



Prescrição: o que levar em conta?

Primum non nocere (“Primeiramente não prejudicar”). Hipócrates.

Leandro Queiroz Santi*

Resumo

A prescrição compreende a receita escrita de um plano terapêutico elaborado por profissionais legalmente habilitados, mas que pode se perder quando o paciente ou seus familiares não entende o que foi prescrito. Cabe às universidades formadoras dos profissionais prescritores e aos gestores dos serviços de saúde assumir um papel em educar e acompanhar todas as questões essenciais relacionados à prescrição segura e racional. Na tentativa de sanar essa lacuna na educação dos prescritores alguns manuais, das entidades de classes, abordam as regras para uma boa prescrição, entretanto, na prática profissional não há grande impacto como medida educativa ou corretiva.

Diversos trabalhos científicos apresentam erros ocorridos na assistência à saúde que resultam em eventos adversos evitáveis. Os erros ocorrem durante a prescrição, a administração, a transcrição e a dispensação de medicamentos. Face à preocupação social acerca da segurança do paciente, tema destacado nos últimos anos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, com base nos dados disponíveis na literatura, esse fascículo trata dos principais aspectos legais e práticos para uma boa prescrição.

Introdução

A experiência do paciente no momento do atendimento em um serviço de saúde tem sido fortemente relacionada com adesão ou não ao cuidado proposto pelo profissional de saúde¹. Um dos aspectos de grande relevância envolvido nessa experiência se trata da relação e a da comunicação desenvolvidas entre o médico e o paciente, as quais têm sido apontadas por revisões sistemáticas como fatores de real impacto nos resultados em saúde. De um modo geral, uma boa relação pode contribuir favoravelmente à adesão ao tratamento^{2,3,4}. Por outro lado, Zolnierek e Dimatteo apontaram que falhas ou problemas na relação médico-paciente resultaram em um risco 19% maior de não adesão ao tratamento³.

A relação entre os profissionais de saúde e os pacientes abrange componentes de ordem emocional e informacional. No primeiro caso, estão envolvidos os vínculos relacionados à confiança, empatia, respeito, aceitação, entre outros. Já o componente informativo abarca as questões cognitivas, como coleta e compartilhamento de informações e orientações ao paciente⁴. Com os vínculos emocionais e informacionais bem estabelecidos entre as duas partes ocorrerá maior clareza na explicitação do(s)

problema(s) que levou cada paciente a procurar ajuda nos serviços de saúde, e, conseqüentemente maior, clareza na identificação diagnóstica, na proposta terapêutica e acompanhamento da evolução. Sendo assim, a forma de acesso e de acolhimento dos pacientes nos serviços de saúde são tão importantes para o sucesso no diagnóstico e no tratamento das doenças quanto o conhecimento técnico-científico.

O estresse gerado por dificuldades impostas aos pacientes para conseguirem o acesso nos serviços de saúde, faz com que eles, em muitos casos, expressem suas insatisfações, por meio da agressividade no momento do atendimento. Uma reação similar pode ocorrer com os profissionais de saúde quando estão sob estresse pelas precárias condições de trabalho. Se ocorre a quebra na relação de respeito e confiabilidade entre as partes há dificuldades no diagnóstico correto, bem como na definição de um plano terapêutico, principalmente quando há necessidade de um seguimento no tratamento.

Após estabelecido o vínculo “afetivo” o conhecimento técnico dos profissionais, define outro vínculo, o da confiança (ou credibilidade). Estabelecido os vínculos, a chance de sucesso no diagnóstico e tratamento das doenças dos pacientes aumentam consideravelmente. Ocorrerá maior clareza na explicitação do(s) problema(s)

* Leandro Queiroz Santi é médico pela UFMG, mestre em Saúde Pública pela UFBA e atua como médico no Programa de Saúde da Família e Comunidade do Distrito Federal. Currículo completo disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/6528553169644613>>.

que levou cada paciente a procurar ajuda nos serviços de saúde, e conseqüentemente maior clareza na identificação diagnóstica, na proposta terapêutica e acompanhamento da evolução da doença.

Sabe-se que boa parte (40%) dos pacientes que procuraram os serviços de saúde na atenção básica não necessita de medicamento algum, por não apresentar evidências objetivas de doenças orgânicas ou psíquicas⁵. Paradoxalmente, 80% dos pacientes que são atendidos na atenção primária à saúde saem das consultas médicas com uma prescrição medicamentosa⁶. Essas informações são cruciais para que uma prescrição seja elaborada de modo a promover o uso racional de medicamentos, tal que a primeira pergunta que o prescritor deve responder no momento de elaborar a prescrição é: esse paciente realmente precisa de medicamento(s)?

