

Aplicação do Método Clínico

no Cuidado Farmacêutico
e na Dispensação de
Medicamentos no Âmbito
do Sistema Único de Saúde



Aplicação do Método Clínico

no Cuidado Farmacêutico
e na Dispensação de
Medicamentos no Âmbito
do Sistema Único de Saúde



2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2025 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Núcleo do Cuidado Farmacêutico

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

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf>

E-mail: gabinete.daf@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

Fernanda De Negri

Supervisão-Geral:

Marco Aurélio Pereira

Organização:

Agnes Nogueira Gossenheimer

Jânio Barbosa Pereira Júnior

Mauren Luciana Estevam

Suetônio Queiroz de Araújo

Vinícius Detoni Lopes

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, 3º andar, sala 356-A

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7791

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniel Pereira Rosa e Daniela Ferreira Barros da Silva

Revisão textual: Khamila Silva e Tamires Felipe Alcântara

Design editorial: Eduardo Albuquerque

Ficha Catalográfica

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

Aplicação do método clínico no Cuidado Farmacêutico e na dispensação de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.

75 p. : il.

ISBN 978-65-5993-968-8

1. Procedimentos clínicos. 2. Insumos farmacêuticos. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Bibliotecário: Daniel Pereira Rosa – CRB 1/3089 – Editora MS/CGDI – OS 2025/0247

Título para indexação:

Clinical method application in pharmaceutical care and drug dispensing in the Unified Health System

SUMÁRIO

PREFÁCIO	5
1 INTRODUÇÃO	9
2 DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS NO ÂMBITO DO CUIDADO FARMACÊUTICO	15
2.1 Acolhimento e coleta dos dados dos pacientes	16
2.2 Método SOAP	20
2.2.1 Dados subjetivos	20
2.2.2 Dados objetivos	25
2.2.3 Avaliação	26
2.2.4 Plano de cuidado	28
3 CUIDADO FARMACÊUTICO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	41
3.1 O que é a Rename?	41
3.2 O que é dispensação de medicamentos?	43
3.3 Por que é importante realizar uma dispensação qualificada?	51
3.3.1 Segurança do paciente	51
3.3.2 Melhoria de resultados clínicos	52
3.4 Orientações específicas	52
3.4.1 Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Ceaf	52
3.4.2 Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – Cesaf	53
3.4.3 Medicamentos antimicrobianos	53
3.4.4 Medicamentos sujeitos a controle especial	54
3.4.5 Prescrição eletrônica	57
3.5 Registro da dispensação	58
3.6 Acompanhamento do usuário	58
3.7 Fiz a primeira dispensação, e agora?	59
3.7.1 Como avaliar a farmacoterapia?	59
3.7.2 Manejo dos PRFs	63
3.8 Arcabouço legal	70
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE – FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS	77

PREFÁCIO

O Cuidado Farmacêutico emergiu da resignificação do papel do farmacêutico na equipe de saúde, evoluindo de atividades centradas na logística de medicamentos para um atendimento direto ao usuário, com ênfase em um componente fortemente humanístico. Segundo Hepler e Strand (1990), o Cuidado Farmacêutico envolve a provisão responsável da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados específicos que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que o Cuidado Farmacêutico desempenha papel crucial na atenção à saúde da população, não apenas assegurando a efetividade da farmacoterapia, mas também incorporando ações de promoção da saúde e estendendo os benefícios da atuação do farmacêutico a toda a comunidade. Desde então, essa prática tem se expandido em diversos países. No entanto, o acesso ainda limitado ao Cuidado Farmacêutico contribui para o aumento contínuo dos níveis de morbimortalidade relacionados ao uso inadequado de medicamentos em todo o mundo.

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, além de definir a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990), assegura a garantia da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (AF). Nesse contexto, as ações de Assistência Farmacêutica devem ir além da simples garantia de acesso aos medicamentos, abrangendo também a garantia de sua qualidade, o uso racional e a contribuição para a efetividade das ações de saúde.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, constitui um instrumento fundamental para a implementação eficaz de ações voltadas à melhoria das condições de assistência à saúde da população (Brasil, 1998). A PNM estabeleceu diretrizes, prioridades e responsabilidades para a Assistência Farmacêutica nos âmbitos federal, estadual e municipal do SUS, incluindo a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM). Essa diretriz visa educar o usuário sobre os riscos da automedicação, da interrupção ou substituição de medicamentos prescritos, bem como sobre a importância da orientação adequada no uso de fármacos. Para alcançar tais objetivos, é necessário planejar práticas centradas na atenção ao usuário e promover a capacitação dos profissionais envolvidos no uso de medicamentos, com ênfase especial no papel do farmacêutico.

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou, por meio da Resolução n.º 338, de 6 de maio de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf). Essa resolução redimensionou o escopo da Assistência Farmacêutica, destacando-a como parte essencial da Política Nacional de Saúde e como diretriz estratégica para

outras políticas setoriais com as quais mantém interface. A Pnaf adotou oficialmente o conceito de Atenção Farmacêutica — atualmente denominado Cuidado Farmacêutico —, integrando-o às ações da Assistência Farmacêutica.

O Cuidado Farmacêutico tem se consolidado como componente fundamental da Pnaf, que busca assegurar uma abordagem integral na gestão de medicamentos e na promoção da saúde. A Pnaf, instituída pela Resolução n.º 338/2004, reconhece o farmacêutico não apenas como o profissional responsável pela dispensação, mas como agente essencial na coordenação e na promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM), fortalecendo sua atuação em todos os níveis de atenção à saúde.

A discussão sobre a importância da Assistência Farmacêutica no SUS foi ampliada com a publicação da Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010), que estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. À época, a Assistência Farmacêutica foi apontada apenas como sistema de apoio às RAS, o que impôs dois importantes desafios ao sistema de saúde. O primeiro refere-se à inclusão efetiva da Assistência Farmacêutica nos pontos de atenção, reconhecendo a relevância dos serviços clínicos realizados por farmacêuticos, amplamente demonstrada na literatura e em experiências exitosas em estados e municípios brasileiros. O segundo desafio foi a necessidade de propor estratégias de integração da Assistência Farmacêutica às RAS, de modo articulado e resolutivo.

Para enfrentar esses desafios, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (DAF/SCTIE/MS) vem desenvolvendo um conjunto de ações e estratégias voltadas à ampliação e à consolidação do Cuidado Farmacêutico nas diversas e desafiadoras realidades do SUS.

Prova desse compromisso é a inclusão de metas e entregas específicas nos instrumentos de gestão federal, como o Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Plano Plurianual (PPA) 2024–2027, que estabelecem objetivos claros e previsão orçamentária para o fortalecimento dessas ações. Tais iniciativas são articuladas de forma tripartite, em estreita cooperação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), reforçando o caráter federativo e colaborativo da política.

Nesse contexto, a publicação das Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico, por meio da Portaria GM/MS n.º 4.379, de 14 de junho de 2024, representa um marco fundamental. O desafio atual não se limita a garantir o acesso aos medicamentos, mas a assegurar que serviços de Cuidado Farmacêutico de qualidade cheguem à população, promovendo o URM, a melhoria da qualidade de vida e a redução de custos em saúde.

Com esse propósito, o DAF, por meio do Núcleo do Cuidado Farmacêutico, tem se empenhado em expandir essa agenda em todo o território nacional, contribuindo para a integralidade do cuidado em saúde e para o fortalecimento do papel do farmacêutico no SUS.

Para a consolidação dessas diretrizes, é imprescindível a harmonização das práticas de cuidado, de modo a fortalecer e disseminar essa abordagem entre gestores, farmacêuticos e usuários. Assim, este material nasce da necessidade de apoiar os farmacêuticos na execução de suas atividades clínicas, por meio da elaboração de um guia prático que oriente a aplicação do método clínico e sua utilização durante o processo de dispensação de medicamentos no âmbito do SUS.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil tem vivenciado uma significativa transição demográfica, marcada pelo aumento da expectativa de vida e pela redução da taxa de fecundidade (IBGE, 2015). Entre os fatores que contribuíram para essas mudanças, destacam-se os avanços nas tecnologias de saúde, que incluem métodos diagnósticos, estratégias de prevenção de doenças crônicas e infectocontagiosas, além de tratamentos mais eficazes. Os medicamentos, em particular, desempenham um papel importante, oferecendo excelente custo-efetividade no controle, na cura ou na prevenção de doenças (Martins *et al.*, 2021; IBGE, 2015), entretanto o uso inadequado ou não racional pode resultar em graves consequências para a saúde pública. Essas consequências podem ser multidimensionais, incluindo o aumento da morbimortalidade entre os pacientes e a sobrecarga do sistema de saúde. No Brasil, muitos estudos têm evidenciado a alta frequência de problemas ocasionados pelo uso de medicamentos, como reações adversas, intoxicação e erros de medicação, que podem levar à hospitalização e até mesmo ao óbito (Louro *et al.*, 2022; SINITOX, 2017; Mastroianni *et al.*, 2009).

Para maximizar o Uso Racional de Medicamentos, é essencial garantir não somente o acesso, mas que os usuários recebam orientação adequada durante a dispensação e um acompanhamento contínuo durante o tratamento. Nesse contexto, o farmacêutico assume um papel central, promovendo a correta utilização dos medicamentos e garantindo que os usuários recebam o suporte necessário para otimizar seus resultados de saúde (CFF, 2013).

Na Assistência Farmacêutica (AF), as atividades desempenhadas pelos profissionais farmacêuticos podem ser agrupadas em dois grandes grupos: **serviços técnico-gerenciais** e **Cuidado Farmacêutico**.

O **âmbito técnico-gerencial** abrange processos fundamentais que vão desde a seleção até a distribuição de medicamentos, garantindo sua disponibilidade, acessibilidade e qualidade.

O Cuidado Farmacêutico, por sua vez, é definido como um

[...] modelo de prática profissional que se concretiza por meio de ações e serviços realizados pelo farmacêutico de forma integrada com as equipes de saúde, voltados ao usuário, à família e à comunidade, visando ao uso seguro e racional de medicamentos e aos melhores resultados em saúde (Brasil, 2024).

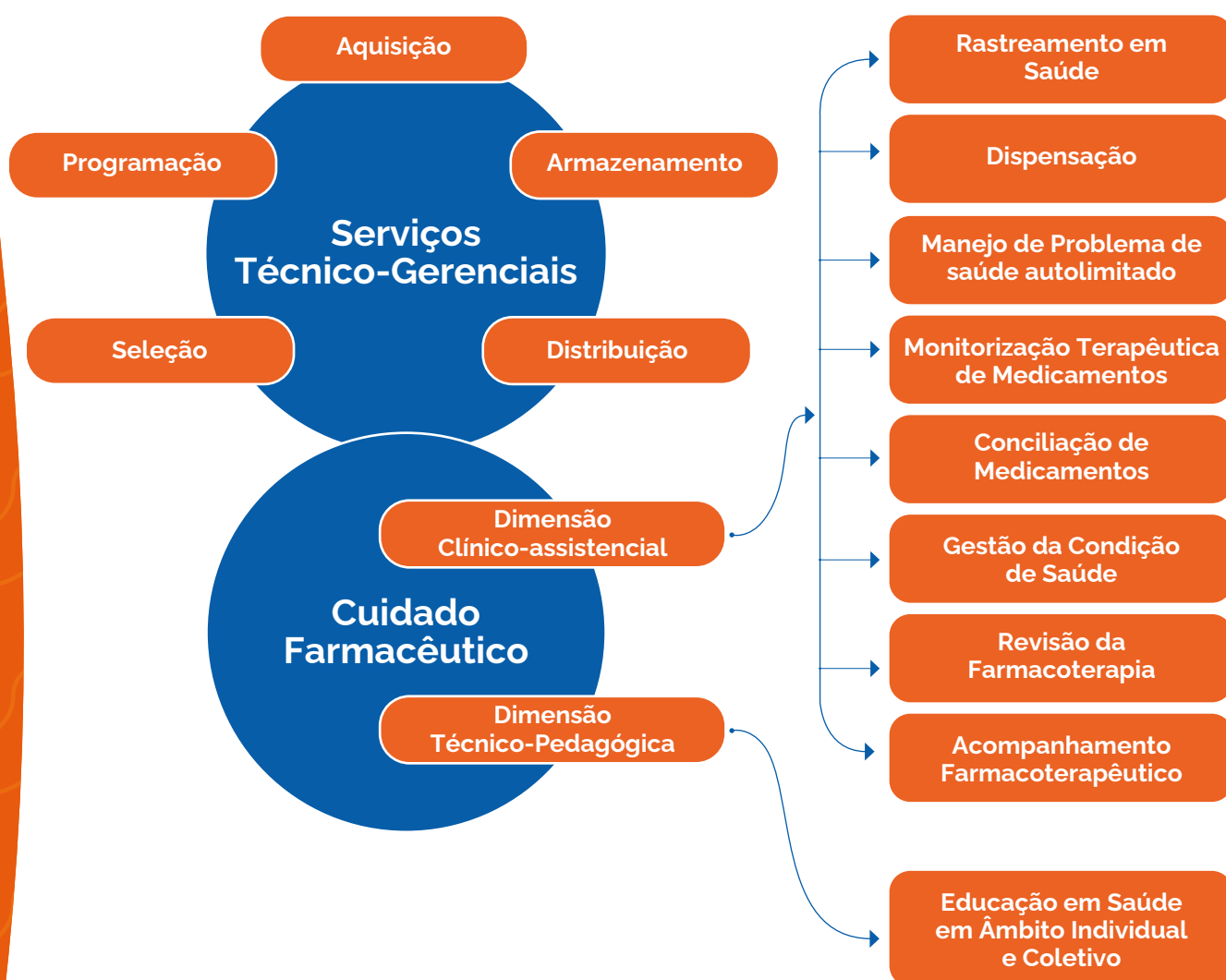
"Os serviços relacionados ao cuidado farmacêutico englobam um conjunto de atividades e processos de trabalho, protagonizados pelo farmacêutico e desenvolvidos no âmbito da atenção à saúde, envolvendo atividades técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais" (Brasil, 2024).

No âmbito do Cuidado Farmacêutico, as atividades **clínico-assistenciais** envolvem ações diretas ao usuário, à família e à comunidade, as quais buscam a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, com foco no URM e na segurança do paciente. Entre os principais serviços, destacam-se: rastreamento em saúde, dispensação de medicamentos, conciliação de medicamentos, gestão da condição de saúde, revisão da farmacoterapia e acompanhamento farmacoterapêutico. Todos esses serviços são fundamentais para otimizar a efetividade dos tratamentos e minimizar riscos associados à farmacoterapia.

Já a **dimensão técnico-pedagógica** desempenha um papel estratégico ao promover a educação em saúde e a disseminação de conhecimentos técnico-científicos. Suas ações incluem a orientação de usuários e equipes de saúde sobre o uso seguro e adequado dos medicamentos, além da capacitação contínua de profissionais, fortalecendo a qualidade da assistência e ampliando o impacto das ações farmacêuticas para o usuário, a família e a comunidade.

A Figura 1 ilustra a inserção do Cuidado Farmacêutico no âmbito da Assistência Farmacêutica.

Figura 1 – Detalhamento das dimensões técnico-gerencial e do Cuidado Farmacêutico



Fonte: elaboração própria.

No Quadro 1 são listados os serviços clínicos providos por farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade (CFF, 2016).

