUEIRA, O. C. Direitos prestacionais: reserva do possível, mínimo existencial e ponderação jurisdicional [on line]. Teresina: Jus Navigandi, ano 14, n. 2307, 25 de out. de 2009. Disponível em: <jus.uol.com.br/revista/texto/13735/direitos-prestacionais-reserva-do-possivel-minimo-existencial-e-ponderacao-jurisdicional> [consulta:14/05/11].

SKINNER, B.F. Contingências do reforço: Uma análise teórica. São Paulo: Abril Cultural, 1984. Apud MESTRE, M. & PINOTTI, R. C. As Representações Sociais e o Inconsciente Coletivo: Um Diálogo Entre Duas Linhas Teóricas. Curitiba: PsicoUTPonline, julho de 2004. Disponível em <www.utp.br/PSICO.UTP.ONLINE/site4/repres_sociais.pdf> [consulta:18/05/11].

VASCONCELOS, C. Bioética, deficiência comunicativa e judicialização da medicina [on line]. Revista do Cremeb, Salvador, ago. de 2009. Disponível em <www.cremeb.org.br/cremeb.php?m=site.item&item=236&idioma=br> [consulta:27/05/11].

VECINA NETO, G.; CORREA, M. C.; MANSUR, N. S. In: Política de Acesso aos Medicamentos. Ser Médico, São Paulo: CREMESP, n. 52, ano XIII, jul./ ago. de 2010. pp. 17-22.

**GUIA DE PRESCRIÇÃO - 2007
PREENCHIMENTO DE NOTIFICAÇÕES DE RECEITAS
E RECEITAS DE CONTROLE ESPECIAL**

**GUIDE TO PRESCRIPTION - 2007
FILLING OUT THE PRESCRIPTION NOTIFICATIONS AND
PRESCRIPTIONS OF SPECIAL CONTROL**

Palavras-chave - receita, prescrição, medicamento, receita comum, controle especial, conceitos, preenchimento, Resolução CFM nº

Key-words - prescription, medicine, simple prescription, special control, concepts, filling out, CFM Resolution nº

Legislação

As normas que regulamentam prescrição e uso das substâncias psicotrópicas no país é a Portaria SVS/MS nº 344, de 1998*, Portaria SVS/MS nº 6, de 1999 e a atual Resolução RDC nº 58 de 2007. Estas normas se baseiam na Convenção Única de Psicotrópicos, da qual o Brasil é signatário (Decreto nº 79.388, de 14 de março de 1977).

Os médicos, médicos veterinários e cirurgiões dentistas devem observar as regras para o preenchimento dos dados da Receita e das Notificações de Receitas, estabelecidas nas legislações. Os farmacêuticos, no que lhes compete.

A Anfarmag entende que dentro de seu papel deve fornecer orientações de forma que o paciente seja atendido e seu tratamento não sofra ação de descontinuidade.

Classes Terapêuticas para as prescrições:

1 - Notificação de Receita "A"

Analgésicos , Anestésicos ...

São de tarja preta: "Venda sob prescrição médica – Atenção pode causar Dependência Física ou Psíquica".

2 - Notificações de Receitas "B" :

Benzodiazepínicos: bromazepam, diazepam, oxazepam, nitrazepam e clordiazepóxido.

São de tarja preta: "Venda sob prescrição médica – O abuso deste medicamento pode causar dependência".

3 - Notificações de Receitas “B2”:

Anorexígenos – anfepramona, femproporex e mazindol.

4 - Receita de Controle Especial

Antidepressivos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, anestésicos em geral. São de tarja vermelha: “Venda sob prescrição médica – Só pode ser vendido com retenção de receita”.

5 - Apresentação de Receita Comum

Determinadas substâncias estão listadas e permite sua aquisição mediante apresentação da Receita. A Anvisa considera algumas substâncias que constam do adendo as listas: Tetracaína; Loperamida; substâncias retinóicas de uso tópico; substâncias da Lista D1 - precursoras de entorpecentes/psicotrópicas

Conceitos:

· **Especialidade Farmacêutica ou medicamento** – produto oriundo da indústria farmacêutica com registro na ANVISA, disponível no mercado.

· **Entorpecente** - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, baseadas nas listas aprovadas pela Convenção de Entorpecentes.

· **Psicotrópico** - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, baseadas nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas.

Os medicamentos entorpecentes/psicotrópicos são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em: ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição (Rang, Dale , Ritter, 2001).

Doses Diárias Recomendadas - (DDR), conforme Resolução RDC nº 58, de 2007 e Consenso Latino Americano:

I - Femproporex: 50,0 mg/dia;

II - Fentermina: 60,0 mg/ dia;

III - Anfepramona: 120,0 mg/dia;

IV - Mazindol: 3,00 mg/dia.

Preparação Magistral – é aquela preparada nas farmácias, a partir de uma prescrição de profissional habilitado, destinada a um paciente individualizado, e que estabeleça em detalhes sua composição, forma farmacêutica (fórmula), posologia e modo de usar.

Notificação de Receita

Documento padronizado destinado a prescrição de preparações e especialidade:

a) entorpecentes (Notificação de Receita "A", de cor amarela, distribuída gratuitamente pela VISA local), b) psicotrópicos (Notificação de Receita "B", de cor azul, cuja numeração é distribuída pela VISA local e a impressão do talonário é da responsabilidade do prescritor).

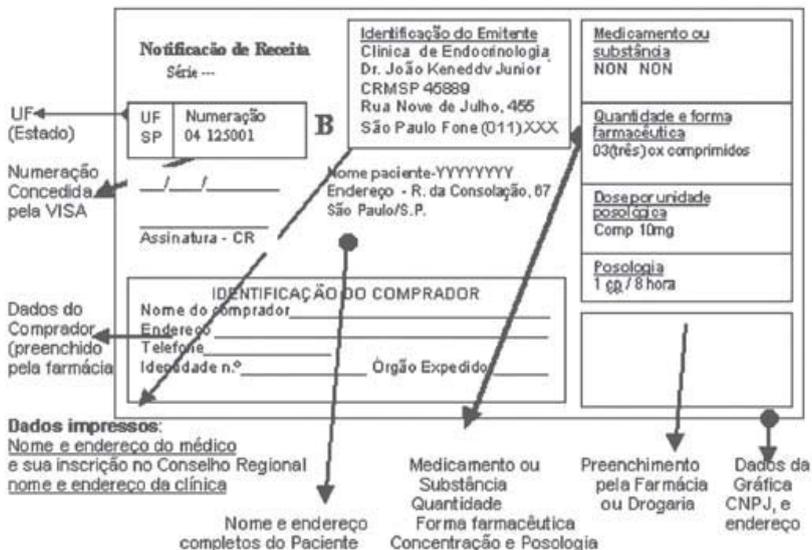
As Notificações deverão ser firmadas por profissionais devidamente inscritos no Conselho Regional de Medicina, no Conselho Regional de Medicina Veterinária ou no Conselho Regional de Odontologia, conforme sua área específica e no âmbito do profissional.

Ao utilizar-se da Notificação de Receita "A", "B" e "B2", o prescritor deve preencher também uma Receita, que juntas autorizam a dispensação de preparações magistrais e de medicamentos constantes das listas A1, A2, A3, B1 e B2, respectivamente, que se encontra neste guia.

A farmácia só poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da Receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos pelo prescritor.

A prescrição deverá ter todos os campos preenchidos (modelo) pelo prescritor e de forma legível:

- a) nome e endereço do paciente;**
- b) data e assinatura;**
- c) nome da substância - deve estar em Denominação Comum Brasileira - DCB e em sua ausência a Denominação Comum Internacional – DCI;**
- d) quantidade e forma farmacêutica;**
- e) posologia;**

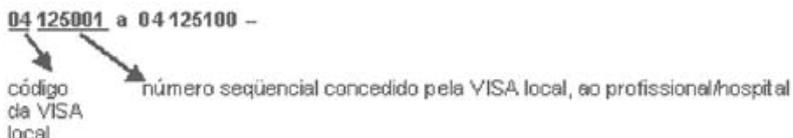


Distribuição da Numeração aos Profissionais

O profissional pode ir pessoalmente à VISA procedendo ao preenchimento da ficha cadastral do profissional para receber o talão de Notificação de Receita "A" (oficial, de cor amarela) e/ou retirar a numeração para enviar a gráfica para ser impresso o talão de Notificação de Receita "B" e ou "B2" (cor azul).

No caso de indisponibilidade do profissional ir pessoalmente à VISA, deve-se enviar uma pessoa de sua confiança poderá retirar a Ficha Cadastral, desde que autorizada, por escrito no receituário comum do profissional, anexando cópia da documentação: Carteira do CRM e conta de luz ou telefone.

Composição da Numeração - é assim distribuída:



A numeração do talonário da Notificação de Receita "A" segue uma ordem estabelecida pela VISA local, pois é impresso às expensas da Autoridade Sanitária, que os distribui gratuitamente aos profissionais.

Impressão do talonário de Notificação de Receita "B" e "B2"

A Gráfica deve observar o modelo e a numeração do médico.

a) **Sigla da Unidade Federativa** (Sigla do Estado)

b) **Identificação numérica**: composta de 8 (oito) dígitos (número seqüencial, fornecido pela VISA ao profissional que possui um consultório médico ou uma Clínica, bem como a Hospitais ou instituições).

c) **Campo do emitente**: A Notificação de Receita "A" os dados do profissional ou do hospital ou instituição devem ser aposto mediante carimbo e as Notificação de Receita "B" devem ser impressos: nome e endereço completos do médico, médico veterinário ou cirurgião dentista e sua inscrição no Conselho Regional. Quando o emitente for um hospital, clínica ou instituição deverá fazer constar CNPJ, nome e endereço dos mesmos.

Emitente
Dr. João Batista
CRM-SP 8888
R São Luiz, 6666 - São Paulo

Impressão das Notificações de Receitas "B" e "B2"

O profissional deve enviar a numeração e o modelo de Notificação que deseja para que a gráfica imprima corretamente. A gráfica deverá fazer constar no rodapé de cada folha, a numeração seqüencial do profissional, nome e endereço completos e CGC ou CNPJ da Gráfica.

Os endereços das Vigilâncias Sanitárias – VISA encontram-se à disposição dos profissionais no final do livreto.

O médico veterinário deve colocar o nome do proprietário e nome do animal (se houver) e peso corpóreo, bem como o endereço do proprietário para indicar “o paciente que irá utilizar a preparação ou especialidade farmacêutica”.

Controle e Guarda

Os talões de Notificações de Receitas para a prescrição de substâncias sujeitas ao controle da Portaria SVS/MS n.º 344/ 98* (entorpecentes/psicotrópicos/ controle especial) ou medicamento que as contenham, deverão:

- Ser guardados em um local fechado à chave ou outro dispositivo que ofereça segurança.
- Ter acesso restrito à pessoas de inteira confiança do profissional.

Em caso de roubo do talão de Notificação de Receita ou parte do mesmo, o médico deve registrar um Boletim de Ocorrência Policial (B.O.) e informar à autoridade sanitária para as providências.

Validade da Receita de Controle Especial ou Notificação de Receita.

Nota – O profissional que necessitar prescrever quantidades acima do previsto nas normas devem fornecer aos pacientes uma justificativa indicando o CID – Classificação Internacional de Doenças.