Ao prestar atendimento, o objetivo principal do profissional da saúde é o de atingir o melhor resultado para o paciente que, na melhor das hipóteses, seria a cura da doença. Para se chegar a um resultado final satisfatório, o profissional deve passar por aproximadamente seis etapas básicas, conforme propõe a Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio do Programa de Ação de Medicamentos Essenciais, sendo que três delas são fundamentais⁷:

- Entendimento do problema do paciente para definição do diagnóstico;
- Seleção de um tratamento de eficácia e segurança comprovadas, dentre as várias alternativas existentes ou padronizadas no serviço, levando em consideração a gravidade da patologia, seu prognóstico, as chances de cura ou controle e a qualidade de vida do paciente;
- Elaboração cuidadosa pelo profissional de um plano terapêutico (prescrição) e comunicação de forma clara dessas informações ao paciente ou ao cuidador ou aos profissionais da saúde (enfermeiros, farmacêuticos, outros) no caso de administração da medicação no serviço de saúde ou *homecare*.

Decorrido um tempo, determinado pelas condições clínicas de cada paciente, os resultados do tratamento devem ser avaliados, verificando se os efeitos desejados foram alcançados. Se o problema foi resolvido (houve cura), o tratamento poderá ser interrompido. Se o problema está evoluindo bem (está controlado), o tratamento deve ser mantido até o momento adequado para suspensão. Caso a evolução não esteja conforme o esperado, deve-se reavaliar o diagnóstico e os medicamentos prescritos.

Deve-se entender que uma boa prática na assistência a todos os pacientes é o fornecimento de orientações verbais suficientes e esclarecedoras e, em seguida, o registro das indicações terapêuticas por escrito em uma linguagem

simples. As orientações englobam informações sobre dietas, atividades físicas, ergonômicas, sexuais, uso de álcool e outras drogas, ou seja, orientações sobre como obter e manter a saúde.

Neste contexto, uma receita vai além da definição contida na Portaria nº344/1998/SVS/MS onde “*uma receita compreende a prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado*”⁸. A receita compreende, na verdade, a prescrição escrita de um plano terapêutico, medicamentoso ou não, com objetivo de orientar o paciente ou seu cuidador, após esse se afastar do prescritor (saída do consultório e retorno a sua casa).

A prescrição na Segurança do Paciente

O uso racional de medicamentos é uma das principais medidas de segurança do paciente que são amplamente discutidas no Brasil. Nesta discussão tem destaque as ações voltadas para prevenir e minimizar os erros associados ao uso de medicamentos, e em especial os potencialmente perigosos ou de alta vigilância⁹. O uso de medicamentos, propriamente dito, envolve em torno de 5 etapas, sendo todas passíveis de erros: prescrição, verificação, preparação/dispensação, administração e monitoramento¹⁰. A prescrição representa o primeiro passo desse processo, e abriga grandes desafios, principalmente em relação à seleção da medicação e a representação e transmissão das informações. Estudo aponta que, apesar de todos os cuidados, uma em cada cinco prescrições em idosos está inapropriada. Para esse grupo de pacientes também é importante se considerar a racionalização terapêutica com o objetivo de se evitar o alto risco de eventos adversos pela interação medicamentosa e a possível confusão de horários dos diversos medicamentos¹¹. Gurwitz e colegas indicaram que, aproximadamente, 95% das reações adversas a medicamentos são previsíveis e em torno de 28% são preveníveis¹².

Na pediatria existe um grande desafio para o prescritor devido às variações fisiológicas no desenvolvimento do indivíduo, desde a sua concepção até a maturidade dos órgãos, que influenciam significativamente na eficácia, na segurança e nas ações dos medicamentos. O prescritor deve sempre ter em mente que as crianças não são pequenos adultos e possuem metabolismo e formação corpórea diferenciada e, além disso, geralmente são avessas a formas farmacêuticas e posologias incômodas, apesar de a literatura preconizar que devido aos diferentes estágios do desenvolvimento de uma pessoa, a determinação da dose

deve ser recomendada baseada no peso. A verificação do peso, no momento da prescrição é uma informação que, muitas vezes, é dada pouca importância. Um estudo que avaliou o registro de peso em um serviço de emergência pediátrica, demonstrou que apenas 2% das crianças estavam pesadas, sendo que o peso de todas as demais crianças atendidas foi estimado¹³.

O acesso a informações sobre a terapia em pediatria considerando a idade, peso, patologia, doses, preparação de drogas e contra-indicações deve ser garantida em todos os momentos do cuidado médico. Esses dados podem ser fornecidos eletronicamente, ou sob a forma de tabelas ou folhetos de fácil acesso aos profissionais.

Um sistema informatizado viabiliza, a partir da inserção do peso e idade da criança, a execução de cálculos com as doses necessárias, vias de administração e as frequências, e pode reduzir a taxa de prescrições incompletas, embora, isoladamente não é possível reduzir a taxa de erros de dosagem¹³. A maioria dos estudos farmacocinéticos e farmacodinâmicos proporciona pouca informação sobre a ação da droga em lactentes e crianças, pois os estudos são geralmente realizados em adultos e o uso dos medicamentos na pediatria é desenvolvido inicialmente a partir da extrapolação da experiência terapêutica em adultos. Ao longo das últimas décadas, tem havido um maior reconhecimento da necessidade de realizar estudos especificamente em crianças e adolescentes.

Para melhorar o uso de medicamentos em crianças a OMS criou a Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças (eMLC) que está disponível no site <http://www.who.int/selection_medicines/en/>.