Quadro 1 – serviços clínicos providos por farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade

Serviço Farmacêutico Clínico	Descrição
Rastreamento em Saúde	Objetiva a identificação de indivíduos com doenças que ainda não foram diagnosticadas. Tem a finalidade de prescrever medidas preventivas ou encaminhar os casos suspeitos a outro profissional ou serviço de saúde para elucidação diagnóstica e tratamento. Portanto o rastreamento não é uma prova diagnóstica definitiva (CFF, 2016).
Educação em Saúde	Serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos. Tem como objetivo a autonomia dos pacientes e o comprometimento de todos (pacientes, profissionais, gestores e cuidadores) com a promoção da saúde, a prevenção e o controle de doenças, e a melhoria da qualidade de vida. Envolve, ainda, ações de mobilização da comunidade com o compromisso pela cidadania (CFF, 2016).

Continua

Serviço Farmacêutico Clínico	Descrição
Dispensação	Serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados (CFF, 2016).
Manejo de Problema de Saúde Autolimitado	Serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa a problema de saúde autolimitado, identifica a necessidade de saúde, prescreve e orienta quanto a medidas não farmacológicas, medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, e, quando necessário, encaminha o paciente a outro profissional ou serviço de saúde (CFF, 2016).
Monitorização Terapêutica de Medicamentos	Serviço que compreende a mensuração e a interpretação dos níveis séricos de fármacos, com o objetivo de determinar as doses individualizadas necessárias para a obtenção de concentrações plasmáticas efetivas e seguras (CFF, 2016).

Serviço Farmacêutico Clínico	Descrição
Conciliação de Medicamentos	Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Esse serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais, ou seja, possíveis divergências entre os medicamentos que o paciente tem indicação de utilizar e que deixaram de serem utilizados no momento da transição de cuidado (CFF, 2016).
Revisão da Farmacoterapia	Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos (CFF, 2016).

Serviço Farmacêutico Clínico	Descrição
Gestão da Condição de Saúde	Serviço pelo qual se realiza o gerenciamento de determinada condição de saúde, já estabelecida, ou de fator de risco, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, reduzir riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde (CFF, 2016).
Acompanhamento Farmacoterapêutico	Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde (CFF, 2016).

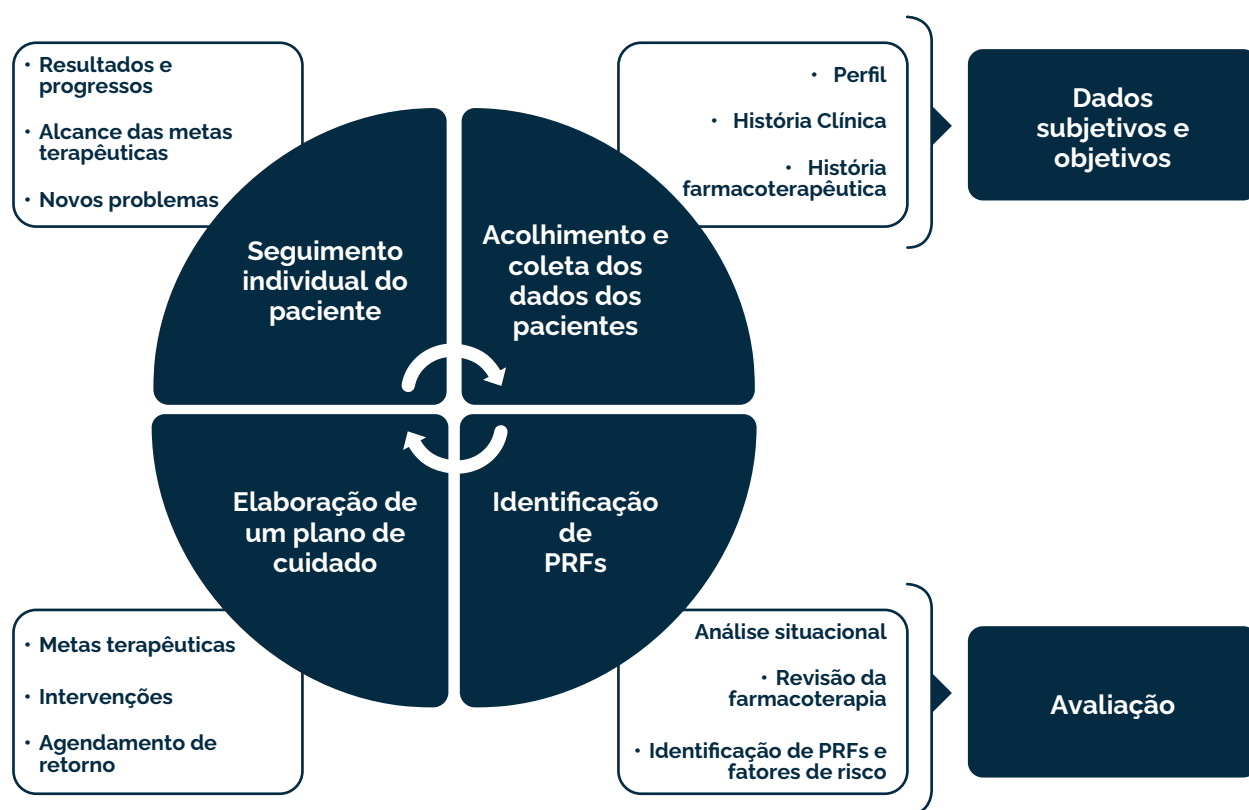
Fonte: elaboração própria.

Para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico, a experiência e a intuição do profissional são relevantes. No entanto, é recomendável que essa prática siga um método estruturado: o método clínico. Trata-se de um processo sistemático e centrado no paciente, utilizado para identificar, avaliar, diagnosticar, planejar, implementar e monitorar intervenções em saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas (Brasil, 2020). O objetivo deste material é descrever e discutir elementos essenciais para o desenvolvimento do método clínico e oferecer subsídio para os farmacêuticos na sua prática profissional.

2 DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS NO ÂMBITO DO CUIDADO FARMACÊUTICO

A aplicação do método clínico é essencial para garantir que os farmacêuticos possam desenvolver um raciocínio clínico com ênfase ao enfrentamento de problemas relacionados à farmacoterapia. Ele pode ser sistematicamente dividido em acolhimento e coleta dos dados dos pacientes, identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia, elaboração de um plano de cuidado e seguimento individual do paciente (Figura 2) (Brasil, 2020).

Figura 2 – Sistematização do método clínico



Fonte: adaptado de Brasil (2023).

2.1 Acolhimento e coleta dos dados dos pacientes

O acolhimento é fundamental para a construção de uma relação de respeito, comprometimento e confiança entre o profissional e o paciente. Nesse instante, é imprescindível evidenciar profissionalismo, interesse, empatia e responsabilidade em relação às demandas do paciente (Brasil, 2020). É importante considerar todos os aspectos biopsicossociais para que o acolhimento atenda, de forma adequada, às necessidades do paciente, devendo ter início a partir do primeiro contato do paciente com o serviço ou o profissional de saúde.

O diálogo a seguir simula uma primeira consulta farmacêutica entre os personagens fictícios, o farmacêutico Carlos e a paciente Ana. Observe como o profissional conduz o primeiro contato com a paciente.

Carlos

Olá, dona Ana! Tudo bem? Meu nome é Dr. Carlos, sou farmacêutico aqui da farmácia. É um prazer conhecer a senhora!



Ana

Oi, Dr. Carlos! Na verdade, não estou muito bem. Estou preocupada com meu filho, que está desempregado.

Carlos

Sinto muito em ouvir isso, dona Ana. É compreensível que a senhora esteja preocupada. Isso pode ser uma situação muito difícil para qualquer mãe.



Ana

É... Muito difícil.

Carlos

Estou aqui para te ouvir. É importante que a senhora possa expressar o que está sentindo. Além disso, o cuidado que vamos discutir hoje pode ser uma oportunidade de cuidar também da senhora, enquanto lida com essa preocupação.



Ana

Obrigada, Dr. Carlos. Às vezes, só de falar já alivia um pouco.

Carlos

A senhora já ouviu falar sobre o Cuidado Farmacêutico?



Ana

Não, nunca ouvi. O que é isso?

Carlos

O Cuidado Farmacêutico é um serviço que visa ajudar a senhora a entender melhor seus medicamentos e a usá-los da melhor forma. O nosso objetivo é garantir que a senhora tenha uma saúde melhor e que seus tratamentos funcionem bem.



Ana

Ah, isso parece interessante!

Carlos

Que bom que a senhora achou isso! Durante a nossa consulta, que deve durar cerca de 40 minutos, vou conversar com a senhora sobre sua saúde, seus medicamentos e sobre como podemos garantir que a senhora se sinta bem e segura com tudo isso.



Ana

Certo, e como isso funciona?

Carlos

Primeiro, vou ouvir a senhora com atenção. Quero saber sobre a sua história de saúde, o que você está tomando e quais são suas preocupações. É importante que se sinta à vontade para compartilhar tudo. Vou fazer perguntas e, juntos, vamos encontrar as melhores soluções para a senhora.



Ana

Entendi! E isso vai me ajudar com meus medicamentos?

Carlos

Exatamente! Vamos verificar se todos os seus medicamentos estão funcionando bem para a senhora. Além disso, vou dar dicas sobre como tomar os medicamentos corretamente e responder a todas as suas dúvidas.



Ana

Nossa, isso parece muito bom! Estou animada para saber mais. Estou pronta para começar.

Carlos

Ótimo! Vamos lá, então.



Observe que, durante o primeiro contato, o farmacêutico Carlos se **apresenta** à paciente Ana de forma **simpática e acolhedora**. Ao ouvir suas preocupações, ele demonstra **empatia e respeito** pela situação que ela está enfrentando. Em seguida, Carlos **apresenta o Cuidado Farmacêutico**, explicando-o de maneira clara e acessível, **destacando seu objetivo principal**: melhorar a saúde da paciente. Ele detalha **como será a consulta**, incluindo sua **duração aproximada**, o que ajuda a reduzir a ansiedade de Ana. Em todos os momentos, Carlos se posiciona como **corresponsável** no tratamento de Ana, fortalecendo o **vínculo** entre eles e promovendo um ambiente de **confiança e acolhimento**.

Esse primeiro contato do paciente com o Cuidado Farmacêutico pode ocorrer em diferentes contextos:

- **Agendamento dos pacientes:** no serviço de saúde, o farmacêutico geralmente se dedica a atividades relacionadas à gestão logística de medicamentos, como seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição. Assim, a reestruturação da agenda do farmacêutico para a realização de atividades clínicas é essencial, de modo a não comprometer as atividades técnico-gerenciais. Essa abordagem inicial pode ser uma estratégia eficaz em locais com implantação recente, pois, sendo uma prática ainda pouco disseminada, pode não ser amplamente buscada pelos pacientes. Portanto a coordenação e a colaboração com outros profissionais de saúde são fundamentais para a oferta desse serviço e para o consequente agendamento de pacientes, contribuindo para a difusão do Cuidado Farmacêutico (Brasil, 2023).
- **Busca ativa:** pode ser um método também eficaz em períodos iniciais de implantação. Nessa forma de primeiro contato, o farmacêutico pode, por exemplo, no ato da dispensação, observar algum problema relacionado à

farmacoterapia (exemplo: relatos de criação de estoques de medicamentos em casa) e convidar o paciente para o agendamento da consulta farmacêutica. Além dessa abordagem, o Cuidado Farmacêutico pode ser difundido por meio de divulgação em banners, redes sociais e outros materiais de divulgação (Brasil, 2023).

- **Encaminhamento da equipe:** a sensibilização da equipe de saúde e seu grau de engajamento no processo de implementação do Cuidado Farmacêutico possibilitam a formação de vínculos interprofissionais. Esses vínculos incentivam que pacientes sejam encaminhados para a consulta farmacêutica, com base na identificação dessa demanda por parte de algum membro da equipe de saúde.
- **Referência e contrarreferência:** pode ocorrer em situações em que o Cuidado Farmacêutico tenha abrangência dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), não se limitando a atividades dentro da sua unidade de saúde. Por exemplo, essa forma de encaminhamento pode ser útil na alta de pacientes de hospitais, direcionando-os para o farmacêutico da Atenção Básica (AB) para acompanhamento, considerando a criticidade envolvida em transições de cuidado.
- **Demanda espontânea:** refere-se à procura espontânea do paciente pelo serviço, principalmente após a difusão do Cuidado Farmacêutico na comunidade.

Não apenas durante a **coleta dos dados**, mas durante todas as etapas do método clínico, é importante considerar que, em todos os níveis de atenção à saúde – primário, secundário e terciário –, haja o registro adequado e completo de todas as etapas do cuidado, incluindo o registro clínico detalhado. Nesse sentido, a Resolução RDC/Anvisa n.º 44, de 17 de agosto de 2009, determina que “as atividades de Atenção Farmacêutica [Cuidado Farmacêutico] devem ser documentadas de forma sistemática e contínua, com o consentimento expresso do usuário” (Brasil, 2009). Esse processo é essencial para garantir o controle da qualidade das decisões clínicas, além de assegurar a continuidade e a segurança do processo de Cuidado Farmacêutico.

Na Atenção Primária, a estratégia e-SUS APS foi desenvolvida para implementar um modelo de gestão da informação que apoie os municípios na administração eficaz da Atenção Primária à Saúde (APS) e, assim, melhore a qualidade do cuidado em saúde. Nesse contexto, destaca-se o **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)**, que promove uma comunicação mais eficiente entre a equipe multiprofissional (Brasil, 2020). O registro da prática clínica é realizado por meio do método de Registro Clínico Orientado por Problemas (Rcop), que se organiza em quatro componentes: Base de Dados, Lista de Problemas, Evolução (método SOAP – acrônimo de **S**ubjetivo, **O**bjetivo, **A**valiação e **P**lano) e Folha de Acompanhamento.

Na **base de dados**, são registrados dados como identificação do paciente, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e fatores de risco. Na **lista de problemas**, são documentadas as condições diagnosticadas, classificadas em problemas ativos (que demandam intervenção terapêutica) e inativos

ou resolvidos (que não requerem intervenção imediata). A **evolução** do paciente é registrada utilizando o método SOAP. Esse método é amplamente utilizado por diversos profissionais de saúde, facilitando a comunicação interprofissional.

Mais à frente, aprofundaremos a discussão sobre o método SOAP, que, embora funcione como um instrumento de registro, pode apoiar a sistematização da consulta farmacêutica em todos os níveis de atenção (básica, ambulatorial ou hospitalar). Por último, a **folha de acompanhamento** propicia o monitoramento organizado dos problemas ou das condições de saúde do cidadão, garantindo a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2020). É fundamental que esse processo seja iniciado e concluído em cada atendimento clínico realizado por farmacêuticos.

2.2 Método SOAP

Durante a elaboração do formulário a ser utilizado nas consultas farmacêuticas, bem como durante a própria consulta, a sistematização do método SOAP nos auxilia a refletir de maneira estruturada.