Listas Notificação de Receitas	Cores	Validade da Prescrição	Quantidade máxima
Lista A1, A2 e A3	Oficial “A” amarela	30 dias	30 dias de tratamento
Lista B1	Expensas do prescritor “B” azul	30 dias	60 dias de tratamento
Lista B2	Expensas do prescritor “B2” azul	30 dias	30 dias de tratamento
Listas Receita de Controle Especial ou comum	Cores de escolha do profissional	Validade da Prescrição	Quantidade máxima
Lista C1		30 dias	60 dias de tratamento
Lista C2 (tópico)	Sem Retenção		
Lista C5		30 dias	60 dias de tratamento
Adendos das listas > A1, A2 e B1		30 dias	60 dias de tratamento
Antiparkinsonianos e anticonvulsivantes			6 meses de tratamento

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA
UF _____ NÚMERO _____ A		Nome: _____
Data ____ de ____ de ____	Paciente _____	Quantidade e Apresentação
Assinatura do Emissor _____	Endereço _____	Forma Farm. Concent. /Unid. Posologia
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____		Nome
Endereço: _____		Data
Identidade nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF _____ NÚMERO _____ B		Quantidade e Forma Farmacéutica
____ de ____ de ____	Paciente: _____	Dose por Unidade Posológica
Assinatura do Emissor _____	Endereço: _____	Posologia
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR
Nome: _____		Nome do Vendedor
Endereço: _____		Data
Telefone: _____		
Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____		
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		
Numeração desta impressão: de ____ de ____ a ____		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicação ou Substância
UF _____ NÚMERO _____ B		Quantidade e Apresentação
Nome: _____	Paciente: _____	Forma Farm./Concentração por Unidade
Espécie: _____	Endereço: _____	
Raça: _____		
Porte: _____		
Proprietário: _____		
Endereço: _____		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIDADE DO FORNECEDOR
Nome: _____		Nome
Endereço: _____		Data
Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____		
Telefone: _____		
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		
Numeração desta impressão: de ____ de ____ a ____		
Veterinário C.R.M.V. _____		

Prescrição de uso restrito ao Médico Veterinário

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
UF:	NÚMERO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
B2		Paciente: _____	QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA
_____ de _____ de _____		Endereço: _____	
_____		_____	DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
Assinatura do Emissor			POSOLOGIA
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome: _____			
Endereço: _____			
Telefone: _____			
Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____			
		Nome do Vendedor _____ Data _____	
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CNPJ		Numeração desta impressão de _____ a _____	

Receita de Controle Especial ou Receita Comum

Receita – Prescrição, escrita ou datilografada, de formulação magistral ou de especialidade farmacêutica, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado. Pode imprimir conforme o modelo anexo ou como receita comum contendo todos dos dados do modelo anexo.

Devem estar devidamente preenchidos os campos referentes aos dados do profissional ou do hospital ou clínica; nome e endereço do paciente, os componentes da prescrição, data e assinatura ou carimbo com CRM ou CRMV ou CRO.

A receita médica permite ao paciente obter uma preparação magistral e/ou especialidade farmacêutica, bem como indicação do tratamento.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo:.....
CRM.....UF.....Nº.....
Endereço Completo e Telefone:.....
Cidade:.....UF:.....

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

.....

.....

.....

.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:.....	
Ident:.....Órg.Emissor:.....	
End.:.....	
Cidade:.....UF:.....	
Telefone:	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA...../...../.....

Referências

- 1-** Decreto nº 79.388, de 14 de março de 1977 - Promulga a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas.
- 2-** Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 - Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial.
- 3-** Portaria nº 6 de 29 de janeiro de 1999 - Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- 4-** Resolução RDC nº 58, de 5 setembro de 2007 - Dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e dá outras providências.
- 5-** Resolução RDC nº. 27, de 30 de março de 2007 - Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC, estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências.
- 6-** Resolução RDC nº 63, de 27 de setembro de 2007 - Publica a "Atualização nº 25" das listas da Portaria SVS/MS nº 344/1998*.

LISTA - A1
LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES
(Sujeitas a Notificação de Receita "A")

- ACETILMETADOL
- ALFACETILMETADOL
- ALFAMEPRODINA
- ALFAMETADOL
- ALFAPRODINA
- ALFENTANILA
- ALILPRODINA
- ANILERIDINA
- BEZITRAMIDA
- BENZETIDINA
- BENZILMORFINA
- BENZOILMORFINA
- BETACETILMETADOL
- BETAMEPRODINA
- BETAMETADOL
- BETAPRODINA
- BUPRENORFINA
- BUTORFANOL
- CLONITAZENO
- CODOXIMA
- CONCENTRADO DE PALHA DE DORMIDEIRA
- DEXTRMORAMIDA
- DIAMPROMIDA
- DIETILTAMBUENO
- DIFENOXILATO
- DIFENOXINA
- DIIDROMORFINA
- DIMEFPTANOL (METADOL)
- DIMENOXADOL
- DIMETILTAMBUENO
- DIOXAFETILA
- DIPIANONA
- DROTEBANOL
- ETILMETILTAMBUENO
- ETONITAZENO
- ETOXERIDINA
- FENADOXONA
- FENAMPROMIDA
- FENAZOCINA
- FENOMORFANO
- FENOPERIDINA
- FENTANILA
- FURETIDINA
- HIDROCODONA
- HIDROMORFINOL
- HIDROMORFONA
- HIDROXIPETIDINA
- INTERMEDIÁRIO DA METADONA (4-CIANO-2-DIMETILAMINA-4, 4-DIFENILBUTANO)
- INTERMEDIÁRIO DA MORAMIDA (ÁCIDO 2-METIL-3-MORFOLINA-1, 1-DIFENILPROPANO CARBOXÍLICO)
- INTERMEDIÁRIO "A" DA PETIDINA (4 CIANO-1-METIL-4-FENILPÍPERIDINA)
- INTERMEDIÁRIO "B" DA PETIDINA (ÉSTER ETÍLICO DO ÁCIDO 4-FENILPÍPERIDINA-4-CARBOXÍLICO)
- INTERMEDIÁRIO "C" DA PETIDINA (ÁCIDO-1-METIL-4-FENILPÍPERIDINA-4-CARBOXÍLICO)
- ISOMETADONA
- LEVOFENACILMORFANO
- LEVOMETORFANO
- LEVOMORAMIDA
- LEVORFANOL
- METADONA
- METAZOCINA
- METILDESORFINA
- METILDIIDROMORFINA
- METOPONA
- MIROFINA
- MORFERIDINA
- MORFINA
- MORINAMIDA
- NICOMORFINA
- NORACIMETADOL
- NORLEVORFANOL
- NORMETADONA
- NORMORFINA
- NORPIPANONA
- N-OXICODÉINA
- N-OXIMORFINA
- ÓPIO
- ORIPAVINA
- OXICODONA
- OXIMORFONA
- PETIDINA
- PIMINODINA
- PIRITRAMIDA
- PROEPTAZINA
- PROPERIDINA
- RACEMETORFANO
- RACEMORAMIDA
- RACEMORFANO
- REMIFENTANILA
- SUFENTANILA
- TEBACONA
- TEBAÍNA
- TILIDINA
- TRIMEPERIDINA

3) preparações à base de ÓPIO, contendo até 5 miligramas de morfina anidra por mililitros, ou seja, até 50 miligramas de ÓPIO, ficam sujeitas a prescrição da RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

4) fica proibida a comercialização e manipulação de todos os medicamentos que contenham ÓPIO e seus derivados sintéticos e CLORIDRATO DE DIFENOXILATO e suas associações, nas formas farmacêuticas líquidas ou em xarope para uso pediátrico (Portaria SVS/MS n.º 106 de 14 de setembro de 1994 - DOU 19/9/94).

5) preparações medicamentosas na forma farmacêutica de comprimidos de liberação controlada à base de OXICODONA, contendo não mais que 40 miligramas dessa substância, por unidade posológica, ficam sujeitas a prescrição da RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

LISTA - A2
LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES DE USO PERMITIDO SOMENTE EM CONCENTRAÇÕES ESPECIAIS
(Sujeitas a Notificação de Receita "A")

- ACETILDIIDROCODEINA
- CODEÍNA
- DEXTROPROPOXIFENO
- DIIDROCODEÍNA
- ETILMORFINA
- FOLCODINA
- NALBUFINA
- NALORFINA
- NICODODINA
- NICODICODINA
- NORCODEÍNA
- PROPÍRAM
- TRAMADOL

ADENDO:

1) ficam também sob controle:

1.1. os sais, éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência;

1.2. os sais de éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência.

2) preparações à base de ACETILDIIDROCODEÍNA, CODEÍNA, DIIDROCODEÍNA, ETILMORFINA, FOLCODINA, NICODICODINA, NORCODEÍNA, misturadas a um ou mais componentes, em que a quantidade de entorpecentes não exceda 100 miligramas por unidade posológica, e em que a concentração não ultrapasse a 2,5% nas preparações de formas indivisíveis ficam sujeitas prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

3) preparações à base de DEXTROPROPOXIFENO, misturadas a um ou mais componentes, em que a quantidade de entorpecentes não exceda 100 miligramas por unidade posológica e em que a concentração não ultrapasse 2,5% nas preparações indivisíveis, ficam sujeitas a prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

4) preparações à base de TRAMADOL, misturadas a um ou mais componentes, em que a quantidade de entorpecentes não exceda 100 miligramas por unidade posológica e em que a concentração não ultrapasse 2,5% nas preparações indivisíveis, ficam sujeitas a prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

5) preparações à base de NALBUFINA, misturadas a um

ADENDO:

1) ficam também sob controle:

1.1. os sais, éteres, ésteres e isômeros (exceto os isômeros dextrometorfano, (+)3-metoxi-N-metilmorfinan, e o Dextrorfanol, (+) 3-hidroxi-N-metilmorfinan), das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência;

1.2. os sais de éteres, ésteres e isômeros (exceto os isômeros dextrometorfano, (+)3-metoxi-N-metilmorfinan, e o Dextrorfanol, (+) 3-hidroxi-N-metilmorfinan), das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência.

2) preparações à base de DIFENOXILATO, contendo por unidade posológica, não mais que 2,5 miligramas de DIFENOXILATO calculado como base, e uma quantidade de Sulfato de Atropina equivalente a, pelo menos, 1,0% da quantidade de DIFENOXILATO, ficam sujeitas a prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

ou mais componentes, em que a quantidade não exceda 10 miligramas de CLORIDRATO DE NALBUFINA por unidade posológica ficam sujeitas a prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

6) preparações à base de PROPIRAM, misturadas a um ou mais componentes, contendo não mais que 100 miligramas de PROPIRAM por unidade posológica e associados, no mínimo, a igual quantidade de metilcelulose, ficam sujeitas a prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula deverão apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

LISTA - A3 LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS (Sujeita a Notificação de Receita "A")

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| • ANFETAMINA | • FENCICLIDINA |
| • CATINA | • FENETILINA |
| • 2CB | • FEMETRAZINA |
| (4- BROMO | • LEVANFETAMINA |
| 2,5-DIMETOXIFENILETILAMINA) | • LEVOMETANFETAMINA |
| • CLOBENZOREX | • METANFETAMINA |
| • CLORFENTERMINA | • METILFENIDATO |
| • DEKANFETAMINA | • MODAFINILA |
| • DRONABINOL | • TANFETAMINA |

LISTA - B1 LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS (Sujeitas a Notificação de Receita "B")

- | | |
|---|-----------------------------------|
| • ALOBARBITAL | • LOPRAZOLAM |
| • ALPRAZOLAM | • LORAZEPAM |
| • AMINEPTINA | • LORMETAZEPAM |
| • AMOBARBITAL | • MEDAZEPAM |
| • APROBARBITAL | • MEPROBAMATO |
| • BARBEXACLONA | • MESOCARBO |
| • BARBITAL | • METILFENOBARBITAL
(PROMINAL) |
| • BROMAZEPAM | • METIPRILONA |
| • BROTIZOLAM | • MIDAZOLAM |
| • BUTALBITAL | • NIMETAZEPAM |
| • BUTABARBITAL | • NITRAZEPAM |
| • CAMAZEPAM | • NORCANFANO
(FENCANFAMINA) |
| • CETAZOLAM | • NORDAZEPAM |
| • CICLOBARBITAL | • OXAZEPAM |
| • CLOBAZAM | • OXAZOLAM |
| • CLONAZEPAM | • PEMOLINA |
| • CLORAZEPAM | • PENTAZOCINA |
| • CLORAZEPATO | • PENTOBARBITAL |
| • CLORDIAZEPÓXIDO | • PINAZEPAM |
| • CLORETO DE ETILA | • PIPRADROL |
| • CLOTIAZEPAM | • PIROVARELONA |
| • CLOXAZOLAM | • PRAZEPAM |
| • DELORAZEPAM | • PROLINTANO |
| • DIAZEPAM | • PROPYLEXEDRINA |
| • ESTAZOLAM | • SECBUTABARBITAL |
| • ETCLORVINOL | • SECOBARBITAL |
| • ETILANFETAMINA
(N-ETILANFETAMINA) | • TEMAZEPAM |
| • ETINAMATO | • TETRAZEPAM |
| • FENOBARBITAL | • TIAMILAL |
| • FLUDIAZEPAM | • TIOPENTAL |
| • FLUNITRAZEPAM | • TRIAZOLAM |
| • FLURAZEPAM | • TRIEXIFENIDIL |
| • GHB (ÁCIDO GAMA -
HIDROXIBUTÍRICO) | • VINILBITAL |
| • GLUTETÍMIDA | • ZALEPLONA |
| • HALAZEPAM | • ZOLPIDEM |
| • HALOXAZOLAM | • ZOPICLONA |
| • LEFETAMINA | |
| • LOFLAZEPATO DE ETILA | |

ADENDO

- 1) ficam também sob controle:
(...)
- 2) os medicamentos que contenham FENOBARBITAL, METILFENOBARBITAL (PROMINAL), BARBITAL e BARBEXACLONA, ficam sujeitos a prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".
(...)
- 4) preparações a base de ZOLPIDEM e de ZALEPLONA, em que a quantidade dos princípios ativos ZOLPIDEM e ZALEPLONA respectivamente, não excedam 10 miligramas por unidade posológica, ficam sujeitas a prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM

RETENÇÃO DA RECEITA".