As medidas de segurança no uso de medicamentos devem envolver todas as pessoas que participam desse processo complexo, como os prescritores, dispensadores, administradores dos medicamentos e os pacientes e/ou seus cuidadores. Os principais pontos a serem observados como medidas de segurança são¹⁴:

- Padronização dos processos de trabalho nos serviços de saúde com atribuições de competências e responsabilidades;
- Identificação correta dos pacientes, com nome completo, data de nascimento, leito ou nome da mãe, quando necessário;
- Divulgação entre profissionais das fontes e do acesso às informações sobre os medicamentos. É necessário não confiar apenas na memória visto que, atualmente, existem sistemas informatizados nos programas de prescrição eletrônica que auxiliam com informações sobre a apresentação do medicamento, concentrações, doses para as diversas faixas etárias, efeitos colaterais

e interações medicamentosas. Há também disponíveis aplicativos para celulares ou *tablets* com a mesma finalidade;

- Implantação da dupla checagem (quando dois profissionais fazem a análise da prescrição) para reduzir o risco de erros após a prescrição;
- Utilização de equipamentos ou dispositivos que ajudam a criar barreiras no processo de preparação e administração de medicamento, como exemplo, o equipo de nutrição enteral que não conecta em cateter intravenoso;
- Monitoramento contínuo de todos os processos padronizados nos serviços de saúde para avaliar e identificar os riscos relacionados a eles.

Alcançar a prescrição segura é um desafio muito grande para os cuidados de saúde, e, em função disso, as medidas de segurança para minimizar os erros organizacionais e humanos devem ser implantadas e revisadas continuamente nos serviços de saúde.

Prescrição escrita à mão, impressa ou eletrônica

A proposta terapêutica tem como destino final o paciente. Mas é necessário considerar que a prescrição do plano terapêutico pode ser entregue ao corpo de enfermagem, quando o paciente se encontra hospitalizado ou em observação, ou, a um cuidador no caso de pacientes que não apresentam condições de autocuidado.

Para evitar erros na dispensação e administração dos medicamentos, é importante a explicação do plano terapêutico por parte do prescritor, para o corpo técnico e para o paciente ou seu cuidador. O entendimento de todos os itens elencados na receita contribuirá para o sucesso ou não do tratamento preconizado.

A prescrição pode ser feita a mão, impressa ou virtual. Quando realizada a mão, o custo financeiro é mínimo, mas um dos principais problemas é a incapacidade de entendimento da grafia e a abreviatura de palavras que possibilita erros no uso dos medicamentos. Para prescrição de medicamentos que são prescritos frequentemente, a mesma pode ser digitada no computador e impressa em impressoras ou em gráficas.

Pode-se também utilizar carimbos com dados dos medicamentos, entretanto, prescrições impressas em gráficas e carimbos não são adotadas usualmente, devido ao custo, a logística de fornecimento e manutenção dos carimbos e impressos. Uma vez que esses formulários não suprime a necessidade do cálculo das doses em situações específicas (ex.: insuficiência renal, insuficiência hepática e crianças)

permanece a necessidade e cuidado dos prescritores em individualizar as doses nas prescrições de cada paciente, Embora seja alto o custo para implantação e manutenção, a utilização de sistemas informatizados (estimado em 50 mil dólares por médico em uma clínica ambulatorial e de 100 milhões de dólares em um hospital de ensino) tem demonstrado grande utilidade na redução de erros podendo contribuir para aumentar a qualidade e segurança no uso de medicamentos^{15,16}. A seguir estão algumas vantagens de um sistema informatizado de prescrição eletrônica sobre o sistema de prescrição manual¹⁵:

- Mais legíveis, o que melhora a identificação do paciente e dos medicamentos;
- Podem ser enviadas por meio eletrônico, proporcionando maior rapidez de chegada à farmácia e consequentemente a sua liberação;
- Capacidade de reduzir o risco de confusão entre medicamentos com nomes parecidos;
- Facilidade de integração a sistemas de registros médicos e de suporte à decisão clínica;
- Menor risco de erros causados pelos procedimentos complexos usados em farmácias e identificação mais fácil do prescritor;
- Aptos a serem ligados a sistemas de notificação de reações adversas a medicamentos;
- Capacidade de minimizar erros de especificação, como os zeros complementares ou os sistemas de pesos e medidas;
- Disponibilidade para imediata análise de dados, incluindo relatórios de pós-marketing;
- Os sistemas são disponíveis e apropriados para treinamento e educação;
- Capacidade de gerar importante redução de custos;
- Possibilidade de ligação a algoritmos para enfatizar medicamentos custo-efetivos;
- Minimização de super e subprescrição por meio de alertas;
- Redução nas escolhas de medicamentos incorretos; e
- Possibilidade de utilização de regras de segurança relacionadas ao uso de abreviaturas, siglas, símbolos e expressões de dose perigosas, quando se configura o software de prescrição de modo que a utilização de abreviaturas não seja permitida.