2.2.1 Dados subjetivos

São dados de natureza **descritiva** e que, geralmente, não podem ser confirmados por exames e testes. São comuns no momento do **relato** da história clínica, da história social e da experiência com os medicamentos. Incluem também sintomas e queixas relatados pelos pacientes durante a anamnese (Brasil, 2020). Considerando a complexidade do processo de cuidado, muitas vezes o farmacêutico deve valer-se de habilidades comunicacionais e sensibilidade para obter informações relevantes de pacientes que não são relatadas espontaneamente, devido a motivos como receio de julgamento, falta de conhecimento e baixo letramento em saúde. Há alguns elementos que podem ser considerados constitutivos da coleta de dados subjetivos:

a) **Razão da consulta/queixas do paciente:** o que leva o paciente à consulta? Quais sinais/sintomas apresentados que levaram ao encaminhamento por outros profissionais de saúde? Essas queixas devem ser investigadas com relação à gravidade, à temporalidade, à localização e ao contexto para que se minimize a geração de especulações equivocadas. É importante destacar, também, que todas as queixas relatadas pelos pacientes devem ser consideradas e valorizadas pelo farmacêutico e abordadas durante o plano de cuidados, embora não sejam o foco de sua maior preocupação. A negligência desse aspecto pode levar à perda de confiança do paciente.

b) **Dados socioeconômicos:** esses dados geralmente já constam nas **bases de dados** dos prontuários eletrônicos. No entanto, é importante que sejam sempre atualizados e confirmados pelo farmacêutico, pois são importantes fontes de obtenção de micro e macrodeterminantes, que interferem, de forma direta ou indireta, na saúde da pessoa atendida.

c) **Hábitos de vida e história social e familiar:** os hábitos de vida podem ser fatores de risco ou de proteção importantes para o processo saúde/doença. Por exemplo, a prática de exercícios físicos pode ter um impacto positivo na saúde cardiovascular,

ao passo que o hábito de tabagismo pode comprometê-la. Além disso, os hábitos de vida podem influenciar na administração de medicamentos e, conseqüentemente, na adesão a eles. Com relação ao histórico familiar, sabe-se que há várias doenças com caráter hereditário que podem relacionar-se, por exemplo, à queixa do indivíduo.

d) **Problemas de saúde e história médica pregressa:** são os problemas de saúde atuais, inativos, resolvidos ou controlados evidenciados na **lista de problemas** do prontuário eletrônico que se está utilizando para os atendimentos clínicos. Esses dados são fundamentais para a identificação e a resolução de problemas farmacoterapêuticos. A coleta de informações sobre internações e consultas em unidades de emergência pode ajudar o farmacêutico a identificar o uso inadequado de medicamentos, seja por razões intencionais ou não, além de comportamentos e atitudes que podem persistir ao longo do tempo sem o devido manejo.

e) **Medicamentos utilizados/histórico de uso e experiência subjetiva com o uso de medicamentos:** esta fase é direcionada à coleta dos medicamentos atualmente utilizados, bem como aos previamente administrados. Essa coleta pode envolver diversos atores, como familiares e cuidadores, objetivando a obtenção da **melhor história medicamentosa possível**. Além disso, é crucial explorar outras formas de terapia que o paciente possa estar utilizando, como chás, remédios caseiros e práticas de medicina tradicional (Brasil, 2020). Durante essa fase da anamnese, também se torna essencial investigar as crenças, as preferências, as preocupações e os comportamentos do paciente em relação à farmacoterapia. A aplicação de perguntas abertas, que não induzam a respostas específicas, permite a obtenção de informações valiosas e muitas vezes implícitas, como a falta de adesão ao tratamento, o uso inadequado de medicamentos ou a automedicação. Essa abordagem integrada proporciona um entendimento mais completo do contexto terapêutico do paciente.

f) **Revisão de sistemas:** o objetivo da revisão de sistemas é identificar problemas que não foram explicitamente mencionados pelo paciente. Essa abordagem é particularmente útil quando o paciente não relata espontaneamente suas queixas, exigindo a formulação de perguntas mais objetivas. As perguntas devem ser direcionadas à avaliação dos sistemas orgânicos de forma sistemática, abrangendo desde a cabeça até os pés. Exemplos incluem: *"O senhor sente dor de cabeça?"* e *"A senhora tem alguma dificuldade para enxergar?"*.

O uso de questões abertas no início da anamnese é uma estratégia eficaz para permitir que o paciente expresse espontaneamente suas preocupações. O farmacêutico deve conduzir a consulta de maneira flexível, voltando-se para os pontos relevantes conforme necessário. Embora o formulário farmacoterapêutico sirva como um guia, é importante que não seja utilizado de forma rígida, evitando que a consulta se transforme em um mero questionário.

A seguir, continuamos o diálogo entre o farmacêutico Carlos e a paciente Ana, agora durante a anamnese.

Carlos

Dona Ana, antes de avançarmos, gostaria de confirmar algumas informações que estão no seu prontuário. A senhora tem 59 anos, correto?



Ana

Isso mesmo, 59 anos.

Carlos

Ótimo! E a senhora mencionou que sua profissão é doméstica, certo?



Ana

Sim, sou doméstica.

Carlos

Perfeito. E a renda da sua família é de um salário mínimo, correto?



Ana

Sim, exatamente

Carlos

Agradeço por confirmar essas informações. Esses dados são importantes para entendermos melhor sua situação e saber como podemos ajudar no seu tratamento. Se a senhora estiver confortável, podemos discutir como esses fatores podem influenciar sua saúde e a adesão ao tratamento.



Ana

Claro, isso é importante.

Carlos

Ótimo! Vamos em frente. Dona Ana, agradeço por estar aqui hoje. Agora que já nos conhecemos um pouco melhor, gostaria de saber: o que a trouxe à consulta? Quais são suas queixas ou o que está incomodando a senhora em relação à sua saúde neste momento?



Ana

Eu estou me sentindo um pouco cansada e às vezes sinto uma dor estranha no meu estômago. Isso me preocupa.

Carlos

Entendo. Vamos explorar isso mais a fundo. A senhora poderia me contar um pouco sobre seus hábitos de vida? Como está sua alimentação, atividade física e sono?



Ana

Ah, eu tento me alimentar bem, mas ando comendo mais sanduíches ultimamente. Não tenho conseguido me exercitar muito e meu sono não é bom... Durmo mal à noite.

Carlos

É importante sabermos isso. Agora, vou confirmar algumas informações do seu prontuário. A senhora tem pressão alta e diabetes, correto?



Ana

Sim, isso mesmo.

Carlos

E sobre os medicamentos que a senhora utiliza, poderia me dizer quais são?



Ana

Eu trouxe eles aqui (...), mas, na verdade, estou tendo um pouco de dificuldade para ler os rótulos. Às vezes confundo as caixas.

Carlos

Sem problemas, dona Ana. Vamos olhar juntos. Pode me mostrar a sacolinha?



Ana

Claro, aqui estão... Ah, eu não sei se esse é o certo.

Carlos

Vamos por partes. A senhora tem o comprimido para a pressão e o para o diabetes, certo? Vamos identificar cada um. Este aqui é o remédio para a pressão, e esse outro é para o diabetes. Como a senhora se sente em relação a eles? Tem alguma dificuldade em tomá-los?



Ana

Sim, às vezes esqueço de tomar, e fico confusa com os horários.

Carlos

Entendo, isso é mais comum do que a senhora imagina. Podemos trabalhar juntos em estratégias para ajudar a senhora a lembrar de tomar seus medicamentos corretamente. Que tal?



Ana

Isso seria ótimo!

Carlos

Perfeito! Vamos organizar isso e também pensar mais à frente em algumas mudanças na sua rotina que podem ajudar a melhorar seu sono e sua alimentação.



É possível observar que Carlos inicia a consulta com uma **pergunta aberta**, permitindo que Ana **compartilhe livremente** o que a está incomodando em relação à sua saúde. Ele demonstra **atenção e valida suas queixas**, abordando fatores que podem estar relacionados aos sintomas, sem entrar imediatamente nas questões sobre doenças diagnosticadas ou medicamentos.

Após isso, Carlos **confirma** com Ana os **problemas de saúde** identificados e **revisa**, com ela, os **medicamentos** que trouxe para a consulta. Nesse momento, ele percebe que Ana tem dificuldade para ler os rótulos e descobre que, ocasionalmente, ela se esquece de tomar os medicamentos. Carlos se mantém **sem emitir julgamentos ou questionamentos**, comprometendo-se a **ajudá-la a resolver** essa situação. Essa **abordagem empática** fortalece a **confiança** entre eles e facilita a busca por soluções adequadas.

2.2.2 Dados objetivos

Os dados objetivos correspondem aos resultados obtidos nos exames físicos e laboratoriais, testes diagnósticos, incluindo os fatores de risco que podem ser mensuráveis com escalas apropriadas, como o Escore de Avaliação Geral para estratificação do risco de evento cardiovascular (Brasil, 2020). São aqueles dados que conseguimos coletar por meio de prescrição médica (medicamento, dose, posologia), realização da antropometria (peso, altura, circunferência abdominal), exames laboratoriais e laudos de exames (Brasil, 2020). Em conjunto com os dados subjetivos, darão subsídio para a realização da avaliação e formulação do plano de cuidados. Além disso, podem ser úteis para comparar o que foi relatado pelo paciente e o que está efetivamente no prontuário médico do paciente. Alguns elementos constituem os dados objetivos:

a) **Problemas de saúde atuais:** são as doenças diagnosticadas ou condições relatadas pelo paciente, o profissional que realizou o diagnóstico, o início ou tempo de diagnóstico e se a condição está ou não controlada. No PEC essas informações estão disponíveis na aba **"lista de problemas"**. O raciocínio clínico do farmacêutico deve ser capaz de reconhecer sinais ou sintomas que podem estar ou não associados às doenças diagnosticadas.

b) **Tratamento atual:** nesta etapa, o farmacêutico deve acessar os dados disponíveis na prescrição, incluindo medicamento, forma farmacêutica, concentração por unidade posológica, indicação, data de início de uso, via de administração, dose e posologia, e compará-los com as informações já coletadas durante a anamnese. Na Atenção Básica e em nível ambulatorial, uma estratégia eficaz que enriquece essa análise é solicitar que o paciente traga os medicamentos que utiliza para a consulta. Isso permite observar possíveis medicamentos em uso fora da prescrição e identificar problemas relacionados ao automanejo da farmacoterapia, como baixo letramento e dificuldades de acuidade visual.

c) **Exames físico e laboratoriais:** podem estar disponíveis tanto no prontuário físico ou eletrônico do paciente quanto em exames trazidos por ele. A Resolução n.º 585 do Conselho Federal de Farmácia, de 29 de agosto de 2013, incluiu como atribuição do farmacêutico no âmbito da atuação clínica "XI – Solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a **finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia**" e "XII – Avaliar resultados de exames clínico-laboratoriais do paciente, como instrumento para individualização da farmacoterapia" (CFF, 2013). Esses dados subsidiam várias decisões clínicas, pois permitem avaliar a efetividade e a segurança do tratamento, em todos os níveis de atenção, além de permitir realizar o acompanhamento

farmacoterapêutico. De acordo com a disponibilidade de instrumentos técnicos como glicosímetro e esfigmomanômetro, o farmacêutico também pode realizar a aferição de parâmetros clínicos como glicemia capilar e pressão arterial, respectivamente, sendo úteis no âmbito tanto do acompanhamento farmacoterapêutico já citado quanto no **rastreamento em saúde**.

A consulta prossegue:

Carlos

Dona Ana, a senhora trouxe algum exame recente que possamos analisar juntos?



Ana

Sim, trouxe sim. Está aqui.

Carlos

Vamos dar uma olhada [examinando os resultados]. Vejo que sua hemoglobina glicada está em 8,9%. Isso indica que precisamos ter uma conversa sobre o controle do seu diabetes.



Ana

Ah, eu não sabia que estava tão alta.

Carlos

É compreensível, mas é importante ficarmos atentos. Agora, vamos aferir sua pressão arterial para termos uma visão mais completa da sua saúde [realizando a aferição].



[Após aferir.]

Carlos

Sua pressão também está um pouco elevada, está em 16 por 9. Isso pode estar relacionado ao seu estilo de vida e ao controle do diabetes.



Ana

Nossa, isso me preocupa. O que eu posso fazer?

Carlos

Vamos trabalhar juntos em um plano. Deixa eu dar uma olhada na sua prescrição. Vejo que a senhora está usando metformina 850 mg três vezes ao dia, losartana 50 mg pela manhã e HCTZ 25 mg também pela manhã. Como a senhora está se sentindo com esses medicamentos?



Ana

Às vezes, eu esqueço de tomar a metformina porque tenho de tomar muitas vezes ao dia.

Carlos

É importante manter a regularidade, especialmente com a metformina, já que seu açúcar no sangue está um pouco alto. Podemos pensar em estratégias para ajudá-la a se lembrar de tomar os medicamentos. E, quanto à losartana e ao HCTZ, a senhora tem notado algum efeito colateral?



Ana

Não, acho que não. Só me sinto um pouco cansada às vezes.

Carlos

Entendo. Isso pode estar relacionado ao seu controle geral da saúde. Vamos ajustar sua alimentação, incluir atividade física e discutir a adesão aos medicamentos. O objetivo é melhorar tanto sua pressão arterial quanto seu açúcar no sangue. Que tal?



Ana

Isso seria ótimo, Dr. Carlos. Quero me cuidar melhor.

Carlos

Perfeito! Estou aqui para ajudar nessa jornada. Vamos elaborar um plano que funcione para a senhora.



Durante a anamnese, o farmacêutico Carlos também obtém **dados objetivos**, como a **hemoglobina glicada** e a **pressão arterial**, além de confirmar os medicamentos com base na **prescrição médica**. Nesse momento, ele observa que Ana está com a hipertensão e o diabetes não controlados. Com essas informações em mãos, Carlos tem suporte suficiente para a realização da avaliação e do plano de cuidado, **retomando** elementos discutidos anteriormente na coleta dos **dados subjetivos**. Essa estratégia se mostra eficaz para o **raciocínio clínico**, permitindo que ele conecte as queixas da paciente às suas condições de saúde e proponha intervenções adequadas para melhorar seu estado geral.

2.2.3 Avaliação

Com base nos dados coletados, tanto subjetivos quanto objetivos, inicia-se a fase de avaliação. Essa etapa vai além da simples identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia (PRFs) e requer do farmacêutico uma visão holística do paciente. Isso permite observar fatores que podem influenciar, direta ou indiretamente, a saúde dele.

2.2.3.1 Avaliação dos determinantes sociais de saúde

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu um novo conceito de saúde, rompendo com o modelo biomédico predominante até então, que entendia a saúde como mera ausência de doença. O novo conceito define saúde como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social”, incorporando uma visão multidimensional que coloca o indivíduo no centro do cuidado. Esse conceito considera fatores como cultura, estilo de vida, gênero, etnia, grau de inclusão social, idade, comportamentos relacionados à saúde, além das condições de trabalho e educação, reconhecendo que todos esses elementos influenciam, direta ou indiretamente, a saúde do indivíduo (Brasil, 2020). Esses fatores devem ser considerados em todos os âmbitos de atuação do farmacêutico, de maneira a promover a equidade em saúde, sendo especialmente relevantes na proposição de um plano farmacoterapêutico. Levar em conta aspectos como cultura, estilo de vida e condições sociais é fundamental para garantir que o tratamento seja eficaz, seguro e adaptado às necessidades individuais do paciente. Alguns exemplos de influência desses determinantes estão enunciados no Quadro 2.

Quadro 2 – Exemplos de determinantes sociais e evidências que corroborem sua influência sobre desfechos de saúde

Determinante Social	Exemplo
Educação	Observa-se aumento na prevalência de complicações por diabetes conforme o nível de escolaridade e de renda é reduzido (Neves <i>et al.</i> , 2023).
Condição socioeconômica	A probabilidade de não adesão à farmacoterapia, no Brasil, é maior entre os indivíduos de pior condição socioeconômica (Drummond; Simões; Andrade, 2020).
Habitação	Crianças que vivem em moradias com condições ruins ou irregulares tendem a apresentar maior prevalência de problemas respiratórios (Brasil, 2009).
Água e esgoto	A deficiência ou a ausência de serviços de água elevam o risco de hepatite A (Braga <i>et al.</i> , 2008).