5) preparações a base de ZOPICLONA em que a quantidade do princípio ativo ZOPICLONA não exceda 7,5 miligramas por unidade posológica, ficam sujeitas a prescrição da Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias e os dizeres de rotulagem e bula devem apresentar a seguinte frase: "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA".

LISTA - B2 Lista das substâncias Psicotrópicas Anorexígenas (Sujeitas a Notificação de Receita "B2")

- AMINOREX
- ANFEPRAMONA
- FEMPROPOREX
- FENDIMETRAZINA
- FENTERMINA
- MAZINDOL
- MEFENOREX

LISTA - C1 LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)

- | | |
|-------------------|------------------------|
| • ACEPROMAZINA | • CISAPRIDA |
| • ÁCIDO VALPRÓICO | • CITALOPRAM |
| • AMANTADINA | • CLOMACRANO |
| • AMISSULPRIDA | • CLOMETIAZOL |
| • AMITRIPTILINA | • CLOMIPRAMINA |
| • AMOXAPINA | • CLOREXADOL |
| • ARIPIPIRAZOL | • CLORPROMAZINA |
| • AZACICLONOL | • CLORPROTIXENO |
| • BECLAMIDA | • CLOTIAPINA |
| • BENACTIZINA | • CLOZAPINA |
| • BENFLUOREX | • DESFLURANO |
| • BENZOCTAMINA | • DESIPRAMINA |
| • BENZOQUINAMIDA | • DESVENLAFAXINA |
| • BIPERIDENO | • DEXETÍMIDA |
| • BUPROPIONA | • DEXMEDETOMIDINA |
| • BUSPIRONA | • DIBENZEPINA |
| • BUTAPERAZINA | • DIMETACRINA |
| • BUTRIPTILINA | • DISOPIRAMIDA |
| • CAPTODIAMO | • DISSULFIRAM |
| • CARBAMAZEPINA | • DIVALPROATO DE SÓDIO |
| • CAROXAZONA | • DIXIRAZINA |
| • CETAMINA | • DONEPEZILA |
| • CICLARBAMATO | • DOXEPINA |
| • CICLEXEDRINA | • DROPERIDOL |
| • CICLOPENTOLATO | • DULOXETINA |

- ECTILURÉIA
- EMILCAMATO
- ENFLURANO
- ESCITALOPRAM
- ENTACAPONA
- ETOMIDATO
- ETOSUXIMIDA
- FACETOPERANO
- FEMPROBAMATO
- FENAGLICODOL
- FENELZINA
- FENIPRAZINA
- FENITOINA
- FLUFENAZINA
- FLUMAZENIL
- FLUOXETINA
- FLUPENTIXOL
- FLUVOXAMINA
- GABAPENTINA
- GALANTAMINA
- HALOPERIDOL
- HALOTANO
- HIDRATO DE CLORAL
- HIDROCLORBEZETILAMINA
- HIDROXIZONA
- HOMOFENAZINA
- IMICLOPRAZINA
- IMIPRAMINA
- IMIPRAMINÓXIDO
- IPROCLOZIDA
- ISOCARBOXAZIDA
- ISOFURANO
- ISOPROPIL-CROTONIL-URÉIA
- LAMOTRIGINA
- LEFLUNOMIDA
- LEVOMEPROMAZINA
- LISURIDA
- LITIO
- LOPERAMIDA
- LOXAPINA
- MAPROTILINA
- MECLOFENOXATO
- MEFENOXALONA
- MEFEXAMIDA
- MEMANTINA
- MEPAZINA
- MESORIDAZINA
- METILPENTINOL
- METISERGIDA
- METIXENO
- METOPROMAZINA
- METOXIFLURANO
- MIANSERINA
- MILNACIPRANO
- MINAPRINA
- MIRTAZAPINA
- MISOPROSTOL
- MOCLOBEMIDA
- MOPERONA
- NALOXONA
- NALTREXONA
- NEFAZODONA
- NIALAMIDA
- NOMIFENSINA
- NORTRIPTILINA
- NOXIPITILINA
- OLANZAPINA

- OPIPRAMOL
- OXCARBAZEPINA
- OXIBUPROCAÍNA (BENOXINATO)
- OXIFENAMATO
- OXIPERTINA
- PALIPERIDONA
- PAROXETINA
- PENFLURIDOL
- PERFENAZINA
- PERGOLIDA
- PERICIAZINA (PROPERICIAZINA)
- PIMOZIDA
- PIPAMPERONA
- PIPOTIAZINA
- PRAMIPEXOL
- PREGABALINA
- PRIMIDONA
- PROCLORPERAZINA
- PROMAZINA
- PROPANIDINA
- PROPIOMAZINA
- PROPOFOL
- PROTIPENDIL
- PROTRIPTILINA
- PROXIMETACAÍNA
- QUETIAPINA
- REBOXETINA
- RIBAVIRINA
- RIMONABANTO
- RISPERIDONA
- RIVASTIGMINA
- ROPINIROL
- SELEGILINA
- SERTRALINA
- SEVOFLURANO
- SIBUTRAMINA
- SULPIRIDA
- SULTOPRIDA
- TACRINA
- TOLCAPONA
- TETRACAÍNA
- TIANEPTINA
- TIAPRIDA
- TIOPROPERAZINA
- TIORIDAZINA
- TIOTIXENO
- TOPIRAMATO
- TRANILCIPROMINA
- TRAZODONA
- TRICLOFÓS
- TRICLOROETILENO
- TRIFLUOPERAZINA
- TRIFLUPERIDOL
- TRIMIPRAMINA
- TROGLITAZONA
- VALPROATO SÓDICO
- VENLAFAXINA
- VERALIPRIDA
- VIGABATRINA
- ZANAMIVIR
- ZIPRAZIDONA
- ZOTEPINA
- ZUCLOPENTIXOL

ADENDO

1) ficam também sob controle:

1.1. os sais, éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência;

1.2. os sais de éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência.

2) os medicamentos à base da substância LOPERAMIDA ficam sujeitos a VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM RETENÇÃO DE RECEITA.

3) fica proibido a comercialização e manipulação de todos os medicamentos que contenham LOPERAMIDA ou em associações, nas formas farmacêuticas líquidas ou em xarope para uso pediátrico (Portaria SVS/MS n.º 106 de 14 de setembro de 1994 – DOU 19/9/94).

4) só será permitida a compra e uso do medicamento contendo a substância MISOPROSTOL em estabelecimentos hospitalares devidamente cadastrados junto a Autoridade Sanitária para este fim;

5) os medicamentos à base da substância TETRACAÍNA ficam sujeitos a: (a) VENDA SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA – quando tratar-se de preparações farmacêuticas de uso tópico odontológico, não associadas a qualquer outro princípio ativo; (b) VENDA COM PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM A RETENÇÃO DE RECEITA – quando tratar-se de preparações farmacêuticas de uso tópico ortorrinolaringológico, especificamente para Colutórios e Soluções utilizadas no tratamento de Otite Externa e (c) VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA COM RETENÇÃO DE RECEITA – quando tratar-se de preparações farmacêuticas de uso tópico oftalmológico.

6) excetuam-se das disposições legais deste Regulamento Técnico as substâncias TRICLOROETILENO, DISSULFIRAM e LÍTIO (metálico e seus sais), quando, comprovadamente, forem utilizadas para outros fins, que não as formulações medicamentosas, e, portanto não estão sujeitos ao controle e fiscalização previstos nas Portarias SVS/MS n.º 344/98 e 6/99.

LISTA - C2

LISTA DE SUBSTÂNCIAS RETINÓICAS

(Sujeitas a Notificação de Receita Especial)

- ACITRETINA
- ADAPALENO
- BEXAROTENO
- ISOTRETINOÍNA
- TRETINOÍNA

ADENDO

1) (...)

1.2. os sais de éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência.

2) os medicamentos de uso tópico contendo as substâncias desta lista ficam sujeitos a VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM RETENÇÃO DE RECEITA.

LISTA - C4

LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ANTI-RETROVIRAIS

(Sujeitas a Receituário do Programa da DST/AIDS ou Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)

- ABACAVIR
- AMPRENAVIR
- ATAZANAVIR
- DARUNAVIR
- DELAVIRDINA
- DIDANOSINA (ddI)
- EFAVIRENZ
- ENFUVIRTIDA
- ESTAVUDINA (d4T)
- INDINAVIR
- LAMIVUDINA (3TC)
- LOPINAVIR
- NELFINAVIR
- NEVIRAPINA
- RITONAVIR
- SAQUINAVIR
- TENOFOVIR
- ZALCITABINA (ddC)
- ZIDOVUDINA (AZT)

ADENDO

1) ficam também sob controle:

1.1. os sais, éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência;

1.2. os sais de éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência.

2) os medicamentos à base de substâncias anti-retrovirais acima elencadas, devem ser prescritos em receituário próprio estabelecido pelo Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde, para dispensação nas farmácias hospitalares/ambulatoriais do Sistema Público de Saúde.

3) os medicamentos à base de substâncias anti-retrovirais acima elencadas, quando dispensados em farmácias e drogarias, ficam sujeitos a venda sob Receita de Controle Especial em 2 (duas) vias.

LISTA - C5

LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ANABOLIZANTES

(Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)

- ANDROSTANOLONA
- BOLASTERONA
- BOLDENONA
- CLOROXOMESTERONA
- CLOSTEBOL
- DEIDROCLORMETILTOSTERONA
- DROSTANOLONA
- ESTANOLONA
- ESTANOZOLOL
- ETILESTRENOL
- FLUOXIMESTERONA OU FLUOXIMETILTOSTERONA
- FORMEBOLONA
- MESTEROLONA
- METANDIENONA
- METANDRANONA
- METANDRIOL
- METENOLON
- METILTOSTERONA
- MIBOLERONA
- NANDROLONA
- NORETANDROLONA
- OXANDROLONA
- OXIMESTERONA
- OXIMETOLONA
- PRASTERONA
(DEIDROEPIANDROSTERONA - DHEA)
- SÔMATROPINA (HORMÔNIO DO CRESCIMENTO HUMANO)
- TESTOSTERONA
- TREMBOLONA

ADENDO

1) ficam também sob controle:

1.1 os sais, éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência;

1.2 os sais de éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência.

2) os medicamentos de uso tópico contendo as substâncias desta lista ficam sujeitos a VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM RETENÇÃO DE RECEITA.