Elaborando a prescrição

Na prescrição devem constar, de forma objetiva, legível e dentro dos padrões definidos pelos órgãos reguladores, todas as orientações sobre o tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso a ser seguido

pelo paciente. A prescrição realizada deve basear-se em conhecimentos sobre a doença e o paciente. Sobre a doença é preciso considerar a certeza do diagnóstico, quais as possíveis evoluções e suas implicações na vida do paciente e as possibilidades terapêuticas disponíveis de acordo com a realidade de cada paciente. Sobre o paciente é necessário entender a sua condição social e familiar e sua rede de apoio; consequentemente seu poder aquisitivo que determinará a escolha do tratamento medicamentoso e do não medicamentoso; a crença religiosa que pode trazer aceitação, conforto e esperanças; a bagagem cultural com práticas terapêuticas tradicionais em relação às doenças e a capacidade cognitiva do paciente e seus familiares que permitirá ou não o entendimento da doença e suas implicações.

No plano terapêutico é necessário que seja considerada a autonomia do paciente e sua capacidade de autocuidado; as possíveis comorbidades e medicamentos em uso com seus efeitos colaterais e interações medicamentosas; a idade precoce ou avançada do paciente pode determinar, por exemplo, a escolha da via, a apresentação da droga e as doses a serem prescritas para cada faixa etária; se a paciente está grávida ou amamentando é necessário avaliar o risco e o benefício de cada medicamento na formação do feto e em seu desenvolvimento e uso de outros medicamentos e suas possíveis interações. Todos esses itens podem agir positiva ou negativamente na adesão e no sucesso do tratamento prescrito.

Os profissionais legalmente habilitados também possuem suas crenças, atitudes, habilidades e comportamentos que podem influenciar nas escolhas dos tratamentos medicamentosos ou não, halopáticos, homeopáticos, fitoterápicos. Neste contexto, a situação política, local ou nacional, determina o acesso a medicamentos e tecnologias diagnósticas e a disponibilidade do tratamento no sistema de saúde público ou privado o que possibilita o acesso ou não ao tratamento prescrito¹⁷.

Uma receita possui um padrão estrutural que facilita o entendimento dos que a utilizarão. O primeiro item da prescrição é a identificação completa do paciente. Se o paciente está internado ou em observação, além do nome completo e por extenso, é necessário acrescentar a data de nascimento e a localização no serviço (leito, poltrona, andar, quarto ou enfermaria) pois evitará um dos erros frequentes nos serviços de saúde que é a troca de medicamentos entre pacientes internados ou em observação.

No caso de medicamentos prescritos para uso domiciliar, de acordo com a RDC nº 44/2009 da Anvisa, os mesmos só podem ser entregues ao paciente após a verificação por um farmacêutico dos seguintes itens obrigatórios¹⁸:

- Legibilidade e ausência de rasuras e emendas;
- Identificação do usuário;
- Identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade;
- Modo de usar ou posologia;
- Duração do tratamento;
- Local e data da emissão; e
- Assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional.

Os medicamentos sujeitos à prescrição somente podem ser dispensados mediante apresentação da respectiva receita. Diferentemente dos chamados medicamentos isentos de prescrição (MIP), regidos pela RDC nº 138/2003 da Anvisa que estabelece a lista de grupos e indicações terapêuticas passíveis de venda sem prescrição¹⁹. Lista que poderá ser atualizada com a publicação da RDC Nº 98 de 1º de agosto de 2016²⁰.

A prescrição é um instrumento legal e um meio de comunicação. Para tal devem ser cumpridas as exigências legais para o efetivo tratamento medicamentoso do paciente²¹. No caso de pacientes que irão receber os medicamentos prescritos no próprio serviço de saúde, a prescrição deve ser realizada em formulários padronizados na instituição, que podem ser em meio físico ou virtual quando são utilizadas as prescrições eletrônicas.

Normas

A prescrição de uma receita (medicamentosa) quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado, é de atribuição de todo e qualquer profissional regularmente habilitado (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, veterinários e odontólogos), observando-se as normas sanitárias vigentes e aquelas que versam sobre o Exercício Profissional.

O médico veterinário pode receitar para animais, sem restrições, medicamentos da linha veterinária ou humana, exceto aqueles previsto na Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, como estabelecido nos artigos Art. 38 e no Art. 54 parágrafo único, onde as prescrições por cirurgiões dentistas e médicos veterinários só poderão ser realizadas quando para uso odontológico e veterinário, respectivamente, sendo para esses profissionais vedada a prescrição de medicamentos antirretrovirais, lista “C4” da referida Portaria^(8,22).

Abaixo estão elencadas as principais normas sanitárias relacionadas à prescrição:

- **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências²³.
- **Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974.** Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos²⁴.
- **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial⁸. Alterada pela RDC nº 79 de 23/05/2016.
- **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos com o propósito precípua de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais²⁵.
- **Portaria SVS/MS nº 40/1998.** Art. 2º – “Consideram-se os medicamentos definidos no artigo anterior, como de “Venda Sem Exigência de Prescrição Médica”²⁶.
- **Decreto nº 3.181, de 23 de setembro de 1999.** Regulamenta a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências²⁷.
- **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências²⁸.
- **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 138, de 29 de maio de 2003.** Todos os medicamentos cujos grupos terapêuticos e indicações terapêuticas estão descritos na Lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE), respeitadas as restrições textuais e de outras normas legais e regulamentares pertinentes, são de venda sem prescrição médica, a exceção daqueles administrados por via parenteral que são de venda sob prescrição médica. Todos os medicamentos cujos grupos terapêuticos e indicações terapêuticas não estão descritos no GITE, são de venda sob prescrição médica. As associações medicamentosas, ou duas ou mais apresentações em uma mesma embalagem para uso concomitante ou sequencial, cujo grupo terapêutico e indicação terapêutica de pelo menos um de seus princípios ativos não se encontrar especificada no GITE, são de venda sob prescrição médica¹⁹.
- **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009.** Dispõe sobre Boas

Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências¹⁸. Alterada pela RDC nº 41 de 26/07/2012²⁹.