Fonte: elaboração própria.



Interface com o caso:

- Ana está preocupada devido ao desemprego do filho: estresse pode ter relação com a elevação da pressão arterial.
- Família com baixa condição socioeconômica.

2.2.3.2 Avaliação dos sinais e sintomas, dos resultados antropométricos e dos exames laboratoriais e complementares

Esta etapa possibilita a análise da “fotografia do paciente”. Ao examinar sinais e sintomas, o farmacêutico pode correlacioná-los com o estado atual da doença, observando possíveis agudizações, indícios de falta de controle, reações adversas aos medicamentos ou novas queixas não relacionadas a condições previamente diagnosticadas (Brasil, 2020). Os sinais vitais – como pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória – são dados essenciais a serem avaliados. Eles podem revelar, por exemplo, descontrole da pressão arterial em pacientes com hipertensão, sinais de hipoglicemia em pacientes que usam medicamentos secretagogos de insulina, febre relacionada a processos infecciosos, taquipneia em pacientes com agudização de crise asmática, ou até mesmo ajudar no rastreamento de condições ainda não diagnosticadas.

Outros sinais podem estar associados ao uso de medicamentos, como, por exemplo, paciente com tosse em uso de enalapril, um medicamento inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA), aumento da frequência cardíaca em paciente em uso de medicamento broncodilatador de ação curta, rash cutâneo associada ao uso de algum medicamento.

A avaliação dos sinais e sintomas pode, em diversas situações, ser fundamentada nos resultados de exames laboratoriais. Um exemplo comum observado em atendimentos clínicos pode ser o de um paciente com diabetes tipo II, diagnosticado há cinco anos. Durante a consulta, ele relata queixas de poliúria, polidipsia e polifagia. Esses sintomas são indicativos de descontrole glicêmico.

Os exames laboratoriais revelam um valor de hemoglobina glicada (HbA1c) de 8,9%, indicando que o controle da glicemia não está adequado. Esse resultado confirma a suspeita clínica de que o paciente está enfrentando dificuldades em manter a glicose dentro da faixa desejada, corroborando as queixas relatadas.



Interface com o caso:

- Sintomas: cansaço e dor no estômago podem estar relacionados à insônia, à má alimentação ou ao descontrole do diabetes.
- Sinais: pressão arterial e hemoglobina glicada elevadas podem estar associadas ao descontrole da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

Além da expertise adquirida por meio do método clínico, é fundamental que, durante toda a avaliação, o farmacêutico tenha acesso a fontes de informação sobre as doenças, os medicamentos e os protocolos de tratamento, que tenham qualidade e sejam atualizadas. Isso é crucial para fundamentar sua prática em saúde baseada em evidências, garantindo que as decisões tomadas sejam informadas e eficazes.

Fontes de consulta:

- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.
- Formulário Terapêutico Nacional.
- Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS).
- Diretrizes clínicas de sociedades científicas (por exemplo, Sociedade Brasileira de Diabetes, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica, *American Heart Association*, entre outras).
- Site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- Bases de dados como MedLine®, Cochrane®, UpToDate®, Micromedex®, Drugs.com®, entre outras.

Para saber como realizar uma busca adequada em bases de dados científicos, acesse a aula 7 do 2º volume da coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico*, disponível no link:

<https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/cuidado-farmaceutico-metodo-clinico/>.

2.2.3.3 Revisão da farmacoterapia

A revisão da farmacoterapia é uma avaliação técnica dos medicamentos em uso pelo paciente. Ela deve ser realizada sistematicamente em todas as consultas no âmbito do Cuidado Farmacêutico e em todos os níveis assistenciais (Brasil, 2020).

É importante destacar que a revisão da farmacoterapia não pode ser realizada sem uma interface com todos os dados coletados. A avaliação da necessidade e da segurança dos medicamentos, bem como da adesão a eles, requer uma análise abrangente que considere o perfil do paciente, o histórico de uso de medicamentos, a história clínica, sinais e sintomas, além dos resultados de exames laboratoriais. Para realizá-la, o farmacêutico deve ter conhecimento ou acesso a informações de indicação, dose, via de administração, frequência e duração do tratamento, metas terapêuticas, além de conhecimentos, experiências e comportamentos do paciente em relação ao tratamento.

A farmacoterapia é considerada ideal quando o paciente utiliza todos os medicamentos necessários, evita aqueles desnecessários, compreende e consegue cumprir o regime posológico, adere ao tratamento de forma ativa, apresenta a resposta

esperada aos medicamentos, tem um regime posológico adequado para alcançar as metas terapêuticas e não desenvolve novos problemas de saúde nem agrava condições preexistentes (Brasil, 2020).

Existem diferentes métodos para realizar a revisão da farmacoterapia, como o Dáder, o PW (*Pharmacist's Workup*) ou o modelo de Minnessota e MAI (*Medication Appropriateness Index*). Cada um dos modelos apresenta peculiaridades e pode ser escolhido de acordo com a experiência de uso. O Ministério da Saúde, em seu curso "Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico", sugere a aplicação do instrumento MAI adaptado, em que 17 perguntas são desenvolvidas para nortear o raciocínio clínico (Brasil, 2020).

ITEM

1. Os medicamentos têm indicação para esse paciente?
2. Os medicamentos estão em acordo com diretrizes/protocolos?
3. Todas as condições clínicas estão sendo tratadas?
4. As doses estão corretas?
5. A duração do tratamento está correta?
6. Os horários de administração estão corretos?
7. As instruções de uso ao paciente estão corretas?
8. Há algum medicamento contraindicado para esse paciente?
9. Há alguma interação medicamentosa relevante?
10. Há alguma duplicidade terapêutica?
11. Os medicamentos são os mais custo-efetivos disponíveis?
12. As vias de administração são adequadas para esse paciente?
13. Todos os parâmetros de efetividade estão disponíveis?
14. Todos os tratamentos são efetivos?
15. Há algum sinal/sintoma de RAM?
16. Há algum sinal/sintoma de intoxicação medicamentosa?
17. Há algum outro problema detectado?

Durante a revisão da farmacoterapia, o farmacêutico deve atentar-se para a utilização de instrumentos específicos em determinadas populações, como o critério de Beers, que lista os medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, ou o critério START/STOPP, que lista os medicamentos que devem ser iniciados ou interrompidos em idosos. Além disso, devem ser observadas as listas de medicamentos inapropriados para grávidas e lactantes e orientações de uso de medicamentos na população pediátrica.

Os critérios de Beers foram definidos pela *American Geriatrics Society* (Sociedade Americana de Geriatria) para o uso seguro de medicamentos por idosos, e auxiliam na identificação de medicamentos potencialmente inapropriados nessa faixa etária, por serem ineficazes ou por oferecerem alto risco de eventos adversos. Você pode acessar a lista de medicamentos e acompanhar suas atualizações no endereço <https://geriatricscareonline.org/>.

Já os critérios START/STOPP (STOPP: *Screening Tool of Older Person's Prescriptions*; e START: *Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*) foram criados por um painel de especialistas europeus em medicina e farmacologia geriátrica para suprir as possíveis deficiências dos critérios de Beers. Incluem medicamentos considerados potencialmente inapropriados (denominados STOPP) e medicamentos potencialmente omitidos (denominados START, são aqueles essenciais para o sucesso do tratamento e para preservar a saúde do idoso). A versão mais recente está disponível em https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10231291/pdf/41999_2023_Article_784.pdf.

Interface com o caso:

A partir das informações obtidas, podemos dizer que os tratamentos não estão sendo efetivos (Pergunta 14), tendo como causa um problema de adesão não intencional (Pergunta 17). Todas as demais perguntas podem ser classificadas pelo instrumento MAI como "SIM".

2.2.3.4 Identificação e classificação de PRFs

Durante a revisão da farmacoterapia e após a análise de todos os dados subjetivos e objetivos coletados, busca-se identificar os problemas, reais ou potenciais, relacionados à farmacoterapia. Segundo Cipolle e colaboradores (2004), PRF pode ser definido como “qualquer evento indesejável apresentado pelo paciente que envolve ou suspeita-se que tenha sido causado pelo medicamento e que realmente ou possivelmente interfere em uma evolução desejada do paciente”. Neste material, adotaremos a classificação dos **PRFs** em quatro categorias: **necessidade, efetividade, segurança e adesão**, de acordo com documentos e materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2020, 2023).

A avaliação dos PRFs deve manter essa ordem de investigação, sendo a adesão transversal aos PRFs de efetividade e segurança, mas subordinada à necessidade/ indicação. A seguir, explicaremos cada uma das categorias e traremos exemplos em que cada um dos problemas pode ser encontrado.

PRF de necessidade/indicação:

[...] medicamento que foi prescrito ao paciente não é necessário/indicado para o tratamento do problema de saúde ou paciente necessita de um medicamento para tratar um problema de saúde que ainda não foi prescrito ou indicado até o momento (condição não tratada) (Brasil, 2020).

No box a seguir, oferecemos um exemplo de PRF de necessidade:



João, de 37 anos, é um paciente do sexo masculino que foi diagnosticado com hipertensão arterial há dois anos. Desde o início do tratamento, ele utiliza apenas hidroclorotiazida 25 mg, uma vez ao dia. Ao longo desse período, João confirmou a adesão ao tratamento, afirmando que toma o medicamento regularmente, conforme prescrito. João comparece à consulta relatando que, apesar de seguir corretamente o tratamento, sua pressão arterial permanece elevada. Ele se sente preocupado com a falta de controle, pois já teve episódios de dor de cabeça e cansaço. Durante a consulta, o farmacêutico realiza a aferição da pressão arterial e observa que está significativamente elevada, o que indica que a hidroclorotiazida, isoladamente, não está sendo suficiente para controlar a hipertensão de João.

Há, nesse caso, um **PRF de necessidade**, em que deve ser considerada a adição de um segundo anti-hipertensivo, como um inibidor da ECA ou um antagonista do receptor de angiotensina II (SBC, 2020).

PRF de efetividade: resposta terapêutica apresentada pelo paciente não adequada. Antes de afirmar que se trata de um problema de efetividade, há a necessidade de excluir a possibilidade de não adesão ao tratamento, intencional ou não intencional (Brasil, 2020). Pode estar associado à subdose terapêutica, à interação medicamentosa que interfira na efetividade de algum medicamento ou a condições orgânicas que exijam ajuste de dose, por exemplo.

Maria, uma mulher de 54 anos, foi diagnosticada com diabetes tipo 2 há três anos. Desde o início do tratamento, ela utiliza apenas metformina 850 mg, tomando um comprimido uma vez ao dia. Maria relata que é aderente ao tratamento e sempre segue as orientações médicas. Maria comparece à consulta para um acompanhamento regular e apresenta preocupação com o controle do diabetes. Ela menciona que, apesar de seguir corretamente a medicação e manter uma dieta equilibrada, sente-se cansada e com frequente vontade de urinar. Durante a consulta, é feita a avaliação da hemoglobina glicada, que resulta em 8,1%. Esse valor indica que o controle glicêmico não está adequado, considerando que o objetivo é mantê-la abaixo de 7%.



Apesar da boa adesão ao tratamento com metformina, a hemoglobina glicada elevada sugere que a dose de metformina não está sendo suficiente para controlar a glicemia de Maria, considerando que, segundo as diretrizes, pode ser utilizada uma dose de até 2.550 mg/dia (Lyra *et al.*, 2024), configurando um **PRF de efetividade**.

PRF de segurança: relacionado à ocorrência ou ao risco de eventos que possam comprometer a segurança do paciente em decorrência do uso de medicamentos. Inclui situações como a presença de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos. A identificação desses eventos é fundamental, pois podem interferir de forma negativa na adesão ao tratamento e no controle dos problemas de saúde dos usuários.



José, um homem de 60 anos, tem histórico de infarto do miocárdio há dois anos e faz uso regular de Aspirina® 100 mg diariamente como parte da sua terapia de prevenção secundária para eventos cardiovasculares. Além disso, ele tem hipertensão controlada com medicamentos e relata que sua saúde estava estável até recentemente. José comparece à consulta relatando irritação e sangramento estomacais. Ele menciona que, nos últimos dias, tem sentido dor abdominal, especialmente na região superior, acompanhada de náuseas e episódios de vômito com sangue. José está preocupado e sente-se ansioso sobre o que isso pode significar para sua saúde. Durante a anamnese, o farmacêutico questiona José sobre seus hábitos alimentares e o uso de outros medicamentos. José admite que tem tomado anti-inflamatórios não esteroides (Aine) para dor nas articulações, prescritos pelo médico. José é encaminhado para o médico, que solicita uma endoscopia digestiva e exames laboratoriais, em que são identificadas lesões na mucosa gástrica, sugerindo gastrite erosiva, e o exame de sangue revela anemia leve, possivelmente associada à perda de sangue.

O uso contínuo de Aspirina®, combinado com o uso de Aine, contribuiu para a irritação e o sangramento gástricos. Os medicamentos eram necessários para o

tratamento das condições de José, mas a combinação de dois medicamentos que reduzem a produção de prostaglandinas, que ajudam a proteger o trato digestivo do ácido gástrico, pode ter provocado o sangramento (Micromedex, c2025), configurando-se como um **PRF de segurança**.

PRF de adesão: a extensão na qual o comportamento de uma pessoa – usar medicamentos, seguir uma dieta e/ou executar mudanças de estilo de vida – não corresponde com as informações acordadas com um profissional de saúde (Brasil, 2020).

A não adesão ao tratamento medicamentoso pode ser categorizada em cinco dimensões, formando um modelo multidimensional de adesão (SABATÉ *et al.*, 2003). Essas dimensões são:

- **Fatores relacionados ao paciente:** incluem características individuais, como crenças, conhecimentos sobre a doença e o tratamento, motivação, habilidades para lidar com a terapia e questões emocionais que podem impactar a adesão.
- **Fatores socioeconômicos:** referem-se a aspectos como nível de renda, educação, acesso a medicamentos e condições de vida que podem dificultar a adesão ao tratamento.
- **Fatores relacionados ao tratamento:** envolvem características da terapia, como complexidade do regime (número de doses, horários), efeitos colaterais, custo dos medicamentos e percepção de eficácia do tratamento.
- **Fatores relacionados à condição de saúde/doença:** consideram a gravidade da doença, a presença de comorbidades, a duração do tratamento e a visibilidade dos sintomas, que podem influenciar a motivação do paciente para seguir o tratamento.
- **Fatores relacionados aos serviços de saúde e/ou à equipe de saúde:** incluem a qualidade do atendimento, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, a disponibilidade de recursos e suporte, além da abordagem da equipe em relação à educação e ao envolvimento do paciente.



Paulo, um homem de 42 anos, tem um histórico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2 diagnosticados há cerca de cinco anos. Ele foi orientado a iniciar o tratamento com um inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA), para controle da pressão arterial, e metformina para o diabetes. Paulo comparece à consulta com queixas de fadiga e desmotivação. Ao ser questionado sobre a adesão ao tratamento, ele admite que não tem tomado os medicamentos prescritos há aproximadamente três meses. Durante a conversa, Paulo revela que um amigo próximo lhe informou que o medicamento poderia causar impotência sexual. Preocupado com essa possibilidade, ele decidiu interromper o uso dos medicamentos sem consultar seu médico. O farmacêutico realiza uma avaliação da pressão arterial e dos níveis glicêmicos. A pressão arterial está elevada, e a glicemia apresenta valores acima do recomendado, indicando descontrole das condições de saúde. Paulo também menciona sentir-se mais cansado e com dificuldade em realizar suas atividades diárias.