LISTA - D1

LISTA DE SUBSTÂNCIAS PRECURSORAS DE ENTORPECENTES E/OU PSICOTRÓPICOS

(Sujeitas a Receita Médica sem Retenção)

- 1-FENIL-2-PROPANONA
- 3,4-METILENIOXIFENIL-2-PROPANONA
- ÁCIDO ANTRANÍLICO
- ÁCIDO FENILACÉTICO
- ÁCIDO LISÉRGICO
- ÁCIDO N-ACETILANTRANÍLICO
- DIIDROERGOTAMINA
- DIIDROERGOMETRINA
- EFEDRINA
- ERGOMETRINA
- ERGOTAMINA
- ETAFEDRINA
- ISOSAFROL
- ÓLEO DE SASSAFRÁS
- ÓLEO DA PIMENTA LONGA
- PIPERIDINA
- PIPERONAL
- PSEUDOEFEDRINA
- SAFROL

ADENDO

1) ficam também sob controle, todos os sais das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência;

2) ficam também sob controle as substâncias: MESILATO DE DIIDROERGOTAMINA, TARTARATO DE DIIDROERGOTAMINA, MALEATO DE ERGOMETRINA, TARTARATO DE ERGOMETRINA E TARTARATO DE ERGOTAMINA.

3) excetua-se do controle estabelecido nas Portarias SVS/MS n.º344/98 e 6/99, as formulações não medicamentosas, que contêm as substâncias desta lista quando se destinarem a outros segmentos industriais.

4) óleo de pimenta longa é obtido da extração das folhas e dos talos finos da Piper hispidinervum C.DC., planta nativa da Região Norte do Brasil.

**Depois não diga que não sabia.
Consulte sempre antes
de se anunciar.**

MANUAL DE ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Célia Maria Dias Madruga*
Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza**

MANUAL OF BASIC GUIDELINES FOR PRESCRIPTION

Palavras-chave - manual, prescrição, orientação, informações básicas, notificação, substituição, troco, erros, rasuras, Resolução CFM n°

Key-words - manual, prescription, guidance, basic information, notification, placement, change, mistakes, erasures, CFM Resolution n°

Apresentação

No momento da prescrição, se materializa um dos pilares da medicina. É quando o médico, após realizar a anamnese, proceder e analisar exames clínicos e fazer a reflexão que cada caso exige, toma a decisão sobre o caminho terapêutico a ser adotado.

Com os avanços inequívocos da ciência e da tecnologia, atualmente vivemos um tempo onde abundam opções para buscar o tratamento e a cura dos males que afligem o ser humano. Em paralelo, este cenário favorável exige dos médicos responsabilidade proporcional.

Ao observar as regras e os limites éticos impostos à prescrição, o médico transmite a devida segurança ao seu paciente, evitando o risco desnecessário, preservando sua credibilidade e confirmando sua competência. Por isso, manter-se em dia com relação ao tema é peça-chave para o bom desempenho na profissão.

Essa preocupação levou o Conselho Federal de Medicina (CFM) a apoiar o Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba (CRM-PB) na reedição

* Professora da disciplina de Nefrologia do curso de Medicina da UFPB; membro da Câmara Técnica de Nefrologia do CRM/PB

** Professor da disciplina de Gastroenterologia do curso de Medicina da UFPB; conselheiro do CRM/PB; membro do Comitê Nacional do CFM para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos

do Manual de orientações básicas para prescrição médica, publicado por aquela entidade em 2009.

Trata-se de obra relevante para o exercício da medicina, servindo como fonte de consulta e orientação para novos e experientes profissionais. Esperamos que sua leitura resulte no aperfeiçoamento da prática médica, trazendo ganhos a todos os envolvidos na segurança do ato médico, da qual a prescrição medicamentosa é fator da maior importância.

Roberto Luiz d'Avila
Presidente do CFM

Introdução

Há males que vêm para o bem, diz o provérbio: a recente notificação da proliferação de cepas bacterianas multirresistentes e, sobretudo, de *Klebsiela pneumoniae carbapenemase*, motivou a elaboração de nota técnica e a edição da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 44/2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que dispõe sobre a obrigatoriedade da retenção da receita médica para a venda de quimioterápicos e antibióticos nas farmácias e drogarias, medidas de grande relevância e em boa hora implementadas, que, esperamos, sejam estendidas num futuro próximo a outros grupos de fármacos, visando inibir seu uso indiscriminado, trazendo benefícios incontestes à população.

Em 2009, o Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba editou o Manual de orientações básicas para prescrição médica, de autoria dos médicos e professores Célia Maria Dias Madruga e Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza, com informações claras e objetivas sobre a prescrição correta de medicamentos – legado interessante e que teve significativa aceitação pela comunidade médica.

Em face da crescente demanda, resolvemos reeditá-lo, após revisão e atualização, pelos autores, em consonância com o novo Código de Ética Médica e recentes resoluções da Anvisa. Nesse contexto, cumpre-nos agradecer a Roberto d'Avila, presidente do Conselho Federal de Medicina, o empenho no sentido de viabilizar esta publicação pelo CFM, contribuição bastante útil para os prescritores, com vistas a minimizar os erros comuns na prática diária.

João Gonçalves de Medeiros Filho
Presidente do CRM-PB

Manual de orientações básicas para prescrição médica

1. Objetivo do manual

A coleta de informações atuais constante no presente manual, direcionado aos profissionais médicos, visa proporcionar uma boa prática de prescrição médica. Em adição, pretende esclarecer as dúvidas mais frequentes e evitar os erros prescritivos que atualmente ocorrem no exercício da profissão médica.

2. Relação médico-paciente e a prescrição médica

A realização do ato médico se completa com a prescrição médica. O seguimento dos princípios básicos do relacionamento médico-paciente transfere ao paciente segurança e, conseqüentemente, aderência à prescrição. Faz-se necessário, contudo, transparência na prescrição, com esclarecimentos e disponibilidade do profissional para possíveis reações adversas. Ressalte-se que a falta de conhecimento sobre os medicamentos coloca em risco a saúde do paciente e a credibilidade do profissional.

3. Informações básicas

- **Automedicação** – administração de medicamentos sem orientação médica ou do cirurgião-dentista, nos casos específicos de abrangência desta profissão.
- **Automedicação responsável** – conceito reconhecido pela OMS por ajudar a tratar e prevenir sintomas e males menores, que não necessitam de consulta médica, mediante o uso responsável de medicamentos isentos de prescrição médica.
- **Autoprescrição** – uso por conta própria de medicamentos com tarja vermelha ou preta na caixa, que só podem ser receitados por médicos.
- **Biodisponibilidade** – indica a velocidade e extensão de absorção de um princípio ativo em forma de dosagem, a partir de sua curva concentração/tempo na circulação sistêmica ou de sua excreção na urina.
- **Bioequivalência** – consiste na demonstração de equivalência farmacêutica entre produtos contendo idêntica composição qualitativa e quantitativa de princípio(s) ativo(s), com comparável biodisponibilidade quando estudados sob um mesmo desenho experimental.

• **Denominação comum brasileira (DCB)** – denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo, aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária.

• **Denominação comum internacional (DCI)** – denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

• **Droga** – substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa ou sanitária.

• **Entorpecente** – substância que pode determinar dependência física ou psíquica, relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção Única sobre Entorpecentes.

• **Medicamento** – produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

• **Medicamentos dinamizados** – preparados a partir de substâncias submetidas a triturações sucessivas ou diluições seguidas de sucussão ou outra forma de agitação ritmada, com finalidade preventiva ou curativa, a serem administrados conforme a terapêutica homeopática, homotoxicológica ou antroposófica.

• **Medicamentos fitoterápicos** – são medicamentos obtidos a partir de plantas medicinais, exclusivamente derivados de droga vegetal (extrato, tintura, óleo, cera, exsudato, suco e outros).

• **Medicamentos fracionados** – são remédios fabricados em embalagens especiais e vendidos na medida exata que o consumidor precisa.

• **Medicamentos genéricos** – são medicamentos copiados de um produto de referência, com o qual pretendem ser intercambiável. Passam por testes de bioequivalência e biodisponibilidade e contêm a mesma substância ativa, concentração de dose, esquema posológico, apresentação e efeito farmacológico. Trazem na embalagem a inscrição: “Medicamento Genérico – Lei 9.787/99”.

• **Medicamentos homeopáticos** – são medicamentos dinamizados, preparados com base nos fundamentos da homeopatia, cujos métodos de preparação e controle, com comprovada ação terapêutica, devem estar descritos na Farmacopeia Homeopática Brasileira (edição em vigor), em outras farmacopeias homeopáticas ou nas matérias médicas homeopáticas ou compêndios homeopáticos oficiais reconhecidos pela Anvisa, estudos clínicos ou revistas científicas.

• **Medicamentos isentos de prescrição médica (MIP)** – são os “medicamentos de venda livre” ou “medicamentos anódinos”, internacionalmente con-

hecidos como produtos “OTC” (over the counter – “sobre a prateleira”), tais quais, por exemplo, antiinflamatórios, analgésicos, antitérmicos, antialérgicos, relaxantes musculares etc., vendidos em gôndolas de supermercados.

- **Medicamentos manipulados** – são os obtidos pela fabricação artesanal de uma formulação para atender às necessidades médicas de determinado paciente a partir de uma substância aprovada para uso.

- **Medicamentos de referência (ou de marca)** – são medicamentos registrados na Anvisa e comercializados no país, cuja eficácia e qualidade foram comprovadas cientificamente por ocasião do registro.

- **Medicamentos similares** – são produtos que possuem a mesma substância ativa, concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, mas podem diferir em tamanho, forma, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos. São identificados pelo nome comercial ou marca.

- **Notificação de receita** – é o documento que, acompanhado de receita, autoriza a dispensação de medicamentos à base de substâncias constantes nas listas “A1” e “A2” (entorpecentes), “A3”, “B1” e “B2” (psicotrópicas), “C2” (retinoicas para uso sistêmico) e “C3” (imunossupressoras) do Regulamento Técnico.

- **Preparação magistral** – preparação contendo substância farmacêutica, de elaboração oficial, com formulação e quantidades elaboradas de acordo com prescrição médica, apresentada em embalagem individual.

- **Produto** – qualquer substância, mistura de substâncias, vegetais ou parte de vegetais, fungos ou bactérias que sofreram ou não transformação, manipulação ou industrialização, com possibilidade de ser ingerido ou administrado a homem ou animal.

- **Produto farmacêutico intercambiável** – produto com equivalência terapêutica de um medicamento de referência, comprovados, essencialmente, os mesmos efeitos de eficácia e segurança.

- **Psicotrópico** – substância que pode determinar dependência física ou psíquica, relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas.

- **Reação adversa a medicamentos (RAM)** – a OMS define essa reação como “qualquer efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, que aparece após a administração de um medicamento em doses normalmente utilizadas no homem para a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de uma enfermidade”. Não mais se recomenda a expressão “efeitos colaterais”, mas sim RAM.

- **Receita** – prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de preparação magistral ou de produto industrializado – Portaria 344/1998/SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde). Capítulo I – Das Definições.

- **Substância** – qualquer agente químico que afeta o protoplasma vivo.

- **Substância proscrita** – substância cujo uso está proibido no Brasil.

4. Etapas para uma terapêutica efetiva

A Organização Mundial da Saúde, por meio do Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais (Guia para a Boa Prescrição Médica), propõe seis etapas básicas para o alcance de uma terapêutica efetiva:

- Definição do problema;
- Especificação dos objetivos terapêuticos;
- Seleção do tratamento mais eficaz e seguro para um paciente específico;
- Prescrição, incluindo medidas medicamentosas e não medicamentosas;
- Informação sobre a terapêutica para o paciente;
- Monitoramento do tratamento proposto.

5. Dados da prescrição médica

a) Essenciais

- **Cabeçalho** – impresso, inclui nome e endereço do profissional ou da instituição onde trabalha (clínica ou hospital), registro profissional e número de cadastro de pessoa física ou jurídica; pode ainda conter a especialidade do profissional, desde que registrada em um CRM.

- **Superinscrição** – constituída por nome e endereço do paciente, idade, quando pertinente, sem a obrigatoriedade do símbolo , que significa “receba”; por vezes, este último é omitido e no seu lugar se escreve “uso interno” ou “uso externo”, correspondente ao emprego de medicamentos por vias enterais ou par-enterais, respectivamente.

