

## Módulo 2

Unidade 1: Semiologia farmacêutica  
e raciocínio clínico



Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde

**CURSO ONLINE**

**PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA NO MANEJO DE  
PROBLEMAS DE SAÚDE AUTOLIMITADOS**

**Módulo 2**

Unidade 1: Semiologia farmacêutica  
e raciocínio clínico

2015

---

Curso online: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados: módulo 2: unidade 1: semiologia farmacêutica e raciocínio clínico / Thais Teles de Souza ... [et al.]. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.  
30 p. : il. – (ProFar cuidado farmacêutico: Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na atenção à Saúde)

ISBN 978-85-89924-14-6

1. Semiologia farmacêutica. 2. Necessidades clínicas do paciente. 3. Prescrição farmacêutica. I. Título. II. Série.

CDU 615.1

---

## **ELABORAÇÃO**

**Thais Teles de Souza**

Universidade Federal do Paraná

**Angelita Cristine de Melo**

Universidade Federal de São João Del-Rei

**Clóvis Santana Reis**

Faculdade Maria Milza

**Josélia Cintya Quintão Pena Frade**

Conselho Federal de Farmácia

## **REVISÃO**

**Cassyano Januário Corrêa**

Universidade Federal do Paraná

**Chiara Erminia da Rocha**

Universidade Federal de Sergipe

**Ilana Socolik**

Conselho Federal de Farmácia

## **REVISÃO FINAL**

**Tarcísio José Palhano**

Conselho Federal de Farmácia

**Josélia Cintya Quintão Pena Frade**

Conselho Federal de Farmácia

**CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**

**PRESIDENTE**

**Walter da Silva Jorge João**

**VICE-PRESIDENTE**

**Valmir de Santi**

**SECRETÁRIO-GERAL**

**José Vílmore Silva Lopes Júnior**

**TESOUREIRO**

**João Samuel de Moraes Meira**

# CONSELHEIROS FEDERAIS EFETIVOS

Rossana Santos Freitas Spiguel (AC)

José Gildo da Silva (AL)

Marcos Aurélio Ferreira da Silva (AM)

Carlos André Oeiras Sena (AP)

Altamiro José dos Santos (BA)

Lúcia de Fátima Sales Costa (CE)

Forland Oliveira Silva (DF)

Gedayas Medeiros Pedro (ES)

Sueza Abadia de Souza Oliveira (GO)

Fernando Luis Bacelar de Carvalho Lobato (MA)

Luciano Martins Rena Silva (MG)

Ângela Cristina R. Cunha Castro Lopes (MS)

José Ricardo Arnaut Amadio (MT)

Walter da Silva Jorge João (PA)

João Samuel de Moraes Meira (PB)

Carlos Eduardo de Queiroz Lima (PE)

José Vílmor Silva Lopes Júnior (PI)

Valmir de Santi (PR)

Ana Paula de Almeida Queiroz (RJ)

Lenira da Silva Costa (RN)

Lérida Maria dos Santos Vieira (RO)

Erlandson Uchoa Lacerda (RR)

Josué Schostack (RS)

Paulo Roberto Boff (SC)

Vanilda Oliveira Aguiar (SE)

Marcelo Polacow Bisson (SP)

Amilson Álvares (TO)

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Figuras

Figura 1 – Principais diferenças entre dados objetivos e dados subjetivos. _____	9
Figura 2 – Diferenças entre sinais e sintomas. _____	11
Figura 3 – Etapas do raciocínio clínico. _____	12
Figura 4 – Sistema CIAP-2 para a classificação de procedimentos, sinais/sintomas, infecções, neoplasias, traumatismos, anomalias congênitas e outros diagnósticos na atenção primária à saúde. _____	14
Figura 5 – Elementos da anamnese. _____	16
Figura 6 – Avaliação dos sinais e/ou sintomas para identificação da(s) necessidade(s) e do(s) problema(s) de saúde. _____	17
Figura 7 – Algumas situações especiais e precauções. _____	18
Figura 8 – Elementos do plano de cuidado. _____	19
Figura 9 – Componentes da terapia farmacológica. _____	20
Figura 10 – Processo de documentação da decisão pelo encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde. _____	22
Figura 11 – Principais orientações ao paciente. _____	23