Paulo interrompeu o uso de seus medicamentos prescritos, o que caracteriza uma **não adesão** à farmacoterapia, logo a classificação como um **PRF de adesão**, que impacta diretamente o controle da hipertensão arterial e do diabetes, aumentando o risco de complicações.

Interface com o caso:

- Ana se esquece de tomar seus medicamentos – PRF de adesão.
- Dor no estômago: PRF de necessidade?

2.2.4 Plano de cuidado

No processo de trabalho do farmacêutico, a partir do raciocínio clínico, é vital que seja disponibilizado, ao final da consulta, um produto para as pessoas envolvidas, uma devolutiva, ainda que incipiente, resultante do Cuidado Farmacêutico: o **plano de cuidado**. Esse plano pode conter intervenções direcionadas para o paciente, para sua família ou para algum profissional da equipe de saúde, a fim de garantir que a farmacoterapia seja efetiva e que se minimizem os problemas relacionados à saúde do paciente.

Nesse processo de cuidado, é fundamental que o farmacêutico pense em **objetivos e metas**, que devem ser apropriados às necessidades e ao contexto do

paciente. Esses objetivos e metas devem ser explicitados ao paciente e, sempre, **fundamentados**. É importante salientar que, em algumas situações, o uso de **metas rígidas pode dificultar o cumprimento do plano**. Como exemplo, podemos citar uma possível proposição de perda de peso drástica em um paciente obeso. A adoção dessa meta pode desestimular o paciente, que possivelmente interpretará o plano como não factível e o abandonará. Nesse caso, como alternativa, poderíamos incentivá-lo à adoção de um novo estilo de vida que resultasse em perda de peso sustentada e gradual.

Em seguida, é necessário pensar em **estratégias para alcançar esse objetivo**, que podem ser **medidas farmacológicas e não farmacológicas, prevenção de doenças ou promoção da saúde** (Brasil, 2020). As estratégias devem ser pensadas tendo em vista todas as questões biopsicossociais da pessoa e todo o arcabouço que já traz, de concepções sobre sua doença, sentimentos e expectativas. Em algumas ocasiões, o problema pode ser cognitivo e as estratégias e intervenções devem ser revisadas metodologicamente. Outro fator a ser considerado é que, em muitas situações, é inviável a resolução de todos os problemas do paciente em uma consulta, exigindo-se a criação de estratégias de priorização. Portanto o farmacêutico deve avaliar criticamente qual problema deve ser abordado primeiramente, e assim por diante. Nesse sentido, a definição do estágio da doença (manifestação aguda ou problema crônico), a observância da gravidade, a percepção do paciente quanto à gravidade e à urgência do problema e o potencial do farmacêutico para resolver tal problema são fatores que devem nortear a conduta clínica (Brasil, 2020).

A seguir, o diálogo entre o farmacêutico Carlos e Ana é retomado para avaliarmos e ilustrarmos elementos essenciais do plano de cuidados, mencionados anteriormente.

Carlos

Dona Ana, hoje vou propor algumas intervenções que podem melhorar suas queixas de insônia e dor no estômago, além de ajudar no controle da sua condição de saúde. O que a senhora acha de trabalharmos juntos nisso?



Ana

Sim, isso seria ótimo. Preciso de ajuda.

Carlos

Vamos lá. Primeiro, gostaria de sugerir que a senhora adotasse uma alimentação mais saudável. Isso pode fazer uma grande diferença no seu controle da diabetes. Posso encaminhá-la para a nutricionista da unidade. Ela pode ajudar a senhora a montar um plano alimentar que se encaixe na sua rotina e nas suas necessidades.





Ana

Isso seria muito útil. Às vezes, fico confusa sobre o que devo comer.

Carlos

Com certeza! Além disso, para garantir que a senhora não se esqueça de tomar seus medicamentos, podemos criar alertas no seu celular. A senhora se sentiria confortável com isso?



Ana

Ah, sim! Eu geralmente esqueço. Um lembrete seria bom.

Carlos

Ótimo! Assim, a senhora pode programar alertas para os horários de cada medicamento. Isso é fundamental para manter o tratamento em dia e controlar seu açúcar do sangue e a pressão.



Ana

Verdade, eu preciso disso.

Carlos

Também gostaria de falar sobre a sua situação financeira. A senhora mencionou algumas dificuldades. Posso encaminhá-la para a assistente social da unidade, que poderá ajudar a verificar se a senhora pode receber algum tipo de apoio.



Ana

Isso seria uma grande ajuda. Estou preocupada com os custos.

Carlos

Entendo, dona Ana. É importante que a senhora tenha acesso aos cuidados de que precisa. Quero que saiba que estamos aqui para apoiá-la.





Ana

Muito obrigada, Carlos. Estou me sentindo mais esperançosa.

Carlos

Fico feliz em ouvir isso! Vamos reagendar uma nova consulta em três meses para avaliar seu progresso e ajustar o que for necessário. O que acha?



Ana

Perfeito! Estou pronta para começar.

Carlos

Excelente! Estarei torcendo pela senhora, dona Ana. Até a próxima!



Podemos observar que o farmacêutico Carlos desenvolve um **plano de cuidados centrado na paciente**, assumindo a **corresponsabilidade pelo acompanhamento de seu tratamento**. Primeiramente, ele propõe estratégias para promover uma **alimentação saudável**, recomendando o **encaminhamento** de Ana à nutricionista da equipe, profissional capacitada para elaborar um plano alimentar personalizado, considerando as necessidades e as particularidades da paciente. Em seguida, Carlos sugere a **criação de alertas** no celular de Ana para garantir que ela não se esqueça de tomar os medicamentos conforme a prescrição, uma ferramenta prática para **reforçar a adesão** ao tratamento.

Além disso, ele **reconhece** a dificuldade financeira de Ana como um **determinante social relevante** para a saúde dela, por isso sugere o encaminhamento à assistente social, que pode ajudar a buscar alternativas e recursos para aliviar essa situação. Ao final da consulta, Carlos demonstra uma **atitude empática**, reafirmando seu compromisso com o cuidado de Ana e buscando fortalecer a relação de confiança entre eles. Ele, então, **agenda uma nova consulta** para **avaliar o cumprimento das metas estabelecidas, verificar a evolução do estado de saúde da paciente e ajustar o plano de cuidados**, se necessário.

Essa abordagem integrada e personalizada reflete o papel do farmacêutico na **gestão do cuidado** de forma **holística**, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores sociais e emocionais que impactam a saúde da paciente.

3 CUIDADO FARMACÊUTICO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Agora que já abordamos o método clínico, essencial para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico, discutiremos como ele pode ser utilizado em uma atividade primordial do farmacêutico: a dispensação de medicamentos. Contudo, antes de iniciarmos, vamos compreender alguns conceitos importantes para a Assistência Farmacêutica no SUS.

3.1 O que é a Rename?

Rename é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

A Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011, determina que o acesso aos medicamentos se dê “com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta lei”. Do mesmo ano, o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho, dispõe que a Rename “compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS”.

Os medicamentos são escolhidos com base em critérios de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros, a partir das melhores evidências científicas disponíveis, e estão em consonância com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.

A Rename deve ser atualizada a cada dois anos.

Os medicamentos são apresentados de acordo com o grupo de financiamento da Assistência Farmacêutica ao qual pertencem:

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf)
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)
- Insumos



Relação Nacional de
**MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS** **RENAME**

A Rename fica disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>

Estados e municípios podem elaborar suas próprias listas de medicamentos, com base na Rename, mas atendendo as necessidades locais específicas e incluindo e/ou excluindo alguns itens, conforme o perfil farmacoepidemiológico.

Relações estaduais de medicamentos costumam ser chamadas de Resme, e as relações municipais, de Remume.



**O seu estado ou município possui
uma Resme ou Remume?**

3.2 O que é dispensação de medicamentos?

Dispensação é definida como “ato do farmacêutico de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não”. Segundo o Conselho Federal de Farmácia (CFF), é uma atribuição indelegável do farmacêutico, e a presença e a atuação desse profissional são requisitos essenciais para que seja realizada.

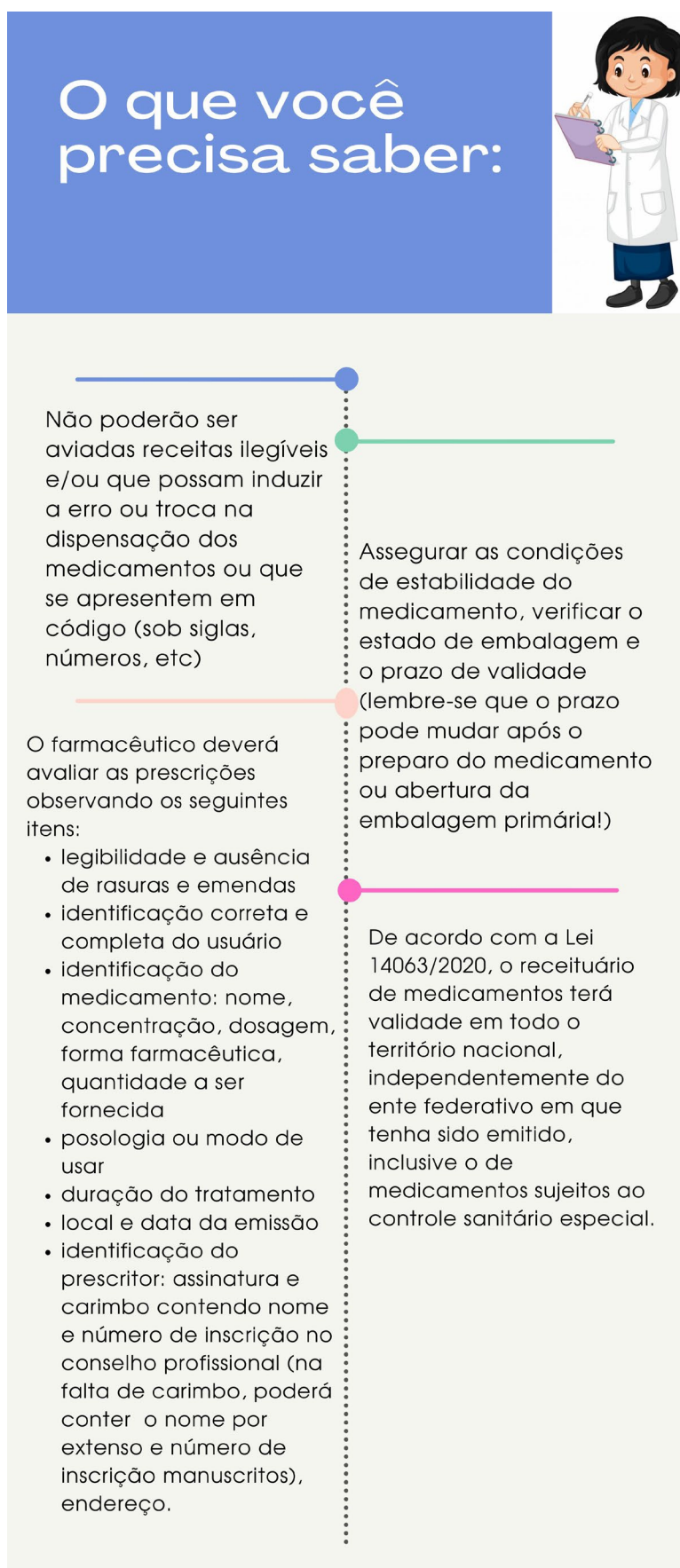
Como vimos na Figura 1 e no Quadro 1, a dispensação é um serviço clínico realizado por farmacêuticos e direcionado ao paciente, à família e à comunidade, e faz parte da dimensão clínico-assistencial do Cuidado Farmacêutico.

É preciso garantir que o usuário receba um medicamento de qualidade, atendendo a padrões de segurança e eficácia, de modo a garantir o Uso Racional de Medicamentos. Para que isso aconteça, aspectos técnicos e legais da prescrição devem ser avaliados, e todas as informações pertinentes devem ser fornecidas ao paciente.

A qualificação da dispensação contribui para consolidar o Cuidado Farmacêutico como uma prática que fornece resultados concretos para a melhoria dos resultados clínicos do paciente e a redução de custos para o sistema de saúde.

A primeira dispensação de um medicamento pode ser a oportunidade de identificar usuários que necessitem de um acompanhamento mais intensivo em relação ao uso de medicamentos, bem como esclarecer dúvidas e angústias do usuário em relação ao seu problema de saúde e tratamento. No Apêndice, apresentamos um fluxograma que pode ajudar na realização desse processo, e, na Figura 3, os principais elementos técnicos que devem ser observados durante a dispensação.

Figura 3 – Aspectos técnicos e legais que devem ser observados durante o ato da dispensação



Fonte: elaboração própria.



Imagem: Flaticon.

O prescritor deve ser contatado para esclarecer eventuais problemas ou dúvidas detectadas no momento da avaliação da receita.

É prerrogativa do farmacêutico decidir, de forma justificada, pela dispensação ou não da prescrição, com vistas a garantir a segurança e a eficácia da farmacoterapia (CFF, 2022).

Se for a primeira vez que o usuário irá utilizar o medicamento, provavelmente ele terá algumas dúvidas!

Procure garantir um ambiente adequado para a dispensação, sem distrações ou interrupções, que ofereça conforto e privacidade.



Imagem: Freepik.

Antes de iniciar a dispensação, apresente-se como farmacêutico e explique sobre a dispensação qualificada (sua finalidade, o tempo de duração). Verifique a aceitação e a disponibilidade do usuário para o serviço. Caso a pessoa não concorde em receber o atendimento diferenciado (pode estar com pressa, ou não ser o próprio usuário do medicamento, ou, ainda, pode estar relutante com essa nova "modalidade" de atendimento), ofereça outro momento para o atendimento ou forneça materiais educativos que contenham as principais orientações.

O uso de materiais educativos é uma ótima ferramenta para reforçar as orientações e melhorar os resultados do tratamento!



Imagem: Freepik.

Faça a conferência do medicamento que está sendo entregue junto com o paciente, apontando o nome do medicamento e mostrando o mesmo na prescrição. Isso facilita a identificação do medicamento por parte do paciente e ajuda a evitar erros de dispensação. Cuidado com embalagens parecidas, nomes parecidos, caligrafias duvidosas... não tenha pressa nesse momento!

Figura 4 – Orientações essenciais que devem ser fornecidas ao paciente durante o momento da dispensação



Fonte: elaboração própria.

Informações essenciais a serem repassadas ao paciente sobre o acesso aos medicamentos:

- > Qual o momento e quais os procedimentos para renovação da prescrição, a fim de garantir a continuidade do tratamento.
- > Guardar a prescrição para consulta, caso surja alguma dúvida e como comprovante de retirada do medicamento.
- > Atentar ao prazo de validade da prescrição (consultar legislação específica para o medicamento prescrito e/ou tipo de receita, ou normas institucionais próprias).

A seguir, temos uma situação em que a nossa paciente, Ana, iniciará o uso de um novo medicamento prescrito por seu médico. Acompanhe o atendimento do farmacêutico Carlos.



Ana

Oi, bom dia! Eu vim pegar um remédio que o médico passou hoje.

Carlos

Bom dia, dona Ana! Deixe eu dar uma olhada na receita. Esse medicamento, carvedilol, é para a senhora mesma?



Ana

Sim, para mim. Vou começar a tomar agora.