- **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 20, de 5 de maio de 2011.** Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação³⁰. Alterada pela RDC nº 68 de 28/11/2014³¹.
- **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)³².

Na sequência estão listadas as principais normas relacionadas ao exercício profissional na área da saúde:

Na área da medicina:

- **Resolução CFM nº 1.931, de 17 de Setembro de 2009.** Código de Ética Médica Brasileira³³.
- **Resolução do CFM 1.552, de 20 de agosto de 1999.** A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH³⁴.
- **Resolução do CFM 1.477, de 11 de julho de 1997.** 1 – VEDAR aos médicos a prescrição simultânea de drogas tipo anfetaminas, com um ou mais dos seguintes fármacos: benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais e laxantes, com finalidade de tratamento da obesidade ou emagrecimento. 2 – RECOMENDAR aos médicos que no tratamento da obesidade ou emagrecimento restrinjam o uso de substâncias tipo anfetaminas, como monodrogas, aos casos absolutamente indicados, seguindo rígidos critérios técnico-científicos³⁵.
- **Resolução do CFM 1.885, de 23 de outubro de 2008.** É vedado ao médico participar de pesquisa envolvendo seres humanos utilizando placebo, quando houver tratamento disponível eficaz já conhecido³⁶.

Na área da enfermagem:

- **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências³⁷.
- **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências³⁸.

Na área da medicina veterinária:

- **Resolução nº 875, de 12 de dezembro de 2007.** Aprova o Código de Processo Ético-Profissional no âmbito do Sistema CFMV/CRMVs³⁹.
- **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.** Esclarece, nos artigos 38 e 55 §1: “As prescrições por Cirurgiões-Dentistas e médicos veterinários só poderão ser feitas para uso odontológico e veterinário, respectivamente”³⁸.

Na área da odontologia:

- **Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966.** Regulamenta o exercício da Odontologia. Estabelece em seu artigo 6º, inciso I: “Praticar todos os atos pertinentes à Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação”; Inciso II: “Prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia.”; Inciso VIII: “Prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente”⁴⁰.
- **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.** Esclarece, nos artigos 38 e 55 §1: “As prescrições por Cirurgiões-Dentistas e médicos veterinários só poderão ser feitas para uso odontológico e veterinário, respectivamente”³⁸.
- **Resolução CFO nº 22 de 2001.** Baixa normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização na Seção III Disfunção têmporo-mandibular e dor orofacial Art. 18. “Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial é a especialidade que tem por objetivo promover e desenvolver uma base de conhecimentos científicos para melhor compreensão no diagnóstico e no tratamento das dores e distúrbios do aparelho mastigatório, região orofacial e outras estruturas relacionadas”⁴¹.

Na área da nutrição:

- **Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991.** Regulamenta a profissão do nutricionista com a competência para a prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta⁴².
- **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 2, de 7 de janeiro de 2002.** Nutricionista pode prescrever compostos bioativos já aprovados pela Anvisa⁴³.
- **Resolução CFN nº 380/2005.** Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências⁴⁴.
- **Resolução CFN nº 390/2006.** Regulamenta a prescrição dietética de suplementos nutricionais pelo nutricionista e dá outras providências⁴⁵.

- **Recomendação CFN nº 004 de 21 de fevereiro de 2016.** Prescrição de suplementos nutricionais⁴⁶.

Na área da Farmácia:

- **Resolução CFF nº 357 de 20 de abril de 2001.** Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia⁴⁷. Item 6.26 do artigo 6º, parágrafo único do artigo 9º e artigo 15, revogados pela Resolução 579/2013⁴⁸. Alterada pela Resolução nº 416/04⁴⁹ e pela Resolução nº 597/14⁵⁰.
- **Resolução CFF nº 586 de 29 de agosto de 2013.** Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências⁵¹.

Receitas de Controle Especial

Um capítulo à parte no processo de prescrição, são as receitas de controle especial. A Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, e padroniza a forma e os formulários corretos (notificações de receitas, receitas e termos de concordância) para se fazer as prescrições dos medicamentos entorpecentes “A1” e “A2”, os psicotrópicos “A3”, “B1” e “B2”, os retinóicos para uso sistêmico “C2” e imunossupressores “C3”, enquadrados nesta portaria e em suas atualizações. A farmácia ou drogaria somente poderá aviar ou dispensar a receita, quando todos os itens estiverem devidamente preenchidos conforme preconiza a portaria. Nela se define o uso de dois mecanismos para controle dos medicamentos especiais: a notificação de receita e a receita especial⁸. Um erro comum, praticado pelos prescritores é o de entender que as duas são receitas. Corrobora com isso a convivência das farmácias e drogarias, uma vez que o paciente apresenta apenas a notificação de receita emitida pelo prescritor, sem estar acompanhada da receita que ficará com o paciente, e a mesma é aviada. Nesses casos, o paciente fica sem as devidas orientações por escrito de como deve usar o medicamento (dose, posologia e tempo de uso), aumentando o risco de erros e consequentemente a possibilidade de ocorrer eventos adversos.