# SUMÁRIO

<b>1 NOÇÕES DE SEMIOLOGIA</b>	<b>8</b>
<b>2 ETAPAS DO PROCESSO SEMIOLÓGICO E RACIOCÍNIO CLÍNICO</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Acolhimento da demanda</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Anamnese farmacêutica e verificação de parâmetros clínicos</b>	<b>15</b>
2.2.1 Identificação da(s) necessidade(s) e problema(s) de saúde	16
2.2.2 Identificação de situações especiais e precauções	17
<b>2.3 Situações de alerta para encaminhamento</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Plano de cuidado</b>	<b>19</b>
2.4.1 Terapia farmacológica	20
2.4.2 Terapia não farmacológica	21
2.4.3 Encaminhamento	21
2.4.4 Educação e orientação ao paciente	22
<b>2.5 Avaliação dos resultados</b>	<b>24</b>
<b>2.6 Documentação</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA</b>	<b>28</b>

# 1 NOÇÕES DE SEMIOLOGIA

---

No campo da saúde, os serviços tornam-se mais eficientes quando são organizados com o foco no atendimento às necessidades de saúde da população (HINO et al., 2009). Entre essas necessidades, descrevem-se: boas condições de vida, acesso e utilização das tecnologias de atenção à saúde, vínculos entre usuário, profissional e equipe de saúde, e o desenvolvimento da autonomia do paciente (CECILIO, 2001). O farmacêutico pode contribuir para a melhoria da saúde, na medida em que auxilia pacientes, família, comunidade e equipe de saúde em suas necessidades e problemas de saúde, propiciando o uso ótimo e responsável dos medicamentos (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Neste contexto, a semiologia é uma das áreas do conhecimento que auxiliam o farmacêutico no reconhecimento da(s) necessidade(s) e do(s) problema(s) de saúde do paciente, a partir de uma demanda ou queixa apresentada, e na seleção das melhores intervenções possíveis, a fim de obter resultados ótimos em saúde, reduzir a morbimortalidade relacionada a medicamentos e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Este módulo apresentará as principais definições, as etapas do processo semiológico e o raciocínio clínico para a prescrição farmacêutica, incluindo o acolhimento da demanda, a coleta e análise das informações, a identificação da(s) necessidade(s) e do(s) problema(s) de saúde, a constatação de situações de alerta para o encaminhamento, a seleção da intervenção adequada, a elaboração do plano de cuidado, a avaliação dos resultados e a documentação do processo de cuidado em saúde. Essa discussão será iniciada com algumas definições.

## **Anamnese**

A palavra anamnese origina-se do grego aná = trazer de novo, e mnesis = memória. Significa, portanto, trazer à memória todos os fatos relacionados à doença e à pessoa doente (PORTO, 2009).