- **Inscrição** – compreende o nome do fármaco, a forma farmacêutica e sua concentração.

- **Subinscrição** – designa a quantidade total a ser fornecida; para fármacos de uso controlado, esta quantidade deve ser expressa em algarismos arábicos, escritos por extenso, entre parênteses.

- **Adscrição** – é composta pelas orientações do profissional para o paciente.

- **Data, assinatura e número de inscrição** no respectivo conselho de Medicina, Medicina Veterinária ou Odontologia.

b) Facultativos

Peso, altura e dosagens específicas. O verso do receituário pode ser utilizado tanto para dar continuidade à prescrição como para registrar as orientações de repouso, dietas, possíveis reações adversas ou outras informações referentes ao tratamento.

- **Sobre o R_x**

○ “R” cortado é um símbolo usado por alguns médicos no início de sua prescrição. Existem várias teorias sobre sua origem; em comum, um pedido de proteção para a prescrição. Não há obrigatoriedade de seu uso na receita médica.

- **Sobre o ®**

○ símbolo indica o nome comercial do produto, e não o seu princípio ativo.

Exemplos de prescrição médica simples (receita simples)

Anverso da receita

Dr. Hipócrates da Grécia
Av. Epitácio Pessoa, 453, Centro
João Pessoa, Paraíba
Telefone: (83) 3224 0978
CRM PB 0000

Sra. Maria Fulana da Silva
Rua João Lagoa da Silva, 325
João Pessoa, Paraíba

Ciprofloxacino 500mg _____ 14 comprimidos

Tomar 1(um) comprimido, por via oral, a cada 12 (doze) horas, por 7 (sete) dias.

João Pessoa, 21 de março de 2011

Assinatura do profissional

(número de inscrição no respectivo conselho de Medicina, Medicina Veterinária ou Odontologia)

Verso da receita

Sra. Maria Fulana da Silva
Rua João Lagoa da Silva, 325
João Pessoa, Paraíba

Recomendações:

Não esquecer de tomar os medicamentos na hora certa.

Não interromper o tratamento, mesmo havendo desaparecimento dos sintomas.

Retornar no dia seguinte ao término do tratamento com o antibiótico.

Assinatura do profissional

(número de inscrição no respectivo conselho de Medicina, Medicina Veterinária ou Odontologia)

6. Modelos de receita médica

No Brasil, a prescrição de drogas é normatizada pelas leis federais 5.991/73 e 9.787/99 e pela Resolução 357/01 do Conselho Federal de Farmácia. Destaque-se que a receita deve ser escrita à tinta, em letra de forma, clara e por extenso.

- **Receita simples** – utilizada para a prescrição de medicamentos anódinos e medicamentos de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica” – segue as regras descritas na Lei 5.991/73.

- **Receita de controle especial** – utilizada para a prescrição de medicamentos de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica – só pode ser vendido com retenção da receita”, como substâncias sujeitas a controle especial, retinóicas de uso tópico, imunossupressoras e antirretrovirais, anabolizantes, antidepressivos etc. – listas “C”.

- **Receita azul ou receita B** – é um impresso, padronizado na cor azul, utilizado para a prescrição de medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas – listas “B1” e “B2” e suas atualizações constantes na Portaria 344/98.

- **Receita amarela ou receita A** – é um impresso, padronizado na cor amarela, utilizado para a prescrição dos medicamentos das listas “A1”, “A2” (entorpecentes) e “A3” (psicotrópicos). Somente pode conter um produto farmacêutico.

- **Notificação de receita especial de retinóides** – lista “C2” (retinóides de uso sistêmico); validade de 30 dias, apenas na unidade federada que concedeu a numeração; 5 ampolas. Para as demais formas farmacêuticas, a quantidade necessária para o tratamento é correspondente, no máximo, a 30 dias a partir de sua emissão.

- **Notificação de receita especial para talidomida** – lista “C3”; tratamento para 30 dias; validade de 15 dias.

- **Substâncias antirretrovirais** – lista “C4”. Formulário próprio estabelecido pelo Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids/MS.

- **Anabolizantes** – a prescrição de anabolizantes, de acordo com a Lei 9.965, de 27 de abril de 2000, deve conter o código da Classificação Internacional de Doenças (CID) e o CPF do médico emissor, conforme reproduzido a seguir:

Art. 1º - A dispensação ou a venda de medicamentos do grupo terapêutico dos esteróides ou peptídeos anabolizantes para uso humano estarão restritas à apresentação e retenção, pela farmácia ou drogaria, da cópia carbonada de

receita emitida por médico ou dentista devidamente registrados nos respectivos conselhos profissionais.

Parágrafo único. A receita de que trata este artigo deverá conter a identificação do profissional, o número de registro no respectivo conselho profissional (CRM ou CRO), o número do Cadastro da Pessoa Física (CPF), o endereço e telefone profissionais, além do nome, do endereço do paciente e do número do Código Internacional de Doenças (CID) (...).

Esta norma buscou detalhar de modo mais específico a comercialização de anabolizantes descrita anteriormente na Portaria SVS/MS 344/98.

• **Antimicrobianos** – a RDC 44/2010, da Anvisa, regulamenta a prescrição de 93 antimicrobianos. As receitas terão validade de dez dias a partir de sua emissão e deverão ser prescritas em formulários (receita de controle especial ou comum, em duas vias) que contenham, pelo menos, as seguintes informações:

- nome, telefone, endereço completo do médico emissor e número do CRM;

- nome e endereço completo do paciente; - prescrição do medicamento conforme as normas vigentes. Data de emissão, assinatura e marcação gráfica (carimbo).

Com vistas a suprir uma lacuna nesta RDC, que deixava dúvidas sobre o tipo de receituário a ser utilizado na prescrição de antimicrobianos, a Anvisa editou, em 5 de maio de 2011, a RDC 20/2011, que estabelece em seu art. 5º: A prescrição de medicamentos antimicrobianos deverá ser realizada em receituário privativo do prescritor ou do estabelecimento de saúde, não havendo, portanto, modelo de receita específico.

• **Receita renovável** – é um modelo criado para a comodidade dos utentes, sendo particularmente útil para os doentes crônicos. Intenciona evitar que o paciente tenha que se deslocar com frequência aos centros de saúde e hospitais para a obtenção exclusiva de receitas. Deve ser utilizada de acordo com requisitos.

• **Preenchimento de receita sob notificação** – os receituários devem seguir exatamente o descrito nos artigos 36 e 55 da Portaria SVS/MS 344/98 e seus anexos: anexo IX (modelo de talonário oficial “A”, para as listas “A1”, “A2” e “A3”), anexo X (modelo de talonário “B”, para as listas “B1” e “B2”), anexo XI (modelo de talonário “B”, uso veterinário, para as listas “B1” e “B2”), anexo XII (modelo para os retinoides de uso sistêmico, lista “C2”), anexo XIII (modelo para a talidomida, lista “C3”) e anexo XVII (modelo de receita de controle especial para as listas “C1” e “C5”).

A notificação de receita deverá estar preenchida de forma legível, com a quantidade expressa em algarismos arábicos, por extenso, sem emenda ou rasura. Deve conter apenas uma substância e ficará retida pela farmácia ou drogaria no momento da compra do medicamento.

As gráficas responsáveis por sua impressão devem ser do estado da Federação onde atua o médico, devidamente registradas na Agência Estadual de Vigilância Sanitária (Agevisa) local.

Alerta: não esquecer de, ao entregar a notificação de receita tipo A ou B, fornecer a receita comum correspondente aos medicamentos controlados prescritos. De acordo com o parágrafo 5º do art. 35 da Portaria MS/SVS 344/98, a notificação de receita será retida pela farmácia ou drogaria e a receita devolvida ao paciente, devidamente carimbada, como comprovante do aviamento ou da dispensação.

Modelos de notificação de receita

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	DADOS IMPRESSOS PELA GRÁFICA Nome do Profissional, CR /AL e endereço; Nome da Instituição ou SMS, CNPJ e endereço.		10	
AL	0.001.08				
de _____ de _____		Paciente: _____		Quantidade e Forma Farmacêutica	
		Endereço: _____		9	
Assinatura do Emitente		4		Dose por Unidade Posológica	
				8	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		Posologia	
				7	
Nome: _____		Nome do Vendedor		Data	
Endereço: _____		Identidade No.		Órgão Emissor:	
Telefone: _____		6		5	
Identidade No. _____		Nome do Vendedor		Data	
Dados da Gráfica: nome - endereço completo - CGC		Numeração desta impressão: de		0.001.08 a 0.500.08	

1 - UF/Estado e numeração concedida pela Divisa/ Agevisa (impressão pela gráfica)

2 - Assinatura do prescritor e carimbo, quando não constar CR /AL no campo "identificação do emitente"

3 - Dados do comprador preenchidos na farmácia/ drogaria

4 - Preenchimento do prescritor (dados do paciente)

5 - Numeração de impressão concedida pela Divisa/ Agevisa (impressão pela gráfica)

6 - Preenchimento p/ farmácia/drogaria

7 - Dose diária (ex.: 1 comprimido, 12/12h)

8 - Dose por unidade (ex.: compr. 10mg)

9 - Quantidade e forma farmacêutica (ex.: 3 (três) cx/comprimidos).

10 - Nome do medicamento ou substância conforme DCP (ex.: Diazepam).

As receitas devem estar, sempre, com todos os campos imprescindíveis devidamente preenchidos pelo prescritor, para que o paciente possa adquirir o medicamento ou a fórmula magistral.

Notificação de receita tipo "B" – cor azul, para medicamentos relacionados na lista "B1" (psicotrópicos). Validade após prescrição: 30 dias, somente no estado emissor. Quantidade máxima/receita: 60 dias de tratamento. Limitada a 5 ampolas para medicamento injetável.

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA UF <input type="text"/> NÚMERO <input type="text"/> B	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Paciente: _____ Endereço: _____ Assinatura do Emissor _____	Medicamento ou Substância _____
		Quantidade e Forma Farmacêutica _____
		Dose por Unidade Posológica _____
		Posologia _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____	CARIMBO DO FORNECEDOR Nome do Vendedor _____ / / _____ Data	
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		Numeração desta Impressão de _____ até _____

Notificação de receita tipo "B2" – cor azul, para medicamentos relacionados na lista "B2" (psicotrópicos anorexígenos). Validade após prescrição: 30 dias, somente no estado emissor. Quantidade máxima/receita: 30 dias de tratamento.

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA UF <input type="text"/> NÚMERO <input type="text"/> B2	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Paciente: _____ Endereço: _____ Assinatura do Emissor _____	Medicamento ou Substância _____
		Quantidade e Forma Farmacêutica _____
		Dose por Unidade Posológica _____
		Posologia _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____	CARIMBO DO FORNECEDOR Nome do Vendedor _____ / / _____ Data	
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		Numeração desta Impressão de _____ até _____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____

CRM _____ UF _____ No. _____

Endereço Completo e Telefone _____

Cidade: _____ UF: _____

1a. VIA FARMÁCIA

2a. VIA PACIENTE

ASSINATURA DO MÉDICO, DATA E CARIMBO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _/ _/ _
DATA

Receita renovável

Receita Médica Nº:  000000001881		Local de prescrição Vinheta do local	 Ministério da Saúde																					
UTENTE Utente: _____ Telefone: _____ Entidade responsável: _____ Nº. de beneficiário: _____		Dr. _____ Especialidade _____ Contato telefônico _____																						
R_x	Designação do medicamento, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem	Nº	Extenso	Identificação óptica																				
1	Posologia																							
2	Posologia																							
3	Posologia																							
4	Posologia																							
Assinatura do médico prescriptor _____ Data ____/____/____ Validade: 10 DIAS ÚTEIS Modelo no. 1806 (exclusivo da NCM 5 A) C		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Assinatura do médico prescriptor _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Assinatura do médico prescriptor _____</td> </tr> </table>			1	2	3	4	Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico	Assinatura do médico prescriptor _____					1	2	3	4	Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico	Assinatura do médico prescriptor _____				
1	2	3	4	Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico																				
Assinatura do médico prescriptor _____																								
1	2	3	4	Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico																				
Assinatura do médico prescriptor _____																								

Termo de conhecimento de risco e de consentimento

TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO E DE CONSENTIMENTO
PÓS-INFORMAÇÃO PARA HOMENS OU MULHERES MAIORES QUE
55 ANOS DE IDADE (a ser preenchido e assinado pelo médico e pelo
paciente maior de 21 anos de idade ou pelo responsável quando o
paciente tiver idade inferior a 21 anos)



GRAVIDEZ PROIBIDA!
Risco de graves defeitos
na face, nas orelhas, no
coração e no sistema
nervoso do feto

Eu, Dr. _____
registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____, sob o número _____,
sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do paciente _____,
do sexo masculino feminino, com idade de _____ anos completos, residente na
rua _____ cidade _____ estado _____
e telefone para contato _____, para quem estou indicando o produto:

Isotretinoína

Tretinoína

Acitretina

com diagnóstico de _____

Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:

informei ao paciente que este produto pode causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez. Portanto, somente pode ser utilizado por ele(a). Não pode ser passado a nenhuma outra pessoa.