A notificação de receita é personalizada e intransferível e deve estar acompanhada da receita. Ao ser aviada em uma farmácia ou drogaria, a notificação de receita será retida por esse estabelecimento e a receita deverá ser devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante do aviamento ou da dispensação.

Todos os formulários de notificações de receitas e receita de medicamentos especiais devem ser preenchidos de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura. A farmácia ou drogaria somente poderá aviar ou dispensar quando

todos os itens da receita e da respectiva notificação de receita estiverem devidamente preenchidos.

Para alguns medicamentos existe a necessidade do “termo de esclarecimento”. No caso de prescrição do medicamento talidomida, lista “C3”, por exemplo, o paciente deverá receber, juntamente com o medicamento, o “termo de esclarecimento” bem como deverá ser preenchido e assinado um “termo de responsabilidade” pelo médico que prescreveu a talidomida, em duas vias, devendo uma via ser encaminhada à Coordenação Estadual do Programa, conforme legislação sanitária específica em vigor e a outra permanecer no prontuário do paciente⁸. Os termos de esclarecimento e de responsabilidade servem como registro de que o paciente foi orientado acerca do uso e dos potenciais efeitos adversos do medicamento e da guarda, utilização e não cessão do medicamento a outra pessoa, respectivamente.

Para pacientes internados não será exigida a notificação de receita do médico, porém a dispensação se fará mediante a prescrição diária do medicamento, subscrita em papel privativo do estabelecimento ou por software de prescrição eletrônica.

Em caso de emergência, poderá ser aviada ou dispensada a receita de medicamento a base de substâncias constantes das listas “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial), em papel não privativo do profissional ou da instituição, contendo obrigatoriamente: o diagnóstico ou CID, a justificativa do caráter emergencial do atendimento, data, inscrição no Conselho Regional e assinatura devidamente identificada. O estabelecimento que aviar ou dispensar a referida receita deverá anotar a identificação do comprador e apresentá-la à Autoridade Sanitária do Estado, Município ou Distrito Federal, dentro de 72 (setenta e duas) horas para autorização⁸.

Importante destacar que, de acordo com a portaria nº 344/98, o fornecimento do talonário para prescrição de medicamentos especiais será suspenso quando for apurado seu uso indevido pelo profissional ou pela instituição, devendo o fato ser comunicado ao órgão de classe e as demais autoridades competentes⁸.

Conclusão

A prescrição é um dos mais importantes processos da Assistência Farmacêutica, visto que é a partir da prescrição que há a sugestão da farmacoterapia a ser utilizada pelo paciente.

Uma boa prescrição médica não se resume apenas à ausência de erros, mas na necessidade do prescritor olhar o paciente de forma holística para realizar a prescrição,

levando em conta não somente a situação clínica e os aspectos inerentes ao medicamento a ser prescrito, mas também condições sociais e cognitivas do paciente dos pais e cuidadores que influenciarão na adesão e uso adequado do tratamento prescrito.

Os prescritores devem estar atentos às interações farmacológicas e fisiológicas nas diversas condições especiais como crianças, idosos, gestantes, portadores de doenças crônicas e na ocorrência de interações medicamentosas (medicamento-medicamento; medicamento-alimento; medicamento-álcool e outras drogas). Os pesquisadores devem receber incentivos para a realização de estudos sobre doses ideais para crianças e adolescentes.

Em 1995 Bates e colaboradores demonstraram em um estudo de coorte prospectivo que, 56% de erros, resultando em eventos adversos evitáveis, ocorrem durante a prescrição, 34% durante a administração, 6% durante a transcrição e 4% durante a dispensação⁵². Atualmente ainda encontramos erros relacionados às diversas etapas da prescrição. A comunicação, ou a falta dela, pode ser apontada como um agente importante na incapacidade de prevenir ou acabar com os erros nas prescrições.

O uso de software de prescrição eletrônica pode ajudar na redução de muitos dos erros em cada uma das etapas citadas acima por Bates⁵². Entretanto, outros erros podem estar associados a essa tecnologia, devendo ser avaliados

em estudos de seguimento. A tecnologia da informação pode melhorar substancialmente a segurança dos pacientes através da estruturação de ações, captura de erros, relatórios de apoio e a decisão centrada no paciente, baseada em evidências, permitindo a personalização necessária da prescrição.

Cabe aos educadores dentro das universidades formadoras dos profissionais prescritores e aos gestores dos serviços de saúde assumir um papel em educar e acompanhar todas as questões essenciais relacionados a prescrição segura⁵³. O tema é amplo e complexo, abrange várias classes profissionais, instituições de ensino e de saúde, além dos interesses da indústria farmacêutica, exigindo um conjunto de ações integradas entre os vários atores e os órgãos governamentais.