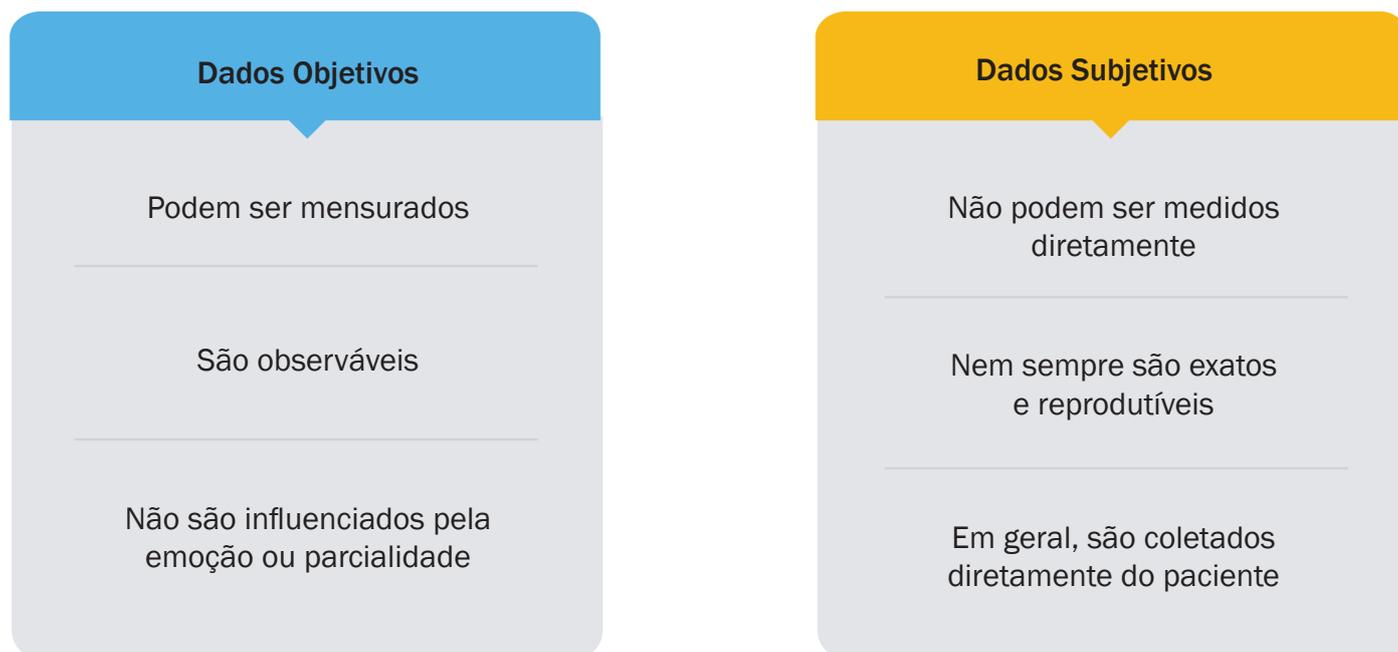
## **Dados objetivos**

São dados mensuráveis e observáveis, cuja acurácia depende da qualidade da medida, Figura 1 (CORRER; OTUKI, 2013).

## **Dados subjetivos**

São aqueles que não podem ser medidos diretamente, nem sempre são exatos e reprodutíveis, e incluem percepções, queixas, crenças, emoções, entre outros. São, em sua maioria, coletados diretamente do paciente; contudo, também podem ser percebidos pelo profissional, Figura 1 (CORRER; OTUKI, 2013).

**Figura 1 – Principais diferenças entre dados objetivos e dados subjetivos.**



Fonte: autoria própria.

### **Exame clínico**

Compreende a anamnese e o exame físico para avaliação da(s) necessidade(s) de saúde do paciente (PORTO, 2009).

### **Exame físico**

Envolve inspeção, palpação, percussão, ausculta, olfato e uso de alguns instrumentos e aparelhos simples para avaliação da(s) necessidade(s) de saúde do paciente (PORTO, 2009).

### **Necessidades de saúde**

Cecilio (2001) indica que as necessidades de saúde englobam boas condições de vida; acesso e utilização das tecnologias de atenção à saúde; vínculos entre usuário, profissional e equipe de saúde, e o desenvolvimento da autonomia do paciente, apesar de não indicar uma definição precisa da expressão.

### **Problema de saúde**

É qualquer queixa, observação ou evento que o paciente ou o profissional da saúde percebe como um desvio da normalidade, e que já afetou, afeta ou poderá afetar a capacidade funcional do paciente (NEELON; ELLIS, 1976).

## **Propedêutica e semiogênese**

Consistem em conhecer e buscar os sintomas e sinais, compreender sua gênese, aprender a coletar os dados da anamnese e do exame físico para avaliação das necessidades de saúde do paciente (JESUS, 2008).

### **Semiologia clínica**

A palavra semiologia vem do grego *semeion* (signo, sinal) e *logos* (discurso). A semiologia clínica é o estudo dos sinais e/ou sintomas das doenças que afetam o ser humano, por meio de competências que envolvem a realização do exame clínico (anamnese e exame físico), análise de resultados de exames laboratoriais e complementares, com o objetivo de identificar a(s) necessidade(s) de saúde do paciente (PORTO, 2009; JESUS, 2008).

### **Semiotécnica**

Consiste na técnica de coleta dos sinais e/ou sintomas para avaliação da(s) necessidade(s) de saúde do paciente (PORTO, 2009).