A ser preenchido pelo paciente

Eu, _____, Carteira de identidade
número _____ Órgão Expedidor _____, residente na
rua _____, Cidade _____,
Estado _____, e telefone para contato _____, recebi pessoalmente as
informações sobre o tratamento que vou receber e declaro que entendi as orientações
prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura _____

Nome e Assinatura do responsável caso o paciente seja menor de 21 anos:

Nome: _____

Assinatura: _____

R.G. do Responsável _____

Data e Assinatura do Médico _____ CRM _____

(3 vias) 1ª. Paciente / 2ª. Médico / 3ª. Farmácia (a ser repassada ao fabricante)

Prescrição dos inibidores de apetite anfepramona, femproporex e mazindol

Em 6 de outubro de 2011 a Anvisa editou a RDC 52/2011, que proíbe o uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, seus sais e isômeros, e estabelece normas mais rigorosas para a prescrição da sibutramina, quais sejam:

- limitação da dose diária em 15 miligramas;
- obrigatoriedade de os prescritores, fabricantes e farmácias notificarem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária sobre casos de reações adversas ao uso da sibutramina;
- justificativa do prescritor para o aviamento de fórmulas magistrais da sibutramina;
- assinatura de termo de responsabilidade do médico prescritor, conforme modelo anexado à RDC 52/2011, em três vias.

Ressalte-se que o paciente também deverá assinar o termo, comprovando o repasse das informações.

Quadro comparativo das listas de substâncias

A1 – Substâncias entorpecentes

A2 - Substâncias entorpecentes

A3 – Substâncias psicotrópicas

B1 - Substâncias psicotrópicas

B2 – Substâncias psicotrópicas anorexígenas

C1 – Substâncias sujeitas a controle especial

C2 – Substâncias refinoicas

C3 – Substâncias imunossupressoras

C4 – Substâncias antirretrovirais

C5 – Substâncias anabolizantes

D1 – Substâncias precursoras de entorpecentes e psicotrópicas

Listas	Cor da notificação/receita	Receita controle especial ou comum	Quantidade de comprimidos	Quantidade de ampolas	Validade da notificação/receita
A1	amarela	-	p/ 30 dias	5	30 dias
A2	amarela	-	p/ 30 dias	5	30 dias
A3	amarela	-	p/ 30 dias	5	30 dias
B1	azul	-	p/ 60 dias	5	30 dias
B2	azul	-	p/ 30 dias	5	30 dias
C1	-	sim	p/ 60 dias	5	30 dias
C2	branca	s/retenção	p/ 30 dias	5	30 dias
C3	branca	-	p/ 30 dias	-	15 dias
C4	-	sim	-	-	30 dias
C5	-	sim	p/ 60 dias	5	30 dias
D1	-	s/retenção	-	-	-

Tipo de notificação. Listas. Abrangência territorial. Quantidade e limite. Quadro demonstrativo

Tipo de notificação	Notificação de receita "A"	Notificação de receita "B"	Notificação de receita para retinoides
Medicamentos	Entorpecentes	Psicotrópicas	Retinoides sistêmicos
Listas	A1, A2 e A3	B1	C2
Abrangência	Em todo o território nacional	Na unidade federativa onde for concedida a numeração	
Cor da notificação	Amarela (oficial)	Azul	Branca
Quantidade máxima por receita	5 ampolas	5 ampolas	5 ampolas
Quantidade por período de tratamento	30 dias (para prazo superior, faz-se necessário justificativa apenas à receita)	60 dias	30 dias
Quem imprime o talão da notificação	Autoridade sanitária	O profissional ou o estabelecimento de saúde retira a numeração junto à autoridade sanitária e escolhe a gráfica para imprimir o talão às suas expensas	

Receita de controle especial e comum				
Medicamentos	Controle especial	Anabolizantes	Antirretrovirais	Adendos das listas
Listas	C1	C5	C4	A1, A2, B1
Abrangência	Em todo o território nacional			
Cor	A critério	A critério	A critério	A critério
Quantidade máxima por receita	5 ampolas 3 medicamentos	5 ampolas 3 medicamentos	5 ampolas 5 medicamentos	3 medicamentos
Período de tratamento	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
Quem imprime o talão da notificação	Autoridade sanitária	O profissional ou o estabelecimento de saúde retira a numeração junto à autoridade sanitária e escolhe a gráfica para imprimir o talão às suas expensas		

7. A receita e a letra de médico / o carimbo

- **Letra de médico – Código de Ética Médica (CEM)**

É vedado ao médico:

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

- **Rasuras na receita médica – Lei 5.991/73. Capítulo VI. Do Receituário**

Art. 43. O registro do receituário e dos medicamentos sob regime de controle sanitário especial não poderá conter rasuras, emendas ou irregularidades que possam prejudicar a verificação da sua autenticidade.

Os demais receituários também não devem conter rasuras. Se presentes, deverão ser justificadas em observações escritas e assinadas pelo profissional no mesmo receituário.

- **Uso do carimbo na receita médica**

A alínea “c” do art. 35 da Lei 5.991/73 determina que somente será aviada a receita que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, e o número de inscrição no respectivo Conselho profissional.

Como se vê, não há exigência legal do carimbo do médico em receitas, mas sim da assinatura com identificação clara e respectivo CRM, sendo, pois, opcional a utilização do mesmo. Sua finalidade é otimizar o trabalho médico. Alerta-se, contudo, que as notificações de receitas de medicamentos controlados deverão ser carimbadas.

- **O que pode/deve constar do carimbo**

Depende de sua finalidade. O mínimo, para uso de documentos médicos, é o número de inscrição do médico e a sigla do estado da Federação. Mas nada impede que outras informações sejam adicionadas, tais como matrícula do Siape (Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos), cargo, número de inscrição em cooperativa médica e especialidade médica, se registrada no CRM – caso contrário, infringe o CEM e o Código do Consumidor.

Logicamente, um carimbo com a matrícula do Siape só poderá ser utilizado em documentos médicos de pacientes atendidos no serviço público no qual o médico trabalhe. Idêntico raciocínio aplica-se para o carimbo da Unimed. Uma informação que merece alerta é o registro do CPF no carimbo, notadamente com o aperfeiçoamento do crime organizado e o conseqüente uso indevido. O mais

seguro e recomendável é não difundir o seu uso ou colocá-lo em carimbo específico para quando essa informação for obrigatória (exemplo: emissão de recibo médico para fins de apresentação à Receita Federal).

- **Carimbo ilegível**

Em interpretação extensiva, um carimbo desgastado, no qual o nome completo do profissional médico e/ou o seu número de inscrição no CRM não estão bem identificáveis, equivale à letra ilegível e, assim, corresponde a infração ao art. 11 do CEM.

- **Guarda do carimbo**

O médico não deve deixar seu carimbo na instituição de saúde ou outro local, para evitar o desvio de sua finalidade ou facilitar validação indevida de atos profissionais não cometidos pelo mesmo.

- **O que não deve constar do carimbo**

Informações discriminatórias ou convicções pessoais do médico, tais como: “médico formado na universidade pública X” ou “Deus seja louvado” (pois vivemos em um país laico e existem pacientes ateus). A receita não pode ser usada para influenciar convicções – ou a ausência delas – religiosas dos pacientes.

- **Receitas médicas padronizadas em carimbos**

Outra utilização do carimbo é a padronização de receitas médicas, ou seja, contendo informações como o nome do medicamento, a dose etc. Por um lado, traz maior clareza e rapidez na emissão; por outro, não pode apresentar rasuras ou alterações em letras manuscritas, para não gerar confusão. Só pode ser aplicado nos casos de medicações de uso contínuo que obedeçam a protocolos de doenças epidêmicas, como os programas de tuberculose e hanseníase.

- **Notificação de receitas para pacientes internados ou semi-internados**

De acordo com o art. 35 § 6º da Portaria MS/SVS 344/98, a notificação de receita não será exigida para pacientes internados nos estabelecimentos hospitalares, médico ou veterinário, oficiais ou particulares; porém, a dispensação se fará mediante receita ou outro documento equivalente (prescrição diária de medicamento), subscrita em papel privativo do estabelecimento.

- **Associação de substâncias anorexígenas a outros medicamentos**

O art. 47 da Portaria MS/SVS 344/98 proíbe a prescrição e o aviamento de fórmulas contendo associação medicamentosa das substâncias anorexígenas (constantes das listas do Regulamento Técnico e de suas atualizações), quando associadas entre si ou com ansiolíticos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais e laxantes, bem como quaisquer outras substâncias com ação medicamentosa.

8. Substituição de medicamentos

- **Alteração da prescrição ou do tratamento médico**

Ao receitar, o médico pode prescrever medicamento de referência ou autorizar sua substituição por um genérico ou outro.

Se entender que o medicamento de referência é insubstituível, deverá agregar à receita uma frase com os dizeres: 'Não autorizo a substituição'. Não existe disposição legal de que sejam exatamente esses os dizeres empregados, importa apenas que externar sua vontade em não permitir a substituição do medicamento de referência por um genérico ou outro. Não se expressando, estará autorizando a substituição. Ocorrendo dúvidas sobre a substituição de medicamentos, é recomendável a comunicação com o prescritor.

Por sua vez, o art. 52 do CEM veda ao médico *desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.*

- **Transcrição de receita médica** – o art. 2º do CEM veda ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica. Casos especiais são os dos profissionais portadores de deficiência física que os impeçam de desempenhar a tarefa de prescrição.

- **Troca de receita médica** – implica infração ao art. 37 do CEM, que assinala ser vedado ao médico *prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.*

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Conclui-se que prescrever medicamentos ou solicitar exames caracterizam o atendimento médico, só realizado com a presença do paciente.

9. Adesão do paciente ao tratamento

A transparência da informação, a compreensão da receita médica e o conhecimento da prescrição proporcionam a adesão ao tratamento. É obrigação do prescritor esclarecer todas as dúvidas do paciente, bem como se colocar à disposição para possíveis efeitos adversos.

10. Erros de medicação

O erro de medicação é qualquer evento evitável que possa causar dano ao paciente ou levar a uma utilização inapropriada dos medicamentos. São exemplos: administração de medicamento errado, omissão de dose na prescrição, administração de medicamentos não prescritos, via de administração incorreta, erros de técnica de administração, forma farmacêutica incorreta, horário errado de administração, doses impróprias, preparação/manipulação errada, administração de fármacos deteriorados, dentre outros.

11. Responsabilidade da guarda de medicamentos psicotrópicos e talonários de notificação dos receituários

• **Guarda de medicamentos psicotrópicos** Os medicamentos e substâncias constantes da Portaria MS/SVS 344/98 e suas atualizações deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico.

É facultado aos profissionais, serviços médicos e/ ou ambulatoriais possuir, na maleta de emergência, até 3 ampolas de medicamentos entorpecentes e até 5 ampolas de medicamentos psicotrópicos, para aplicação em caso de emergência, sob sua guarda e responsabilidade.