Considerando toda a discussão trazida neste fascículo, destaca-se que uma prescrição de medicamentos elaborada de forma inadequada, além de ter o potencial de ser ineficaz, insegura e desvantajosa sob o ponto de vista econômico, favorece a judicialização na área saúde. Uma prescrição irracional sem fundamentação em evidências e incoerente com o contexto no qual o paciente está inserido, seja um sistema ou serviço de saúde, certamente é um potencial propulsor de ações judiciais para obtenção de medicamentos que muitas vezes não agregarão valor ao tratamento do paciente e, tão somente onerarão o Estado.

Referências

1. DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. v.3, n. 1, p. 1-19, 2013.
2. THOMPSON, L.; MCCABE, R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*, v. 12, n. 87, 2012.
3. ZOLNIEREK, K.B.; DIMATTEO, M.R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*, v. 47, n. 8, p. 826-34, 2009.
4. KELLEY, J.M.; KRAFT-TODD, G.; SCHAPIRA, L.; KOSSOWSKY, J.; RIESS, H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, v. 9, n. 4, 2014.
5. PEDROSO, E.R.P.; OLIVEIRA, R.G. *Blackbook – Clínica Médica*. 1ª ed. Belo Horizonte: Blackbook; 2007.
6. DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 1577.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guia para a boa prescrição médica*. Porto Alegre: Artmed, 1998. 124p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico de Medicamento sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/PRT_SVS_344_1998_COMP.pdf/a3ee82d3-315c-43b1-87cf-c812ba856144>. Acesso em 05 de agosto de 2016..
9. Medicamentos potencialmente perigosos. ISMP. Disponível em: <www.ismp-brasil.org/faq/medicamentospotencialmenteperigosos.php>. Acesso em 01 de julho de 2016.
10. SMEULERS, M.; VERWEIJ, L.; MAASKANT, J.M.; DE BOER, M.; KREDIET, C.T.; NIEVEEN VAN DIJKUM, E.J.; VERMEULEN, H. Quality indicators for safe medication preparation and administration: a systematic review. *PLoS One*, v. 10, n. 4, 2015.
11. OPONDO, D.; ESLANI, S.; VISSCHER, S.; DE ROOIJ, S.E.; VERHEIJ, R.; KOREVAAR, J.C.; ABU-HANNA, A. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS ONE*, v. 7, n. 8, 2012.