### **Sinais**

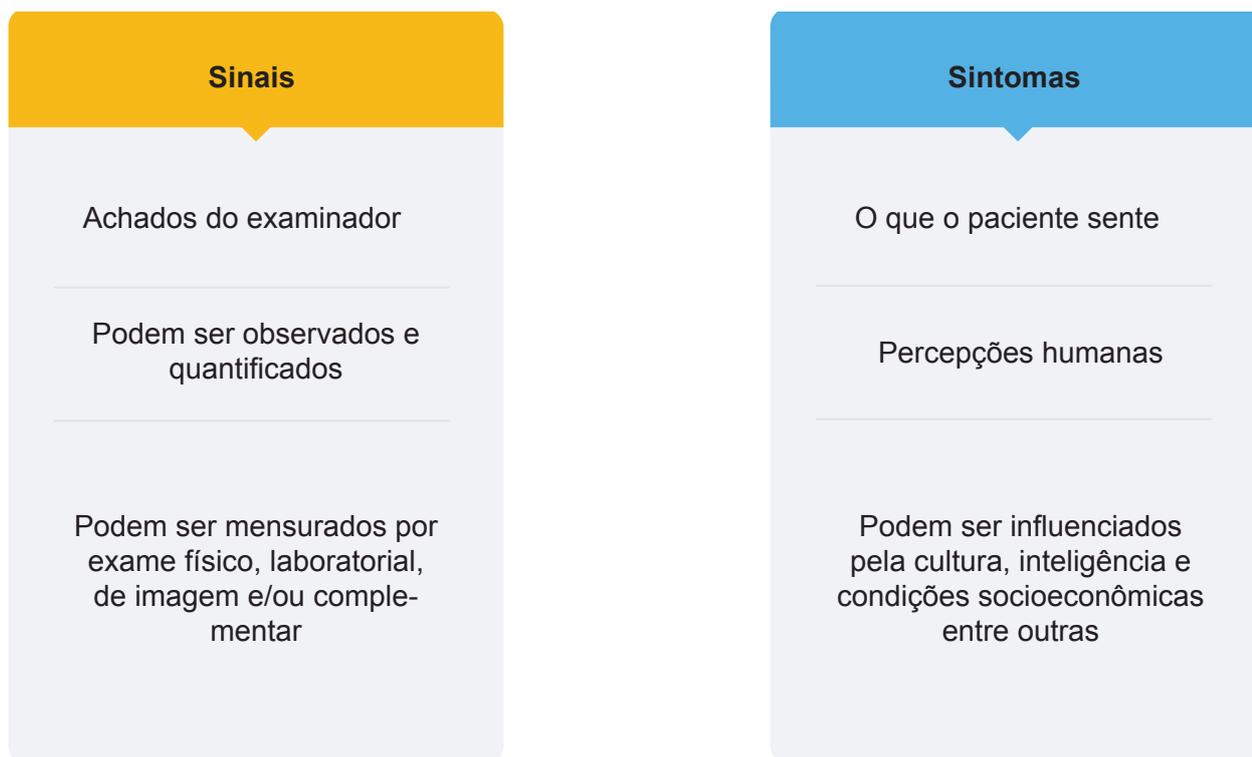
São dados objetivos que podem ser avaliados pelo examinador, por meio da inspeção, palpação, percussão, ausculta, ou evidenciados mediante outras manobras. São exemplos de sinais: temperatura corporal, pressão arterial, tosse, edema, cianose, presença de sangue na urina, entre outros (LÓPEZ; LAURENTYS-MEDEIROS, 2004; PORTO, 2009).

### **Sintomas**

São percepções do paciente de condição de saúde anormal. Como não são mensuráveis pelo examinador, não são absolutas. Os sintomas podem ser influenciados pela cultura, inteligência, experiências prévias, condição socioeconômica, entre outras (LÓPEZ; LAURENTYS-MEDEIROS, 2004; PORTO, 2009; CORRER; OTUKI, 2013; SWARTZ, 2006). São exemplos de sintomas: dor, indigestão, tontura, náusea, dormência e tristeza.

Nem sempre é possível fazer uma distinção clara entre sinal e sintoma, porque alguns sintomas, como cansaço, apesar de subjetivos, podem ser constatados objetivamente pelo examinador. De forma análoga, alguns sinais, como febre e taquicardia, apesar de serem mensuráveis, podem ser percebidos pelo paciente e relatados de forma subjetiva (LÓPEZ; LAURENTYS-MEDEIROS, 2004; PORTO, 2009; SWARTZ, 2006), Figura 2.

**Figura 2 – Diferenças entre sinais e sintomas.**



Fonte: autoria própria.