Carlos

Certo! Então, vou explicar direitinho como usar e alguns cuidados importantes. O **carvedilol** ajuda a tratar **problemas no coração**, deixando-o mais forte e melhorando a circulação do sangue. Conforme a receita, a senhora deve tomar um comprimido de 25 mg **duas vezes por dia**, sempre junto com a comida, fazendo um intervalo de 12 horas entre uma dose e outra. Isso ajuda a evitar tontura e outros efeitos indesejados.



Ana

E por quanto tempo vou precisar tomar?

Carlos

Esse é um tratamento **contínuo**, ou seja, tem que tomar todo dia, do jeito que o médico indicou. Mesmo que se sinta bem, **não pare por conta própria**, porque isso pode fazer mal.



Ana

Esse remédio pode dar algum efeito ruim??

Carlos

Pode, sim. Algumas pessoas sentem **tontura, cansaço, pressão baixa ou batimentos mais lentos**. A tontura pode ser mais forte se a senhora tomar bebida alcoólica, viu? Se sentir tontura ao se levantar, tente levantar devagar. Mas, se tiver algo muito forte ou diferente, avise o médico.



Ana

E os outros remédios que eu já tomo? Pode dar algum problema?

Carlos

Ótima pergunta, dona Ana! Vou verificar no sistema quais medicamentos a senhora está usando [consulta o sistema de dispensação de medicamento do SUS]. Estou vendo que a senhora retira aqui na farmácia do posto a losartana, a hidroclorotiazida e a metformina. Tem algum outro medicamento que a senhora esteja comprando, ou tomando por conta própria?



Ana

Não, só esses mesmo.

Carlos

Entendi! Então, precisamos ter alguns cuidados. O **carvedilol junto com a losartana e a hidroclorotiazida** pode baixar ainda mais a pressão, então pode ser que no começo a senhora sinta um pouco de tontura. Se perceber fraqueza ou muito cansaço, avise o médico.





Ana

Ah, bom saber, doutor! Vou ficar atenta.

Carlos

Isso mesmo, dona Ana! Se sentir qualquer coisa diferente, tontura forte ou sintomas estranhos, procure o médico. E se tiver qualquer dúvida, pode contar comigo!



Ana

Certo! E se eu esquecer de tomar um dia? O que faço?

Carlos

Se lembrar logo, **tome assim que puder**. Mas, se já estiver perto do horário da próxima dose, **pule essa** e continue normalmente. **Nunca tome duas doses de uma vez** para compensar. Por falar nisso, os alertas no celular estão ajudando a senhora a se lembrar de tomar os outros medicamentos na hora certa [informação consta do plano de cuidado anteriormente elaborado para a paciente]?



Ana

Ah, estão sim! Isso ajudou bastante.

Carlos

Que bom, então acho que a senhora não vai esquecer de tomar o carvedilol também.



Ana

Acho que não, eu vou guardar ele junto com os outros. E, como você me ensinou, não guardo mais na cozinha, já ensinei todo mundo na família que não pode guardar os remédios na cozinha nem no banheiro, porque podem estragar!

Peça que o usuário repita as instruções fornecidas - é uma ótima maneira de verificar se ele entendeu as orientações.

Carlos

Isso mesmo, dona Ana! Que bom que a senhora lembrou! Agora, antes de finalizarmos, a senhora poderia repetir para mim as principais orientações sobre as quais conversamos? Assim, eu vejo se ficou tudo claro.



Ana

Ah, sim! Então, eu devo tomar **o carvedilol duas vezes por dia, sempre com comida**, certo? Não posso parar por conta própria, mesmo se eu me sentir bem. Também preciso tomar cuidado com a tontura e levantar devagar. Ah, e nada de misturar com álcool, porque pode piorar. Se esquecer uma dose, **não devo dobrar a próxima**, só seguir normalmente.

Carlos

Perfeito, dona Ana! A senhora entendeu direitinho. E, para ajudar ainda mais, eu preparei este **plano escrito** com todas as informações sobre as quais conversamos. Ele diz **como tomar o medicamento, os principais cuidados e o que fazer em caso de dúvidas**. Assim, se precisar conferir alguma coisa em casa, já tem tudo anotado.



Ana

Nossa, doutor, isso vai me ajudar muito! Vou deixar guardado comigo.

Carlos

Que bom! Qualquer dúvida, a senhora pode voltar aqui ou entrar em contato. Estamos sempre à disposição. Cuide-se bem, viu?



Ana

Muito obrigada! Até mais!

Carlos

Até mais, dona Ana!



3.3 Por que é importante realizar uma dispensação qualificada?

O medicamento é uma das ferramentas mais importantes para o controle de doenças. Quando bem utilizado, pode trazer benefícios na qualidade de vida e saúde da população. No entanto, seu uso irracional pode acarretar sérias consequências para os indivíduos e o sistema de saúde. Por esse motivo, a dispensação do medicamento é uma etapa crítica no Uso Racional de Medicamentos.

3.3.1 Segurança do paciente

Tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes podem cometer erros que resultam em danos graves, como prescrever, dispensar, preparar, administrar ou consumir a medicação errada ou de forma inadequada, o que pode resultar em danos graves, deficiência e até mesmo morte. A maior parte dos danos resulta de falhas na maneira como o cuidado é organizado e coordenado, especialmente quando vários provedores de saúde estão envolvidos no cuidado do paciente. Uma cultura organizacional que implementa rotineiramente as melhores práticas e que evita a culpa quando os erros são cometidos é o melhor ambiente para cuidados seguros (Opas/OMS [...], 2021).

Para a OMS, prescritores e dispensadores têm a responsabilidade de oferecer informação segura sobre a terapia farmacológica. Assim, o farmacêutico deve ser capaz de avaliar a prescrição e aumentar a segurança do processo, bem como aumentar as chances de uma farmacoterapia bem-sucedida.

Se o paciente for iniciar o tratamento com um determinado medicamento, é importante verificar os seguintes fatores:

- A presença de contraindicações ao medicamento.
- Se for usuária gestante ou lactante, ou, ainda, se estiver tentando engravidar, certifique-se de que o prescritor considerou essa condição e que o medicamento é adequado para o uso nesse período.
- Caso seja usuário pediátrico, avalie a concentração e a posologia para a faixa etária.
- Sendo usuário idoso, avalie a adequação do medicamento, segundo critérios de Beers e/ou START/STOPP, por exemplo.
- Outras condições que merecem atenção especial: usuário com problemas renais (considerar ajuste de dose), hepáticos, cardíacos.
- A ocorrência prévia de eventos adversos a medicamentos da mesma classe terapêutica.
- Possíveis interações relevantes com outros medicamentos que estejam sendo utilizados.

3.3.2 Melhoria de resultados clínicos

Os farmacêuticos são profissionais capazes de fornecer cuidado em saúde, tanto para os usuários de medicamentos quanto para os demais profissionais da equipe de saúde por meio da educação em saúde.

Considerando que, na Atenção Básica, muitas vezes o farmacêutico é o último profissional de saúde a ter contato com o usuário, é fundamental que esse profissional esteja apto a fornecer as melhores informações para garantir o URM que está sendo dispensado. Os resultados clínicos dependem, em grande parte, do processo de uso do medicamento, e garantir um correto processo de uso aumenta as chances de resultados satisfatórios.

Para garantir um adequado processo de uso, reforce as orientações ao usuário apresentadas ao longo desta publicação. Coloque-se à disposição do usuário, para o caso de ele ter dúvidas no decorrer do tratamento, e garanta um canal de comunicação ágil e eficiente.

3.4 Orientações específicas

Alguns medicamentos, por suas características, seguem normativas próprias, que devem ser observadas, além do que já foi exposto:

3.4.1 Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Ceaf

São medicamentos utilizados no tratamento de condições definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, cujos critérios devem ser atendidos pelo usuário para que ele possa ter acesso. Geralmente, são medicamentos de segunda linha para o tratamento de algumas condições clínicas específicas, como doenças oncológicas, doenças raras e medicamentos de custo elevado. Entre os documentos que precisam ser apresentados, estão:

- Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME).
- Prescrição médica para o tratamento.
- Cópia do documento de identificação do usuário e do comprovante de residência.
- Cópia dos exames e dos documentos dispostos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – cada PCDT pode ter um rol próprio de exames e documentos necessários para garantir o acesso dos usuários aos medicamentos. Além disso, cada ente federativo pode definir exames e documentos específicos para garantir o acesso dos usuários aos medicamentos do Ceaf no SUS.

O farmacêutico deve verificar os critérios de inclusão de cada PCDT, bem como se a prescrição está de acordo com o protocolo.

Devido às características dos medicamentos e das patologias tratadas, a dispensação desses medicamentos requer orientações farmacêuticas mais específicas. Em alguns casos, é necessário o preenchimento de um termo de esclarecimento e de responsabilidade, ou de não gravidez, por exemplo.

Orientar sempre o usuário quanto aos critérios para o acesso aos medicamentos e à renovação do seu processo, para garantir a continuidade do cuidado!

3.4.2 Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – Cesaf

São medicamentos utilizados no tratamento, no controle e na prevenção de doenças e agravos de importância epidemiológica e determinadas socialmente como malária, tuberculose e hanseníase, contemplados em programas específicos do Ministério da Saúde. Cada programa tem suas regras para acesso aos medicamentos e insumos, que incluem vacinas e soros. O farmacêutico deve verificar os critérios de inclusão de cada programa, bem como se a prescrição está de acordo com o preconizado para garantir o acesso aos medicamentos.

Devido às características dos medicamentos e das doenças tratadas, a dispensação desses medicamentos requer orientações farmacêuticas mais específicas.

Orientar sempre o usuário quanto aos critérios para o acesso aos medicamentos e à renovação do seu processo, para garantir a continuidade do cuidado!

3.4.3 Medicamentos antimicrobianos

A dispensação desses medicamentos deve seguir o disposto na RDC Anvisa n.º 471, de 23 de fevereiro de 2021, e deve ocorrer mediante retenção de receita (que deve estar em duas vias, sendo a primeira via devolvida ao usuário com os dados da dispensação, e a segunda via retida na farmácia) e escrituração. A legislação vigente não define um modelo específico de receituário. Não há limite quanto ao número de antimicrobianos prescritos por receita. Além disso, a receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos, desde que não sejam sujeitos a controle especial.

A receita terá validade de dez dias a partir da data de emissão.

Em situações de tratamento prolongado, a receita poderá ser utilizada para retiradas posteriores, dentro de um período de 90 dias, a contar da data de sua emissão. Deverá conter a indicação “uso contínuo” e cada dispensação deve ser feita para períodos de 30 dias.

- No caso de tratamentos relativos aos programas do Ministério da Saúde que exijam períodos diferentes, a receita/prescrição e a dispensação deverão atender às diretrizes do programa.

- Para cada dispensação (inicial ou subsequentes), o procedimento de registro da dispensação na receita deve ser realizado.
- Caso não haja a indicação do uso contínuo, a receita poderá ser aviada somente uma única vez, não podendo ser reutilizada.

3.4.4 Medicamentos sujeitos a controle especial

Por serem medicamentos com potencial de causar dependência ou eventos adversos importantes, a dispensação desses medicamentos deve ser ainda mais cuidadosa. A Portaria SVS/MS n.º 344, de 12 de maio de 1998, traz regras específicas para essa classe de medicamentos, resumidas no Quadro 3.

Quadro 3 – Orientações para a dispensação de medicamentos sujeito a controle especial

Atentar para a necessidade de apresentação da notificação de receita (necessária para medicamentos das listas A, B, C2 e C3) e das duas vias da receita de controle especial, ou receita comum (para medicamentos das listas C e C5).

- Medicamentos da lista A: entorpecentes e psicotrópicos
- Medicamentos da lista B: psicotrópicos e psicotrópicos anorexígenos
- Medicamentos da lista C: outras substâncias sujeitas a controle especial
- Medicamentos da lista C2: retinoides de uso sistêmico
- Medicamentos da lista C3: imunossupressores
- Medicamentos da lista C5: anabolizantes

Atentar para o prazo de validade das prescrições e para a quantidade máxima que pode ser dispensada:

- Validade: válidas em todo o território nacional, por 30 dias a partir da data de emissão, exceto talidomida (NR branca – lista C), cuja validade é de 20 dias e apenas no estado (UF) e no Distrito Federal em que foi emitida.
- Acima das quantidades previstas na Portaria, o prescritor deve preencher uma justificativa contendo o número da Classificação Internacional de Doença (CID) ou o diagnóstico e a posologia, datar e assinar.

Preencher todos os campos de identificação de quem está retirando o medicamento, bem como os dados do medicamento dispensado (lote, data de validade), carimbar e datar a receita, que será devolvida ao usuário ou seu responsável.

Conclusão

Realizar o controle de estoque e escrituração dos medicamentos, conforme a legislação local permitir e exigir.

Fonte: elaboração própria.

Verifique com a autoridade sanitária estadual e/ou municipal se há alguma regulamentação específica no controle de medicamentos constantes na Portaria n.º 344/1998!

A seguir, apresentamos os modelos de notificação de receita e da receita de controle especial em duas vias, para os medicamentos constantes na Portaria SVS/MS n.º 344/1998.

Figura 5 – Modelo de notificação de receita tipo A

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: NÚMERO: **A**

Data: ____ de ____ de ____

Paciente: _____

Assinatura do Emitente: _____ Endereço: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Nome: _____

Quantidade e Apresentação: _____

Forma Farm. Concent. Anál. Posologia: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Data: ____/____/____

Dados da Gráfica: Nome + Endereço Completo + CGC

Fonte: Ribeiro (2020).

Figura 6 – Modelo de notificação de receita tipo B

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: NÚMERO: **B**

____ de ____ de ____

Paciente: _____

Assinatura do Emitente: _____ Endereço: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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 ____ a ____

Fonte: Ribeiro (2020).

Figura 7 – Modelo de notificação de receita de talidomida

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TALIDOMIDA UF: _____ NÚMERO: _____ Data: ____/____/____		IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO Nome: _____ Endereço: _____ Especialidade: _____ C.R.M.: _____ C.P.F.: _____	IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO TALIDOMIDA 100 mg Quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) em comprimidos: _____ dose diária: _____ mg
CID _____	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome: _____ Mãe: _____ Sexo: _____ Fone: () _____ Endereço: _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org. Emissor: _____		DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO Quantidade (Comp.) _____ Nome do Dispensador: _____ Assinatura/Carimbo do Responsável Técnico Data da Dispensação: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE Nº DA UNIDADE: _____ Nº DA INSC. PROD.: _____ DATA DE INSCRIÇÃO: _____	IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (SE FOR O CASO) Nome: _____ Endereço: _____ Fone: () _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org. Emissor: _____		Carimbo Padronizado da Unidade de Saúde

Fonte: Ribeiro (2020).

Figura 8 – Modelo de receituário de controle especial

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 NOME: _____ IDENT: _____ ÓRG. EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ UF: _____ TELEFONE: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR _____ _____ _____ ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

Fonte: Ribeiro (2020).

Utilize os links a seguir para acessar a Portaria SVS/MS n.º 344, de 12 de maio de 1998, e a Portaria n.º 6, de 29 de janeiro de 1999 (Instrução Normativa da Portaria SVS/MS n.º 344/1998), e suas atualizações, em tempo real:

<https://shorturl.at/ROOvO>

<https://shorturl.at/2pUuA>

3.4.5 Prescrição eletrônica

A emissão de documentos eletrônicos é regulamentada desde 2001, por meio da Medida Provisória n.º 2200-2, de 24 de agosto do referido ano, que instituiu a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil). Porém foi com o surgimento da pandemia do novo coronavírus, em 2019, e com a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) pela OMS em 2020, que as prescrições eletrônicas se tornaram mais frequentes. Posteriormente, a regulamentação da Telessaúde, por meio da Lei n.º 14.510, de 27 de dezembro de 2022, ampliou mais ainda as possibilidades de utilização dessa tecnologia para prescrever medicamentos e solicitar exames.