• **Guarda de talonários de notificação dos receituários**

À semelhança dos medicamentos controlados, os talões de notificação de receita (A, B ou retinoides) utilizados para a prescrição de substâncias sujeitas ao controle da Portaria MS/SVS 344/98 (entorpecentes/ psicotrópicos/controle especial), ou medicamento que as contenham, deverão ser guardados em local fechado à chave ou outro dispositivo que ofereça segurança.

Logo, não devem ficar expostos sobre a mesa de consulta ou em gaveta sem segurança, pois tais atos implicam infração ao art. 21 do CEM.

Não é demais lembrar que o acesso aos talões de notificações ou de receitas deve ser restrito à pessoa de inteira confiança do profissional, sob pena de o médico responder por infração ao art. 78 do CEM.

Em caso de roubo ou extravio, o médico deve registrar um boletim de ocorrência policial (BO) e informar o fato à autoridade sanitária e ao CRM de sua jurisdição; se em serviço público, também comunicar o fato à chefia imediata, municipal, estadual ou federal.

12. Prescrição por telefone

Os artigos 37 e 114 do CEM vedam ao médico, respectivamente, *prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento; Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.*

Portanto, a prescrição por telefone não deve ser realizada, bem como a indicação de tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente – hipótese só admitida em casos de urgência/emergência inadiáveis. Cessado o impedimento, deve-se examinar o paciente e prescrever a medicação, para não incorrer em infração ao art. 37 do CEM. Ressaltese que as prescrições devem sempre conter a data da emissão, para controle de sua validade.

13. Aspectos éticos da prescrição médica

• A guarda do receituário psicotrópico (azul ou branco)

Os formulários de psicotrópicos disponíveis no consultório estão sob a responsabilidade do médico, mesmo nos estabelecimentos públicos. Assim, este deve ter o cuidado de manter fechada a gaveta onde os mesmos estão armazenados, notadamente na sua ausência. Caso não tenha a chave, ao término da jornada de trabalho deve o médico entregá-los a seu superior imediato.

• As amostras grátis no consultório médico

Muitos consultórios médicos, mesmo os públicos, têm medicamentos amostra grátis. Não raro, a finalização da receita é atrelada à entrega imediata da medicação pelo próprio médico.

Adverte-se, entretanto, que esse ato louvável e humanitário, notadamente quando para pacientes de baixo nível econômico, pode trazer sérios problemas o profissional caso o medicamento esteja com prazo de validade vencido ou qualquer outra impropriedade que limite a sua eficácia (acondicionamento inadequado, por exemplo).

Não é demais lembrar que os medicamentos devem ser guardados em locais frescos, arejados, bem ventilados e protegidos da luz e umidade. Nunca em cima de geladeiras, armários de banheiros ou próximos a alimentos.

A sugestão é que os médicos, ao receberem as amostras grátis, as repassem ao setor de farmácia, a quem caberá a guarda e a entrega, cabendo-lhes apenas a confecção da receita.

• **Prazo de validade das receitas e colocação do código da CID e do CPF na receita médica**

A competência para normatizar a elaboração/ preenchimento de uma receita médica compete ao legislador, à Anvisa e aos CRMs. É ilegal, portanto inaceitável, que planos de comercialização de medicamentos determinem ao médico que o prazo de validade da receita seja de 6 dias, ou que cada receita só pode ter um fármaco.

Os incisos VIII, X e XVI e os artigos 20, 21, 32 e 73 do CEM fundamentam a liberdade profissional do médico. A legislação quanto às normas de elaboração de uma receita médica não contempla a aposição do código da CID-10; logo, a sua colocação implica infração ao art. 21.

Ressalte-se que a divulgação da CID-10 é medida excepcional, pois, em tese, representa quebra do sigilo profissional, crime disposto na legislação e no art. 73 do CEM.

Contudo, conforme preconiza o parágrafo único do art. 1º da Lei nº 9.965, de 27 de abril de 2000, é obrigatório o registro da CID da doença e o CPF do médico nas prescrições de anabolizantes. Nestes casos, recomenda-se, embora seja dever legal, que o médico obtenha autorização por escrito do paciente para divulgar o diagnóstico.

• **Transcrição de receita médica**

O art. 37 do CEM é bastante enfático ao proibir a prescrição de tratamentos ou outros procedimentos sem exame direto do paciente (anamnese + exame físico). Em casos excepcionais, por exemplo, de medicações de uso prolongado ou anticonvulsivantes, o médico poderá prescrever como continuidade, ou seja, outro especialista fez uma prescrição anterior.

• **Utilização do verso do formulário da receita médica**

Conforme dito em capítulos anteriores, os principais dados de uma receita médica – nome do paciente, medicamento, data e assinatura do médico prescritor – devem constar do anverso da receita.

E qual a destinação do verso? Ficar em branco? De acordo com a literatura, o verso se destina, entre outras funcionalidades, ao registro de medidas não medicamentosas, tais como orientações higieno-dietéticas, reações adversas dos medicamentos prescritos mais importantes e aprazamento da consulta de retorno (marcação da reconsulta).

Lembramos que a responsabilidade do médico não se encerra com o simples registro: ele deve esclarecer o paciente e perguntar se o mesmo entendeu o recomendado – e só então entregar a receita.

Tal obrigatoriedade está prevista no art. 34 do CEM, que veda ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

- **Autoprescrição**

A premissa é que o ato de prescrição seja precedido de exame clínico e formulação de uma hipótese diagnóstica. As informações obtidas devem ser registradas em prontuário médico.

Há ainda a questão da isenção e imparcialidade, podendo ocorrer apresentação de suspeição de seus atos. Logo, não é recomendável.

- **Prescrição de medicamentos para pacientes de clínica privada em formulários de instituições públicas**

O art. 82 do CEM veda claramente ao médico usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

- **Recusa em não aviar por não ser psiquiatra**

Qualquer médico, não necessariamente psiquiatra, pode aviar receita de psicotrópicos.

- **Prescrição médica sem data**

O médico não deve elaborar a receita sem apor a respectiva data, pois tal omissão constitui infração ao art. 87 do CEM.

A íntegra desta publicação também pode ser encontrada nos sites
www.portalmedico.org.br e
www.crmpb.cfm.br

ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA

CFM*

TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION

Palavras-chave - estimulação magnética transcraniana, superficial, indicações, depressão, alucinação, neurocirurgia, condições técnicas

Key-words - transcranial, magnetic simulation, superficial, indications, depression, hallucination, neurosurgery, technical conditions

Reconhecer a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) superficial como ato médico privativo e cientificamente válido para utilização na prática médica nacional, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas nas esquizofrenias e planejamento de neurocirurgia. A EMT superficial para outras indicações, bem com a EMT profunda, continua sendo um procedimento experimental.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

Considerando a Lei nº 10.216/01, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a necessidade da existência de normas brasileiras para assistência psiquiátrica aos portadores de transtornos mentais, consoantes com os padrões internacionais e que contemplem a realidade assistencial nacional;

Considerando a Resolução CFM nº 1.952/10, na qual o Conselho Federal de Medicina adota as Diretrizes para um Modelo de Assistência em Saúde Mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria;

Considerando a Resolução CFM nº 1.609/00, que estabelece que para serem reconhecidos como válidos e utilizáveis na prática médica nacional os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos deverão ser submetidos à aprovação do Conselho Federal de Medicina, mediante avaliação feita pelas câmaras técnicas e homologada pelo plenário do CFM;

Considerando a aprovação do Parecer CFM nº 37/11, em sessão plenária de 6 de outubro de 2011;

* Conselho Federal de Medicina.

Considerando, finalmente, o decidido em sessão plenária de 22 de março de 2012, resolve:

Art. 1º. Reconhecer a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) superficial como ato médico válido para utilização na prática médica nacional, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas nas esquizofrenias e planejamento de neurocirurgia.

Parágrafo único. Os parâmetros preconizados como seguros para as indicações acima discriminadas são os seguintes:

a) Depressões

Frequência: 10Hz
Intensidade: 110% do limiar motor
Tempo de duração das séries: 5 segundos
Número de séries: 25
Intervalo entre as séries: 25 segundos
Número de dias de tratamento: 20 ou de acordo com avaliação.
Total de pulsos: 25.000
Local de aplicação: córtex dorsolateral pré-frontal esquerdo.

ou

Frequência: 5Hz
Intensidade: 120% do limiar motor
Tempo de duração das séries: 10 segundos
Número de séries: 25
Intervalo entre as séries: 20 segundos
Número de dias de tratamento: 20 ou de acordo com avaliação.
Total de pulsos: 25.000
Local de aplicação: córtex dorsolateral pré-frontal esquerdo.

ou

Frequência: 1Hz
Intensidade: 80% a 100% do limiar motor
Tempo de duração das séries: 20 minutos
Número de séries: 1
Intervalo entre as séries: não se aplica
Número de dias de tratamento: 20 ou de acordo com avaliação.
Total de pulsos: 24.000
Local de aplicação: córtex dorsolateral pré-frontal direito.

b) Alucinações auditivas

Frequência: 1Hz

Intensidade: 80% a 100% do limiar motor

Tempo de duração das séries: 20 minutos

Número de séries: 1

Intervalo entre as séries: não se aplica

Número de dias de tratamento: 10 ou de acordo com avaliação.

Total de pulsos: 12.000

Local de aplicação: córtex temporoparietal esquerdo.

c) Planejamento neucirúrgico

Uso exclusivo em serviços de excelência, universitários ou não, com ampla experiência em EMT acoplada a sistemas específicos de neuronavegação.

Art. 2º. A operação de aparelhos de EMT será realizada exclusivamente por médico.

Art. 3º. O ambiente onde ser realiza a EMT deve ser específico e dispor de condições para oferecer assistência às possíveis complicações, entre elas as convulsões.

§ 1º. Para o atendimento de emergência às possíveis complicações são necessários:

a) Equipamentos de emergência indispensáveis na sala de intercorrências

1. Ponto de oxigênio
2. Oxímetro de pulso
3. Máscara de Venturi
4. Máscara laríngea
5. Cânula nasal, máscara para macronebulização
6. Laringoscópio (cabo e, pelo menos, uma lâmina curva e uma lâmina reta)
- 7 - Mandril
8. Tubo para intubação orotraqueal de diferentes tamanhos
9. Ambu
10. Escalpes, jelicos, seringas e agulhas para administração de medicamentos
11. Esparadrapo
12. Aspirador (portátil)
13. Equipamentos de proteção individual (luvas, óculos etc.)

b) Medicações indispensáveis

1. Analgésicos
2. Diazepam injetável e oral
3. Fenobarbital injetável
4. Hidantal injetável
5. Midazolam injetável
6. Antiarrítmicos
7. Broncodilatadores
8. soro fisiológico a 0,9%
9. Solução de glicose a 25% e 50%

§ 2º. Garantir os meios de transporte e hospitais que disponham de recursos para atender a intercorrências graves que porventura possam acontecer.

Art. 4º. Manter como experimentais:

- I. a Estimulação Magnética Transcraniana superficial para outras indicações;
- II. a Estimulação Magnética Transcraniana profunda.

Art. 5º. Os assentamentos em prontuário devem contemplar a história da doença atual, curva de vida com antecedentes familiares, sociais, ocupacionais e pessoais, exame físico, exame mental, conclusões com o diagnóstico e os fundamentos para a prescrição do procedimento, bem como exames complementares quando solicitados.

O prontuário também deverá trazer, assentados, acidentes, intercorrência e aspectos evolutivos da terapêutica.

Art. 6º. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Roberto Luiz D´Avila
Presidente do Conselho

Henrique Batista e Silva
Secretário-Geral

**Resolução CFM Nº 1986,
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 22 de março de 2012
Publicação em D.O.U.**

FÔRNO DE PASTEUR PASTEUR KILN

Estufa ou instrumento de esterilização por calor ou ar quente à seco

Este raro e antigo modelo de esterilizador foi utilizado desde 1931, quando o Dr. Odin Ferreira do Amaral fundou seu Laboratório de Análises Clínicas, um dos primeiros em Curitiba, localizado na Rua Marechal Deodoro esquina com a Monsenhor Celso.