## 2 ETAPAS DO PROCESSO SEMIOLÓGICO E RACIOCÍNIO CLÍNICO

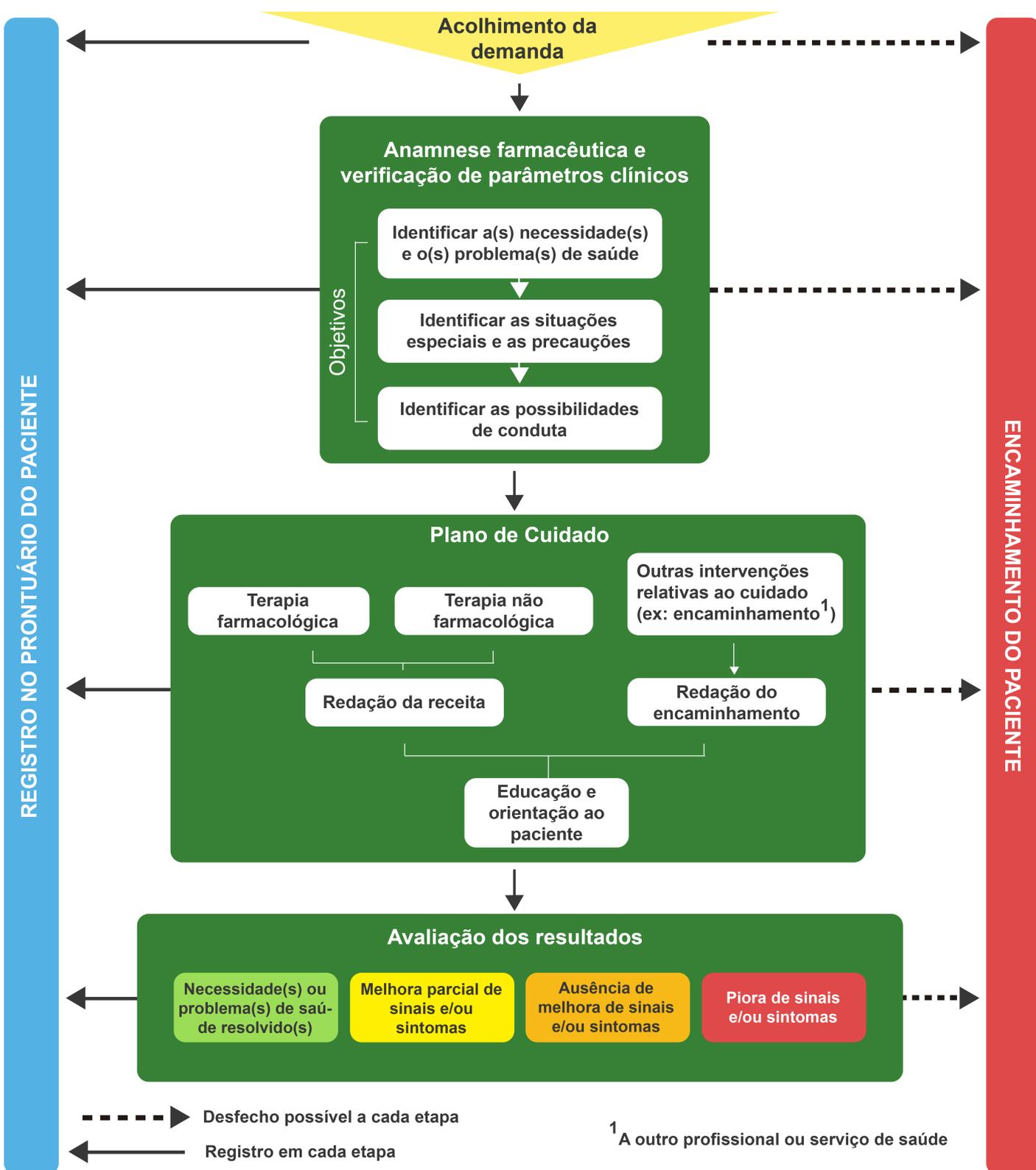
É importante considerar que, em seu dia-a-dia, as pessoas realizam ações a fim de prevenir doenças e controlar ou reduzir o impacto de condições mórbidas na sua vida, o que constitui o autocuidado. As práticas de autocuidado variam em função da gravidade da doença, da necessidade de atenção profissional e do grau de autonomia do paciente, indo desde o “autocuidado puro” (paciente totalmente autônomo) até a “responsabilidade abdicada” (paciente sem nenhuma autonomia) (CHAMBERS, 2006).