Mas atenção: tais prescrições somente serão válidas quando subscritas com assinatura eletrônica qualificada, ou seja, a que utiliza certificado digital, nos termos do § 1º do art. 10 da Medida Provisória n.º 2200-2/2001.

IMPORTANTE

Receita digitalizada não é prescrição eletrônica!

Uma receita digitalizada é uma foto ou imagem de uma receita originalmente emitida em papel, ou ainda de uma receita eletrônica, e não possui as características de integridade e veracidade exigidas aos documentos da área da saúde.

Prescrição por odontólogos

O cirurgião-dentista tem competência legal e técnica para prescrever diversos medicamentos. A Lei Federal n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966, garante ao cirurgião-dentista o direito de prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas, de uso interno e externo, indicadas em odontologia.

Ou seja: odontólogos estão legalmente habilitados à prescrição de diversas classes de medicamentos, desde que tenham aplicação na odontologia e respaldo científico. A avaliação do farmacêutico deve ser feita em função dos critérios legais e técnicos já mencionados, e, em caso de dúvida, o prescritor deve ser consultado para esclarecimentos.

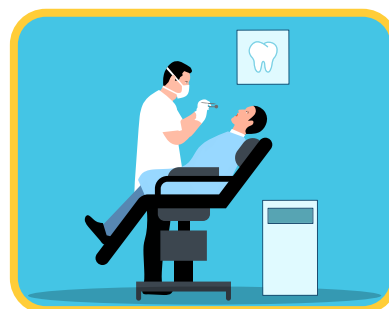


Imagem: Pixabay.

Para analisar a prescrição medicamentosa feita pelo dentista, o farmacêutico precisa compreender o que já está determinado por lei e reconhecido pela literatura e pela ciência, respeitando o âmbito de atuação profissional.

3.5 Registro da dispensação

O registro de dispensação de medicamentos em unidades públicas de saúde, em unidades privadas financiadas pelo SUS ou de produtos oferecidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil provê informações acerca do consumo de medicamentos no SUS, podendo auxiliar no controle de gastos do sistema de saúde, na continuidade do cuidado ao paciente e no fortalecimento do ciclo da Assistência Farmacêutica no País. Também pode subsidiar o Ministério da Saúde com dados sobre o consumo de medicamentos e produtos para a saúde, fortalecendo a Assistência Farmacêutica no SUS. Dessa forma, informações clínicas completas, qualificadas e oportunas podem ser compiladas e encaminhadas para sistemas de informação em saúde, contribuindo para a tomada de decisão e a produção de conhecimento, apoiando a continuidade do cuidado prestado ao usuário e permitindo a coordenação entre seus cuidadores.



Imagem: Pixabay.

O registro pode ser realizado por intermédio de sistema oficial do Ministério da Saúde ou de sistema próprio, que, neste caso, deve ter a interoperabilidade garantida com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) – programa do governo federal voltado para a transformação digital da saúde no Brasil que tem o objetivo de promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), permitindo a transição e a continuidade do cuidado nos setores públicos e privados.

3.6 Acompanhamento do usuário

A farmácia precisa ser vista como um ponto de provisão de cuidados, e não apenas de fornecimento de medicamentos. Nesse sentido, o papel do farmacêutico não se encerra na dispensação, mas vai além, caracterizando o acompanhamento do usuário num processo de Cuidado Farmacêutico. Cada dispensação subsequente é uma oportunidade de verificar a evolução do usuário, esclarecer novas dúvidas que possam ter surgido, avaliar medicamentos que porventura tenham sido incluídos ou retirados do tratamento e consolidar a importância do farmacêutico dentro da equipe multiprofissional e do sistema de saúde.

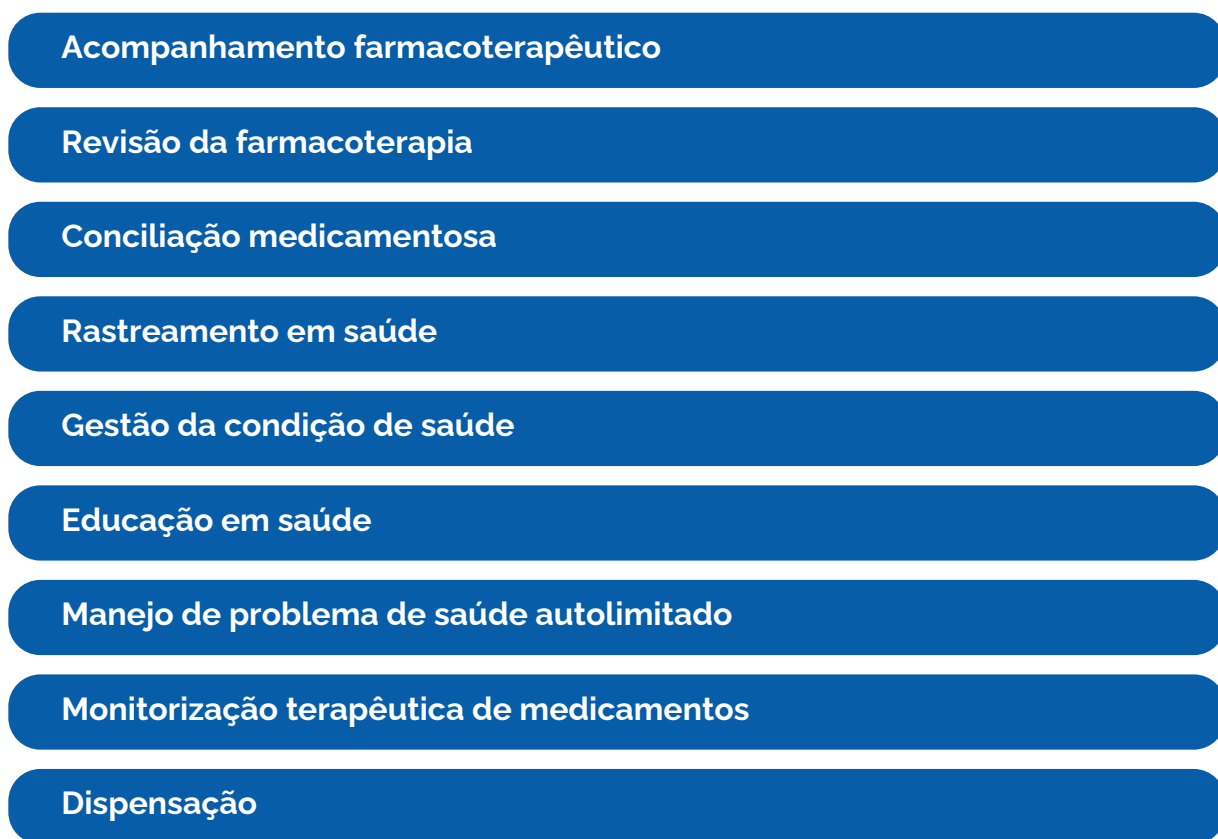


Imagem: Freepik.

Peça ao usuário que leve suas novas receitas e os medicamentos que esteja utilizando, para que você possa assegurar que de fato ele está usando os medicamentos corretos!

De acordo com as necessidades do usuário, levantadas pelo farmacêutico, um ou mais serviços clínicos elencados no início deste Guia poderão ser oferecidos:

Figura 9 – Serviços clínicos providos por farmacêuticos



Fonte: elaboração própria.

3.7 Fiz a primeira dispensação, e agora?

Agora o seu paciente retorna para retirar o medicamento novamente: será que o tratamento está dando certo? Como deve ser o atendimento agora?

Está na hora de avaliar se os resultados esperados da farmacoterapia já podem ser percebidos, se o usuário está experimentando algum desconforto, se teve alguma reação adversa, se surgiu algum novo problema de saúde... Novamente a atuação do farmacêutico se faz fundamental!

3.7.1 Como avaliar a farmacoterapia?

O farmacêutico deve aplicar o raciocínio clínico sistemático, já apresentado neste Guia, para identificar eventuais problemas relacionados à farmacoterapia. Verifique se as premissas da farmacoterapia estão sendo atendidas, conforme a Figura 10:

Figura 10 – Premissas da farmacoterapia ideal

Necessidade

O paciente utiliza todos os medicamentos de que necessita.
O paciente não utiliza nenhum medicamento desnecessário.

Adesão Terapêutica

O paciente compreende e é capaz de cumprir o regime terapêutico.
O paciente concorda e adere ao tratamento numa postura ativa.

Efetividade

O paciente apresenta a resposta esperada à farmacoterapia.
O regime terapêutico está adequado ao alcance das metas terapêuticas.

Segurança

A farmacoterapia não produz novos problemas de saúde.
A farmacoterapia não agrava problemas de saúde pré-existentes.

Fonte: Correr; Otuki (2011).

Na prática, para cada medicamento prescrito, o farmacêutico deve realizar as seguintes perguntas:

1. Este medicamento é necessário para este usuário?
2. O usuário tem boa adesão ao tratamento?
3. Este medicamento está sendo efetivo?
4. Este medicamento está sendo seguro?

Toda vez que a resposta a uma dessas perguntas for NÃO, podemos estar diante de um problema relacionado à farmacoterapia (PRF), relacionado a um problema de saúde que já existe ou está em risco de acontecer. Retomando o que já vimos anteriormente neste Guia, vamos começar avaliando a necessidade.

O paciente utiliza todos os medicamentos de que necessita.

Não há qualquer condição ou queixa que não esteja sendo tratada até o momento.

Se há uma condição clínica que não está sendo tratada, então é necessário iniciar a farmacoterapia!

O paciente não utiliza medicamento desnecessário.

Existe um problema de saúde que justifique o uso do medicamento.

Por outro lado, se não há uma condição clínica que precise de farmacoterapia, então a farmacoterapia é desnecessária!

Agora, vamos verificar a efetividade da farmacoterapia, que é a capacidade do medicamento de produzir os efeitos farmacológicos esperados no usuário do medicamento. A farmacoterapia é considerada efetiva quando as metas terapêuticas estabelecidas para o usuário são alcançadas – e para isso é necessário estabelecer previamente essas metas, com base nas características do problema de saúde tratado e do usuário. Algumas metas terapêuticas podem ser:

- Cura da doença (quando possível).
- Redução ou eliminação de sinais e sintomas.
- Redução ou interrupção da progressão da doença.
- Prevenção de doenças.
- Normalização de resultados de exames.

Considera-se a farmacoterapia **efetiva** quando:

O paciente apresenta a resposta esperada ao medicamento.

O regime posológico está adequado ao alcance das metas terapêuticas.

Também é necessário avaliar a segurança do tratamento. Considera-se a farmacoterapia segura quando:

A farmacoterapia não produz novos problemas de saúde.

A farmacoterapia não agrava problemas de saúde preexistentes.

As reações adversas a medicamentos (RAM) e a toxicidade são os PRFs de segurança mais comuns. Podem estar relacionadas a fatores do paciente (alergias, intolerância, idiopatias), à via de administração, à dose, à frequência e à duração do tratamento, bem como à própria farmacologia do medicamento.

RAM é uma resposta nociva e indesejável a um medicamento, que ocorre em **dosagens usuais** utilizadas para tratamento de doenças, diagnóstico, profilaxia ou modificação de função fisiológica (WHO, 2002)

Toxicidade é a capacidade que uma substância tem de causar danos a um organismo vivo, e pode ser resultado do uso de **doses altas** pelo paciente.

Por fim, vamos verificar a adesão do usuário ao tratamento. Podemos dizer que existe boa adesão nas seguintes situações:

O paciente compreende e é capaz de cumprir o esquema posológico.

Se o paciente apresenta dificuldade em cumprir o tratamento ou o segue de forma inconsistente com as instruções do prescritor, podemos falar em *não adesão não intencional*.

O paciente concorda e adere ao tratamento numa postura ativa.

Se o paciente decide racionalmente não utilizar seus medicamentos ou fazê-lo de forma diferente das instruções do prescritor, podemos falar em *não adesão intencional*.

Alguns dos fatores que podem influenciar a adesão incluem:

- Acesso ao medicamento (o usuário pode ter dificuldade em adquirir o medicamento devido ao preço, ou o medicamento pode não estar disponível na rede pública, ou ainda o usuário pode não ter sido orientado sobre as vias de acesso).
- Complexidade da farmacoterapia (o medicamento pode exigir cuidados especiais de conservação e/ou preparação e/ou administração e esquemas posológicos complexos, com os quais o usuário ou seu cuidador/responsável não consegue lidar).
- Melhora ou piora da condição clínica, que pode fazer o paciente suspender o uso por conta própria.

Entre os métodos utilizados para avaliar a adesão, estão a aplicação de questionários estruturados, a contagem de unidades farmacotécnicas, a avaliação dos resultados terapêuticos e até mesmo a dosagem do fármaco ou de seus metabólitos no plasma ou na urina. Todos eles têm limitações e apresentam vantagens e desvantagens.

Para mais informações sobre como trabalhar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, consulte: [*Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores.*](#)

ATENÇÃO!

Embora a literatura recomende seguir a ordem apresentada dos aspectos da farmacoterapia na sua avaliação, essa ordem não implica uma hierarquia de importância, visto que todos os aspectos são importantes para uma farmacoterapia ideal e podem estar correlacionados. Todos eles devem ser considerados na avaliação!

Uma lista de parâmetros que podem ser usados para avaliar as condições de saúde mais prevalentes é apresentada no curso Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – aula 13. Acesse aqui:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_cuidado_farmaceutico_atencao_basica.pdf

3.7.2 Manejo dos PRFs

Intervenção farmacêutica é:

[...] um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico (Ivama *et al.*, 2002, p. 20).



Imagem: Freepik.

Alguns PRFs poderão ser abordados com intervenções farmacêuticas para as quais o profissional tem autonomia técnica e legal; já em situações que exigem modificações na farmacoterapia, poderá ser necessária uma abordagem interdisciplinar,

envolvendo os demais membros da equipe de saúde, especialmente o médico-assistente. O Quadro 4 descreve possíveis intervenções farmacêuticas, que se dividem em intervenções na quantidade de medicamento, na estratégia farmacológica e na educação do paciente.

Quadro 4 – Possíveis intervenções farmacêuticas

	Intervenção	Definição
Intervir na quantidade de medicamento	Alteração na dose.	Ajuste na quantidade de medicamento tomado por vez.
	Alteração na dosagem.	Alteração na frequência e/ou na duração do tratamento
	Alteração no esquema de administração (redistribuição da quantidade de medicamento).	Alteração no esquema pelo qual as doses do medicamento são distribuídas ao longo do dia.
Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar 1 medicamento ou mais.	Adição de um medicamento, que o paciente tem indicação/necessidade, e que não estava sendo usado por ele.
	Retirar 1 medicamento ou mais.	Interromper o uso de um medicamento específico, do qual o paciente não tem indicação/necessidade de uso, entre os que o paciente estava utilizando.
	Substituir 1 medicamento ou mais.	Substituição de um medicamento entre os que o paciente estava usando por outro(s) com composição, forma farmacêutica ou via de administração diferentes.

Continua

Conclusão		
	Intervenção	Definição
Intervir com atividades de educação em saúde ao paciente	Reduzir a não adesão involuntária (educação sobre o uso do medicamento).	Fornecer instruções e alertas para o uso e a administração corretas do medicamento.
	Reduzir a não adesão voluntária (mudança de comportamento em relação ao tratamento).	Ênfase na importância da aceitação do tratamento pelo paciente.
	Educação sobre medidas não farmacológicas.	Educação do paciente sobre medidas não farmacológicas que podem ajudar a atingir os objetivos terapêuticos dos medicamentos em uso.