12. GURWITZ, J.H.; FIELD, T.S.; HARROLD, L.R.; ROTHSCHILD, J.; DEBELLIS, K.; SEGER, A.C.; CADORET, C.; FISH, L.S.; GARBER, L.; KELLEHER, M.; BATES, D.W. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *J Am Med Inform Assoc*, v. 289, n. 9, p. 1107–16, 2003.
13. KAUFMANN J, LASCHAT M, WAPPLER F: Medication errors in pediatric emergencies—a systematic analysis. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(38): 609–16. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0609
14. Erros de medicação devem ser combatidos com participação multidisciplinar e redesenho de processos. SAÚDE BUSINESS. Disponível em: <<http://saudebusiness.com/noticias/erros-de-medicacao-devem-ser-combatidos-com-participacao-multidisciplinar-e-redesenhos-de-processos/>>. Acesso em 14 de junho de 2016.
15. CARDOSO, A.M. Implantação de prescrição eletrônica a fim de otimizar a dispensação de medicamentos. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde São Paulo*, v.4, n.4, p. 39-45, 2013.
16. GAGNON, M.P.; NSANGOU, E.R.; PAYNE-GAGNON, J.; GRENIER, S.; SICOTTE, C. Barriers and facilitators to implementing electronic prescribing: a systematic review of user groups' perceptions. *J Am Med Inform Assoc*, v. 21, n.3, p. 535-41, 2014.
17. ANDERSON, K.; STOWASSER, D.; FREEMAN, C.; SCOTT, I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*, v. 4, n. 12, 2014.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre as Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Brasília (DF), 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em 04 de julho de 2016.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. Republicada no DOU nº 03 de 05/01/2004. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/138.pdf>. Acesso em 04 de julho de 2016.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada Nº 98, de 1º de agosto de 2016. publicada no Diário Oficial da União Nº 148 de 03/08/2016. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências.
21. MASTROIANNI, P.C. Análise dos Aspectos legais das Prescrições de Medicamentos. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v.30, n.2, p.173-176, 2009.
22. VIANA, F. A. B. Guia Terapêutico Veterinário. 2ª ed. Lagoa Santa: Gráfica e Editora CEM, 2007. 560 p.
23. BRASIL. Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Brasília (DF); 1973. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/5991.pdf>>. Acesso em 04 de julho de 2016.
24. BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17/12/1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jun. 1974. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D74170.htm>. Acesso em 24 de junho de 2016.
25. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos com o propósito precípua de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em 21 de junho de 2016.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 40/1998. Regulamento que estabelece normas para Níveis de Dosagens Diárias de Vitaminas e Minerais em Medicamentos. Disponível em: <<http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201571646.pdf>>. Acesso em 21 de junho de 2016.
27. BRASIL. Decreto nº 3.181, de 23 de setembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3181-23-setembro-1999-345065-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 21 de junho de 2016.
28. BRASIL. Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília (DF); 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm>. Acesso em 24 de junho de 2016.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 41 de 26 de julho de 2012. Altera a RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências, e revoga a instrução normativa in nº 10, de 17 de agosto de 2009. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/28888>>. Acesso em 24 de junho de 2016.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=%E2%80%A6\(Acessadol\)](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=%E2%80%A6(Acessadol))>. Acesso em 21 de junho de 2016.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 68 de 28 de novembro de 2014. Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Lista de Antimicrobianos Registrados na Anvisa, da Resolução – RDC nº 20, de 5 de maio de 2011 e dá outras providências. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/29286>>. Acesso em 24 de junho de 2016.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 25 de junho de 2016.
33. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931 de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica Brasileira. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173. Alterada pela Resolução CFM nº 1997/2012. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm>. Acesso em 3 de junho de 2016.
34. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.552, de 20 de agosto de 1999. A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH. Diário Oficial da União, 17 de setembro de 1999. Disponível em:< http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1999/1552_1999.htm>. Acesso em 20 de junho de 2016.
35. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.477, de 11 de julho de 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1477_1997.htm>. Acesso em 20 de junho de 2016.
36. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.885, de 23 de outubro de 2008. É vedado ao médico participar de pesquisa envolvendo seres humanos utilizando placebo, quando houver tratamento disponível eficaz já conhecido. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1885_2008.htm>. Acesso em 20 de junho de 2016.
37. BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em 25 de junho de 2016.
38. BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em 21 de junho de 2016.
39. BRASIL. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Resolução nº 875, de 12 de dezembro de 2007. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional no âmbito do Sistema CFMV/CRMVs (34). Disponível em: < <http://www.cfmv.org.br/consulta/arquivos/875.pdf>>. Acesso em 25 de junho de 2016.
40. BRASIL. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regulamenta o exercício da Odontologia. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5081.htm>. Acesso em 25 de junho de 2016.
41. BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Resolução nº 22 de 27 de dezembro de 2001. Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO- 198/95. Disponível em: <<http://cfo.org.br/legislacao/certificacao-digital/ato-normativo/?id=378>>. Acesso em 25 de junho de 2016.
42. BRASIL. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão do nutricionista com a competência para a prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8234.htm>. Acesso em 22 de junho de 2016.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 2, de 7 de janeiro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico de Substâncias Bioativas e Probióticos Isolados com Alegação de Propriedades Funcional e ou de Saúde. Republicada no DOU nº 136 de 16/07/2002. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/394219/RDC_02_2002.pdf/eea25458-6317-4c28-9f57-1982ee32623c>. Acesso em 22 de junho de 2016.
44. BRASIL. Conselho Federal de Nutrição. Resolução nº 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>. Acesso em 22 de junho de 2016.

45. BRASIL. Conselho Federal de Nutrição. Resolução nº 390/2006. Regulamenta a prescrição dietética de suplementos nutricionais pelo nutricionista e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2006/res390.pdf>>. Acesso em 22 de junho de 2016.
46. BRASIL. Conselho Federal de Nutrição. Recomendação nº 004 de 21 de fevereiro de 2016. Prescrição de suplementos nutricionais. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/index.php/cfn-divulga-recomendacao-sobre-suplementos-nutricionais/>>. Acesso em 22 de junho de 2016.
47. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Disponível em: < <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>>. Acesso em 21 de junho de 2016.
48. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 579 de 26 de julho de 2013. Regulamenta o procedimento de fiscalização dos Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/579.pdf>>. Acesso em 22 de junho de 2016.
49. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 416 de 27 de agosto de 2004. Revoga o § 2º do artigo 34 da Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001, publicada no DOU de 27/04/01, Seção 1, pp. 24 a 31. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/416.pdf>>. Acesso em 22 de junho de 2016.
50. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 597 de 24 de abril de 2014. Dá nova redação aos artigos 11 e 12 da Resolução/CFF nº 357/01. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/597.pdf>>. Acesso em 22 de junho de 2016.
51. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf> >. Acesso em 22 de junho de 2016.
52. BATES, D.W.; CULLEN, D.; LAIRD, N.; PETERSEN, L.A. et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. JAMA, v. 274, n. 1, p. 29-34, 1995.
53. SHANE, R. Computerized physician order entry: challenges and opportunities – commentary. Am J Health Syst Pharm, v. 59, n. 3, 2002.

© 2015 Organização Pan-americana da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. Este Boletim é direcionado a gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, com linguagem simplificada e fácil compreensão. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

Elaboração, distribuição e informações:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil
Setor de Embaixadas Norte, lote 19.
CEP: 70.800-400 – Brasília, DF – Brasil.
E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org
Internet: www.paho.org/bra

ISBN: 978-85-7967-108-1 Coleção completa.

Coordenação editorial:

Felipe Dias Carvalho e Lenita Wannmacher.

Revisão técnica:

Lenita Wannmacher e Helaine Carneiro Capucho

Projeto gráfico, revisão textual e diagramação:

All Type Assessoria Editorial Ltda.



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