Neste contexto, o paciente pode recorrer, por conta própria, por influência de pessoas próximas ou da mídia, ao uso de medicamentos ou de outras estratégias terapêuticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY, 2014; BRASIL, 2013a; COUGHLAN; SAHM; BYRNE, 2012). No que concerne aos medicamentos, há o risco de que a utilização destes recursos, sem assistência, não seja adequada, propiciando o insucesso no manejo dos sinais e/ou sintomas, ou ainda, acarretando outros problemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY, 2014; BRASIL, 2013a).

O paciente pode buscar ajuda da equipe de saúde, com o intuito de ampliar a sua habilidade e confiança para o manejo da(s) necessidade(s) e do(s) problema(s) de saúde. O farmacêutico, por ser um profissional amplamente acessível nos serviços de atenção à saúde, é frequentemente demandado pelo paciente (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Cabe ao farmacêutico, por meio de escuta ativa, fazer o acolhimento da demanda, a anamnese farmacêutica (com os objetivos de coletar informações para identificar a(s) necessidade(s) e

o(s) problema(s) de saúde, as situações especiais e precauções e as diferentes possibilidades de conduta), elaborar o plano de cuidado, pactuado com o paciente, assim como proceder à avaliação dos resultados. Ressalte-se que deve ser feito o registro de todo o atendimento no prontuário do paciente e que durante todo o processo de cuidado podem ser identificadas situações de alerta para o encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde, Figura 3.

**Figura 3 – Etapas do raciocínio clínico.**



O Caderno de Atenção Básica nº 28 – “Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica” –, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2012, (<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf)>) constitui uma referência importante para o atendimento das demandas espontâneas; está disponível em dois volumes (BRASIL, 2012). O livro traz as condutas a serem seguidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para uma série de queixas comuns. Ressalte-se que este foi elaborado para nortear a atuação dos profissionais no contexto da equipe multidisciplinar.

O Caderno de Atenção Primária nº 29 – “Rastreamento” –, foi publicado pelo Ministério da Saúde, em 2010 (BRASIL, 2010). Este livro trata de atividades de rastreamento ou triagem em saúde, auxiliando o farmacêutico no cuidado ao paciente, tanto para a identificação de situações que exigem encaminhamento ao médico para elucidação diagnóstica, quanto para avaliação dos resultados clínicos. Este documento encontra-se disponível no link: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad29.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf)>.

Classificar a demanda do paciente é importante para a documentação do processo de cuidado, para a remuneração dos serviços do farmacêutico e para a comunicação interprofissional. Os sinais e/ou sintomas que constituem motivos de consulta na atenção primária podem ser codificados segundo a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), proposta pela WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família) (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE ASSOCIAÇÕES NACIONAIS, ACADEMIAS E ASSOCIAÇÕES ACADÊMICAS DE CLÍNICOS GERAIS MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2010) (<[http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf)>).