Hoje, ainda, está em funcionamento, administrado por seu filho, Dr. Ronald Ferreira do Amaral.

O Forno de Pasteur era construído com uma caixa metálica externa e no seu interior continha outra semelhante menor, onde eram depositadas peças como: instrumentos metálicos, em geral tesouras, bisturis, agulhas, pipetas, seringas, roupas, fios etc. Evitava-se contato com as porções laterais, dispondo-se as peças de forma a facilitar a circulação do ar quente esterilizador.

Na parte inferior e embaixo, havia um fogareiro "Primus" à gasolina, como produtor de fogo e de calor para esquentar a caixa interna e, o ar interior. Na caixa interna estavam depositados os instrumentos, revestidas com gase, papel alumínio ou papel embrulho destinados a proteger a qualidade dos cortes dos instrumentos metálicos.

A parte central devia atingir até 180 graus por até 2 horas na dependência do tipo do material, pois o calor a seco tinha baixa penetração nas peças.

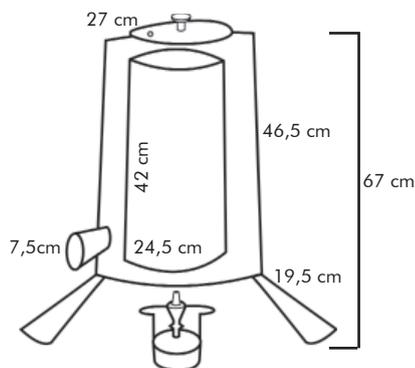
Os recursos do Forno eram bastante pequenos, não dispoendo de nenhum benefício elétrico de controle na época, afora um termômetro isolado colocado na tampa.

Doação: Dr. Ronald Ferreira do Amaral.

Medidas: vide figura - **Data:** 1931 - **Material do Forno:** Latão

Palavras-chave - Museu de medicina, História da medicina, Forno de Pasteur, esterilizador, calor, seco

Key-words - Museum of medicine, history of medicine, Pasteur Kiln, sterilization, warmth, dry



* Diretor do "Museu de História da Medicina" da Associação Médica do Paraná.

Prof. Adjunto de Neurologia (apos.) do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Para doações e correspondência: Secretaria: Fone 041. 3024-1415 • Fax - 041 3242-4593

• E-mail: amp@amp.org.br • Rua Cândido Xavier nº 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu em nosso site www.amp.org.br

1 - Depto. de Fiscalização do Exercício Profissional (DEFEP)

Cons. Donizetti Dimmer Giamberardino Filho
E-mail: defep@crmpr.org.br

2 - Depto. de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME)

Cons.ª Keti Stylianos Patsis (coordenadora), Mario Teruo Sato e Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
E-mail: codame@crmpr.org.br

3 - Comissão de Qualificação Profissional

Cons. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador), Joachim Graf e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
E-mail: cqp@crmpr.org.br

4 - Comissão de Tomada de Contas

Conselheiros Maurício Marcondes Ribas (coordenador), Clóvis Marcelo Corso e Gustavo Justo Schulz
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

5 - Comissão de Licitação

Adv. Afonso Proença Branco Filho e funcionários Bruno Roberto Michna e Maria Armanda de Souza
E-mail: protocolo@crmpr.org.br

6 - Comissão de Ensino Médico

Cons. Joachim Graf e Hélio Bertolozzi Soares
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

7 - Comissão de Saúde do Médico

Cons. Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa (coordenador), Roseni Teresinha Florencio, Wilmar Mendonça Guimarães e Romeu Bertel
E-mail: saudedomedicor@crmpr.org.br

8 - Comissão de Comunicação

Conselheiros Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador), Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Gerson Zafalon Martins, Hélio Bertolozzi Soares, Luiz Sallim Emed e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Dr. João Manuel Cardoso Martins e jornalista Hernani Vieira.
E-mail: imprensa@crmpr.org.br

9 - Comissão Parlamentar

Conselheiros Luiz Sallim Emed (coordenador), Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

10 - Comissão de Patrimônio

Conselheiros Monica De Biase Wright Kastrop, Ewalda Von Rosen Seeling Stahle, Darley Rugeri Wollmann Júnior e funcion. Maria Armanda de Souza.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos

Conselheiros Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Hélio Bertolozzi Soares, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Sérgio Maciel Molteni.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico

Cons. Sérgio Maciel Molteni (coordenador), Alexandre Gustavo Bley, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Luiz Sallim Emed e Roseni Teresinha Florencio.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

13 - Comissão de Cooperativismo Médico

Cons. José Clemente Linhares (coordenador), Sérgio Maciel Molteni, Gustavo Justo Schultz e Roberto Issamu Yosida.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

Delegacia do CRMPR em Apucarana

Dr. Adalberto Rocha Lobo
Dr. Angelo Yassushi Hayashi
Dr. Artur Palu Neto
Dr. Hélio Kiyoshi Hossaka
Dr. Jaime de Barros Silva Júnior
Dr. Leonardo Marchi
Dr. Pedro Elias Batista Gonçalves
Dr. Pieker Fernando Migliorini

Delegacia do CRMPR em Campo Mourão

Dr. Antônio Carlos Cardoso
Dr. Carlos Roberto Henrique
Dr. Dairton Luiz Legnani
Dr. Fábio Sinigalli Romanelo Campos
Dr. Fernando Duglosz
Dr. Homero César Cordeiro
Dr. Manuel da Conceição Gameiro
Dr. Marcos Antônio Corpa
Dr. Rodrigo Seiga Romildo
Dr. Romildo Joaquim Souza

Delegacia do CRMPR em Cascavel

Dr. Amauri Cesar Jorge
Dr. André Pinto Montenegro
Dr. Cláudio Jundi Kimura
Dr. Hi Kyung Ann
Dr. Keith de Jesus Fontes
Dr. Miguel José Elvira
Dr. Paulo César Militão da Silva
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka

Delegacia do CRMPR em Foz do Iguaçu

Dr. Alexandre Antônio de Camargo
Dr.ª Francine Sberni
Dr. Isidoro Antônio Villamayor Alvarez
Dr.ª Jacilene de Souza Costa
Dr. José Fernando Ferreira Alves
Dr. Luiz Henrique Zaions
Dr. Marco Aurélio Farinazzo
Dr. Michel Cotait Júnior
Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira
Dr. Tomas Edson Andrade da Cunha

Delegacia do CRMPR em Guarapuava

Dr. Angelo Henrique França
Dr. Antônio Marcos Cabrera Garcia

Dr. Arnaldo Tomiô Aoki
Dr. Cicero Antônio Vicentin
Dr. Francisco José Fernandes Alves
Dr. Frederico Eduardo Warpechowski Virmond
Dr. Jean Boutros Sater
Dr. Lineu Domingos Carleto Júnior
Dr. Marcos Hernandes Tenório Gomes
Dr.ª Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

Delegacia do CRMPR em Londrina

Dr. Álvaro Luiz de Oliveira
Dr.ª Alessandra Luiz Spironelli
Dr. Bruno Scardazzi Pozzi
Dr. Ivan José Blume de Lima Domingues
Dr. Jan Walter Stegamann
Dr. João Henrique Steffen Júnior
Dr. Mário Machado Júnior
Dr. Naja Nabut
Dr.ª Rosana Hashimoto

Delegacia do CRMPR em Maringá

Dr.ª Adriana Domingues Valadares
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi
Dr. Luiz Alberto Mello e Costa
Dr. Márcio de Carvalho
Dr. Marcos Victor Ferreira
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Raul Bendim Filho
Dr. Ruzzi Nakamichi
Dr. Vicente Massaji Kira

Delegacia do CRMPR em Paranavá

Dr. Attilio Antônio Mendonça Accorsi
Dr. Cleonir Mortiz Rakoski
Dr. Dorival Rico
Dr.ª Hortensia Pereira Vicente Neves
Dr. Jorge Luiz Pelisson
Dr. José Eloy Mendes Tramontin
Dr.ª Leila Maia
Dr. Luís Francisco Costa
Dr. Luiz Carlos Cerveira
Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva

Delegacia do CRMPR em Pato Branco

Dr. Ayrton Martin Maciozek
Dr. Celito José Ceni
Dr. Geraldo Sulzbach
Dr. Gilberto José Lago de Almeida
Dr. Gilmar Juliani Biscaia
Dr. Ildefonso Amoedo Canto Júnior
Dr. José Renato Pederiva
Dr.ª Vanessa Bassetti Prochmann

Delegacia do CRMPR em Ponta Grossa

Dr.ª Ana Paula Ditzel
Dr. Carlos Alexandre Fernandes
Dr. Marcelo Jacomel
Dr. Meiersson Reque
Dr. Northon Arruda Hilgemberg
Dr. Plácido da Trindade Machado
Dr. Rubens Adao da Silva

Delegacia de Fronteira do CRMPR em Sto. Ant. da Platina

Dr. Ari Orlandi
Dr. Celso Aparecido Gomes de Oliveira
Dr. Carlos Maria Luna Pastore
Dr.ª Elizabeth Candido da Lozzo
Dr. José Mário Lemes
Dr. Jorge Cendon Garrido
Dr. Sérgio Bachtold
Dr.ª Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves

Delegacia do CRMPR em Toledo

Dr. Eduardo Gomes
Dr.ª Ely Brondi de Carvalho
Dr. Fábio Scarpa e Silva
Dr. Ivan Garcia
Dr. José Afônio Davidoff Júnior
Dr. José Carlos Bossa
Dr. José Maria Barreira Neto
Dr. Roberto Simeão Roncato
Dr. Sérgio Kazuo Akiyoshi
Dr. Valdir Fae

Delegacia do CRMPR em Umuarama

Dr. Alexandre Thadeu Meyer
Dr. Fernando Elias Mello da Silva
Dr. Francisco Munoz Del Claro
Dr. Guilherme Antônio Schmitt
Dr. Ivan José Cardoso Frey
Dr. Jansen Rodrigues Ferreira
Dr. João Jorge Hellú
Dr. Juscélio de Andrade
Dr. Mauro Acácio Garcia
Dr. Osvaldo Martins de Queiroz Filho

Delegacia de Divisas em Rio Negro/Mafra-SC

Dr. Francisco Mário Zaccola
Dr. Jacy Gomes
Dr. Jonas de Mello Filho
Dr. Leandro Gastim Leite
Dr. Richard Andrei Marquardt
Dr.ª Rita Sibebe Schiessel Flores

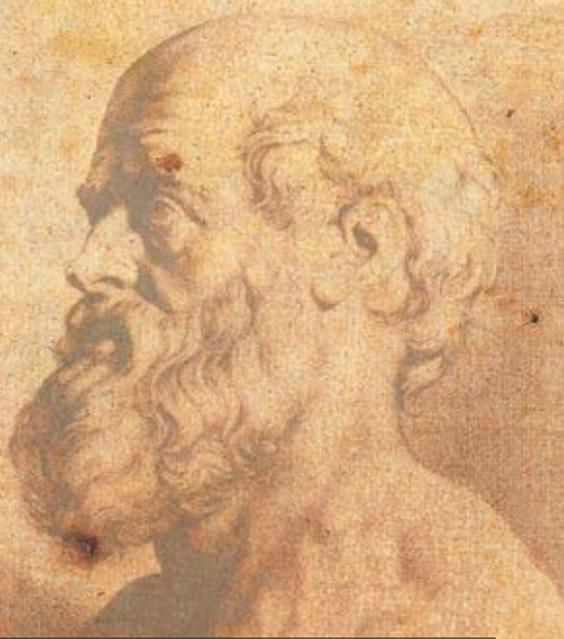
Delegacia de Divisa em União da Vitória/Porto União-SC

Dr. Ayrton Rodrigues Martins
Dr. Renato Hobi
Dr. Cláudio de Melo
Dr. Eduardo Bonilauri Sems

ISSN 2238-2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná



ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO
Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
Curitiba - Paraná - CEP 80810-340

v.29 - n.114 - Abr/Jun - 2012