Fonte: Sabater *et al.* (2005).

IMPORTANTE

A Resolução CFF n.º 586, de 29 de agosto de 2013, traz a seguinte orientação em seu artigo 6º, §3º:

É vedado ao farmacêutico modificar a prescrição de medicamentos do paciente, emitida por outro prescritor, salvo quando previsto em acordo de colaboração, sendo que, neste caso, a modificação, acompanhada da justificativa correspondente, deverá ser comunicada ao outro prescritor.

Após alguns dias usando o carvedilol, Ana retorna à farmácia se queixando de muita tontura e pede para conversar com o farmacêutico.

Carlos

Bom dia, dona Ana! A auxiliar disse que a senhora queria falar comigo. O que aconteceu?



Ana

Bom dia, Dr. Carlos! Tudo bem? É que o senhor disse que eu poderia procurá-lo se tivesse algum sintoma mais forte depois de começar a tomar o remédio novo que o médico passou, e eu estou sentindo muita tontura, justamente como você falou que poderia acontecer. Será que esse remédio não está forte demais para mim?

Retomando tudo o que foi apresentado nesta publicação, como você faria a avaliação da farmacoterapia da Ana?

Carlos

Sinto muito em saber que você está se sentindo assim. A tontura pode ser um efeito colateral do carvedilol, especialmente quando você começa a usá-lo. Como a senhora está tomando os medicamentos?



Perceba que o Dr. Carlos não induz uma resposta à paciente perguntando “A senhora está tomando direitinho, né?”; em vez disso, ele faz uma pergunta aberta e aguarda o relato da paciente para avaliar a adesão e a compreensão do tratamento.



Ana

De manhã, tomo a hidroclorotiazida, o carvedilol, a losartana e a metformina; depois do almoço, tomo a metformina; e, depois da janta, tomo de novo o carvedilol e a metformina.

Carlos

E como está se sentindo em relação à sua pressão arterial?





Ana

Eu não tenho certeza. Às vezes, sinto que está baixa, mas não estou medindo.

Carlos

Entendo. A senhora tem um tempo para podermos conversar e verificar sua pressão?



Ana

Sim, hoje não estou trabalhando.

Carlos

Perfeito, então vamos ao consultório.... A senhora pode se sentar e daqui a pouquinho vou medir sua pressão. Dona Ana, tanto o carvedilol quanto a losartana e a hidroclorotiazida, que a senhora já estava tomando, podem causar uma redução na pressão arterial. A combinação desses medicamentos pode potencializar esse efeito, levando à tontura, especialmente ao se levantar rapidamente. A senhora notou se a tontura piora quando muda de posição?



Ana

Sim, quando me levanto rápido, parece que a tontura fica pior.

Carlos

Isso é bastante comum. Além disso, a desidratação, que pode ocorrer com o uso de diuréticos como a hidroclorotiazida, também pode contribuir para a tontura. A senhora tem se hidratado bem?



Ana

Acho que não, às vezes no trabalho não paro para beber água, não.

Carlos

Quantos copos de água a senhora toma por dia?



Ana

Eu nunca contei... Mas eu já ouvi falar que tem que ser 2 litros por dia, é verdade?

Carlos

Não existe um número certo, depende de vários fatores. Mas algumas coisas que a senhora pode fazer seriam andar sempre com uma garrafinha e ir bebendo aos poucos, não esperar sentir sede para beber água. E não vale refrigerante ou bebidas açucaradas, ok? Tem que ser água mesmo!



Ana

Ah, não... Desde que o médico falou que eu tenho diabetes, eu parei de tomar refrigerante!

Carlos

Isso é muito bom, dona Ana! Bem, agora que a senhora já descansou um pouco, vamos ver como está a sua pressão? [Após aferir]. Olha, sua pressão hoje está em 12 por 8 e, pelo registro aqui no sistema, da última vez que medimos, estava em 16 por 9. A senhora lembra? Isso significa que os medicamentos para a pressão estão fazendo efeito!



Ana

Nossa, por isso estou passando mal então, está baixa demais! Não é melhor eu tomar só um comprimido do carvedilol por dia?

Carlos

Na verdade, dona Ana, está num nível bom, viu? É que como a senhora estava acostumada com a pressão mais alta, agora que diminuiu a senhora pode ter mesmo essa sensação diferente. Mas isso é normal e a senhora deve se acostumar com esse valor mais baixo com o tempo. Continue tomando os remédios como o médico prescreveu e, se a senhora quiser vir ao posto algumas vezes, a gente vai monitorando a pressão e acompanhando esse sintoma pra ver se melhora. Além dessa tontura, a senhora tem mais alguma queixa?



Ana

Ah, eu quero sim, doutor! Vai ser bom para mim. Não estou sentindo nenhum outro incômodo, só a tontura mesmo.

Carlos

Vamos agendar na segunda e na sexta de manhã, então? Já estou registrando tudo o que conversamos hoje aqui no prontuário da senhora e já fica esse horário reservado para a gente fazer esse monitoramento.



Nesse atendimento farmacêutico, podemos identificar o acolhimento à paciente, a avaliação da farmacoterapia, a prestação dos serviços de educação em saúde e de aferição e monitoramento de pressão arterial, o registro dos serviços clínicos e a manutenção do vínculo de corresponsabilidade que o farmacêutico estabeleceu anteriormente com essa paciente.

3.8 Arcabouço legal

Existem diversas normativas que trazem regras e orientações sobre a dispensação de medicamentos, entre as quais podemos citar:

- Lei n.º 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.
- Portaria SVS/MS n.º 344, de 12 de maio de 1998 – aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Resolução CFF n.º 357, de 20 de abril de 2001 – aprova o regulamento técnico das boas práticas de farmácia.
- RDC Anvisa n.º 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 providências.
- Lei n.º 13.021, de 8 de agosto de 2014 – dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.
- Lei n.º 14.063, de 23 de setembro de 2020 – dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de softwares desenvolvidos por entes públicos; e altera a Lei n.º 9.096, de 19 de setembro de 1995, a Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e a Medida Provisória n.º 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.
- RDC Anvisa n.º 471, de 23 de fevereiro de 2021 – dispõe sobre os critérios para a prescrição, a dispensação, o controle, a embalagem e a rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação, listadas em Instrução Normativa específica.
- Resolução CFM n.º 2.299, de 30 de setembro de 2021 – regulamenta, disciplina e normatiza a emissão de documentos médicos eletrônicos.

ATENÇÃO!

De acordo com o Código de Ética Farmacêutico, todos os inscritos devem cumprir as disposições legais e regulamentares que regem a prática profissional no País, inclusive aquelas previstas em normas sanitárias, sob pena de aplicação de sanções disciplinares e éticas regidas por esse regulamento (CFF, 2022).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 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 providências. Brasília, DF: Anvisa, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n.º 471, de 23 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação, listadas em Instrução Normativa específica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 36, p. 85, 24 fev. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-471-de-23-de-fevereiro-de-2021-304923190>. Acesso em: 15 maio 2025.

BOING, A. C. *et al.* Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, 8 jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721>.

BRAGA, R. C. C. *et al.* Estimativa de áreas de risco para hepatite A. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1743-1752, ago. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800003>.

BRASIL. **Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Lei n.º 13.732 de 08 de novembro de 2018. Altera a Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, para definir que a receita tem validade em todo o território nacional, independentemente da unidade federada em que tenha sido emitida. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 216, p. 3, 9 nov. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/11/2018&jornal=515&pagina=3&totalArquivos=158>. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. **Lei n.º 14.510, de 27 de dezembro de 2022.** Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da tele saúde em todo o território nacional, e a Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. **Lei n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966.** Regula o Exercício da Odontologia. Brasília, DF: Presidência da República, 1966. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5081.htm. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Portaria GM/MS n.º 4.379, de 14 de junho de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4379_17_06_2024.html. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de orientação para a implantação/ implementação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária/Básica.** Brasília, DF: MS, 2023. Disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/publicacoes/haoc-atencao-basica-cuidado-farmaceutico-pt-v1-1-1726847366.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS n.º 50, de 9 de fevereiro de 2022. Institui os Modelos de Informação Registro de Prescrição de Medicamentos e Registro de Dispensação de Medicamentos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ed. 30, p. 165, 11 fev. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-50-de-9-de-fevereiro-de-2022-379573004>. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica:** aplicação do método clínico. Brasília, DF: MS, 2020. 5 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba**. Brasília, DF: MS, 2015. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: MS, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória n.º 2200-2, de 24 de agosto de 2001**. Institui a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil, transforma o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação em autarquia, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas_2001/2200-2.htm. Acesso em: 15 maio 2025.

BYRD, G. D. Can the profession of pharmacy serve as a model for health informationist professionals? **Journal of the Medical Library Association**, Chicago, v. 90, n. 1, p. 68-75, jan. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11838462/>. Acesso em: 15 maio 2025.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice**: The Clinician's Guide. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Resolução n.º 357, de 20 de abril de 2001**. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Brasília, DF: CFF, 2001. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Resolução n.º 586 de 29 de agosto de 2013**. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Brasília, DF: CFF, 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução n.º 724, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre o Código de Ética, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções ético-disciplinares. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 97, p. 180, 24 maio 2022. Disponível em: <https://admin.cff.org.br/src/uploads/legislacao/49e36abf4ea344d8c38da081ee058912dcb6a940.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília, DF: CFF, 2016. Disponível em: http://www.farmaceuticos.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n.º 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: CNS, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 2 jun. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de orientação**: prescrição e dispensação de medicamentos utilizados em Odontologia. São Paulo, SP: CRF-SP, 2017. Disponível em: https://www.crfsp.org.br/documentos/comites/direitoseprerrogativas/171005_etica_manual_orientacao_WEB.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. Método clínico de atenção farmacêutica. **Research Gate**, mar. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267978101_METODO_CLINICO_DE_ATENCAO_FARMACEUTICA. Acesso em: 15 maio 2025.

DRUMMOND, E. D.; SIMÕES, T. C.; ANDRADE, F. B. de. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200080>.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, Bethesda, Md., v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S.; DÁDER, M. J. F. **Método Dáder**: manual de seguimento farmacoterapêutico. 3. ed. Alfenas: Editora da Universidade Federal de Alfenas, 2014. Versão em português. Disponível em: https://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/wp-content/uploads/sites/74/2018/09/Guia-dader-interior-brasil-v4_.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

IBGE. **Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções das populações. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=293322>. Acesso em: 15 maio 2025.

IVAMA, A. M. *et al.* **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

LOURO, E. *et al.* Mortalidade por reações adversas a medicamentos no Brasil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 6, 28 abr. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.27897>.

LYRA, R. *et al.* Manejo da terapia antidiabética no DM2. *In*: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [S. l.]: SBD, 2024. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-terapia-antidiabetica-no-dm2>. Acesso em: 15 maio 2025.

MARTINS, T. C. de F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>.

MASTROIANNI, P. de C. *et al.* Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 163-170, mar. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-82502009000100020>.

MICROMEDEX. **Micromedex solutions**. Greenwood Village: Truven Health Analytics, c2025. Disponível em: <https://www.micromedexsolutions.com>. Acesso em: 2 jun. 2025.

NEVES, R. G. *et al.* Complications due to diabetes mellitus in Brazil: 2019 nationwide study. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 3183-3190, 1 nov. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.11882022>.

OPAS/OMS apresenta iniciativas para reduzir erros de medicação. Paho.org, 18 ago. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/18-8-2021-opasoms-apresenta-iniciativa-para-reduzir-erros-medicacao>. Acesso em: 15 maio 2025.

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. **Orientações para a revisão da medicação**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/orientacoes_para_revisao_da_medicao_204747483665d75b69213fb.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el sistema atención de la salud**: Declaración de Tokio. Ginebra: OMS, 1993.

RIBEIRO, A. Orientações para dispensação de medicamentos controlados – Portaria 344/98. In: RIBEIRO, A. **Farmacêutico digital**. Contagem, MG, maio 2020. Disponível em: <https://farmaceuticodigital.com/2014/04/orientacoes-para-dispensacao-de-medicamentos-controlados-portaria-344-98.html>. Acesso em: 4 jun. 2025.

SABATÉ, E. **Adherence to long-term therapies evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003. ISBN 9241545992.

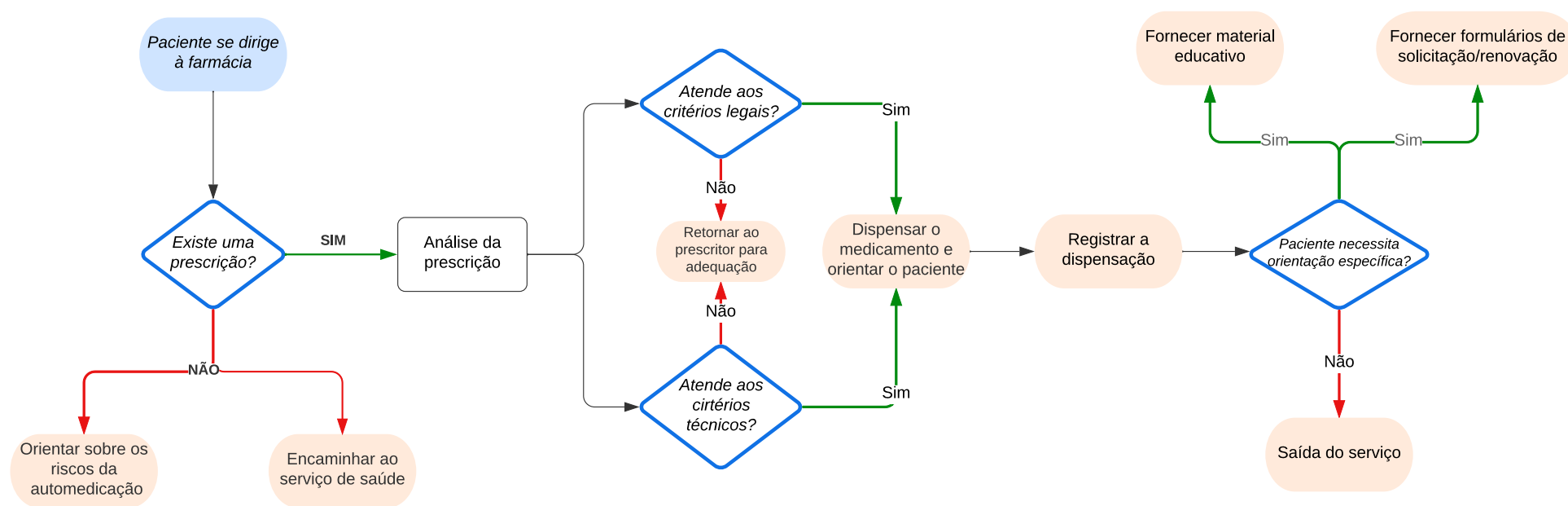
SABATER, D. *et al.* Types of pharmacist intervention in pharmacotherapy follow-up. **Seguimiento Farmacoterapéutico**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 90-97, 2005.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS. **Dados de intoxicação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, c2009. SINITOX. Disponível em: <https://sinitox.iciet.fiocruz.br/dados-nacionais>. Acesso em: 15 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Importance of Pharmacovigilance**: safety monitoring of medicinal products. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs**: report of the Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: WHO, 1987. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/37174>. Acesso em: 15 maio 2025.

APÊNDICE – FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.

Responda a pesquisa
disponível por meio do
QR Code abaixo:





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