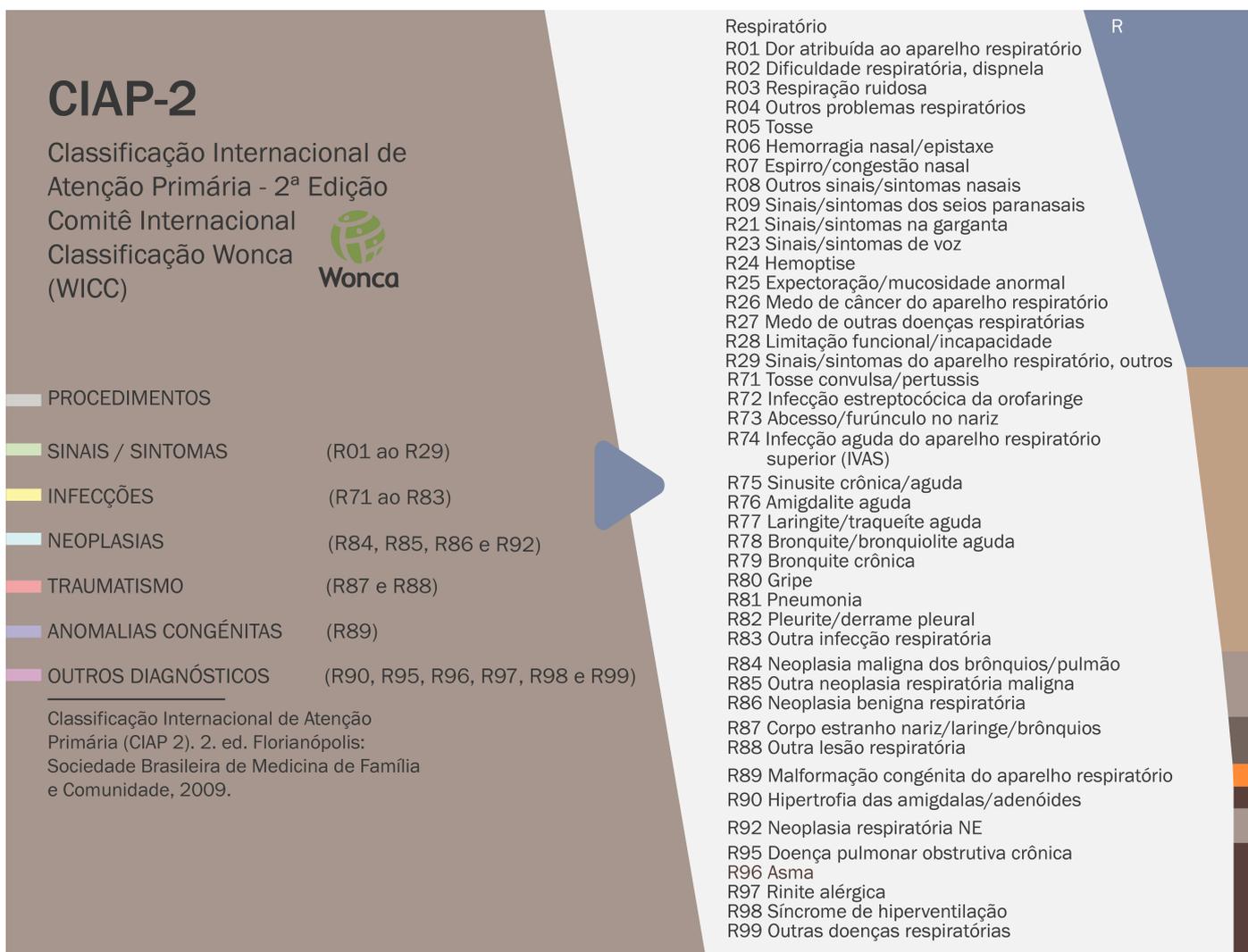
No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) recomenda o uso do CIAP-2 como modelo de referência para registros na atenção básica. Esta classificação baseia-se na forma como o paciente expressa os seus problemas, não constituindo, portanto, qualquer exercício de diagnóstico da doença, o qual deve ser feito exclusivamente pelo médico, Figura 4.

Os Guias de Prática Clínica do Conselho Federal de Farmácia norteam o processo de cuidado nas situações em que o farmacêutico apoia o paciente no manejo de problema(s) de saúde autolimitados e na prescrição farmacêutica. Estes guias fazem parte do Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde (ProFar).

## **2.1 Acolhimento da demanda**

O acolhimento da demanda tem início, na maioria das vezes, pela iniciativa do paciente em procurar o farmacêutico para a resolução de um problema de saúde. Neste caso, o paciente reconhece que precisa de auxílio profissional, assim como da expertise do farmacêutico para manejar o problema. A demanda espontânea pode ser acompanhada de relatos sobre sinais e/ou sintomas identificados pelo paciente, e de suas expectativas, crenças, preocupações e tentativas prévias de tratamento (CORRER; OTUKI, 2013).

**Figura 4 – Sistema CIAP-2 para a classificação de procedimentos, sinais/sintomas, infecções, neoplasias, traumatismos, anomalias congênitas e outros diagnósticos na atenção primária à saúde.**



No detalhe, pode-se ver a lista referente ao trato respiratório. Observe, em verde, os sinais/sintomas que comumente originam a busca do paciente pelo serviço de saúde, p.ex., R07: espirro/congestão nasal.

Fonte: Comitê Internacional de Classificação da Organização Mundial de Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais Médicos de Família, 2010

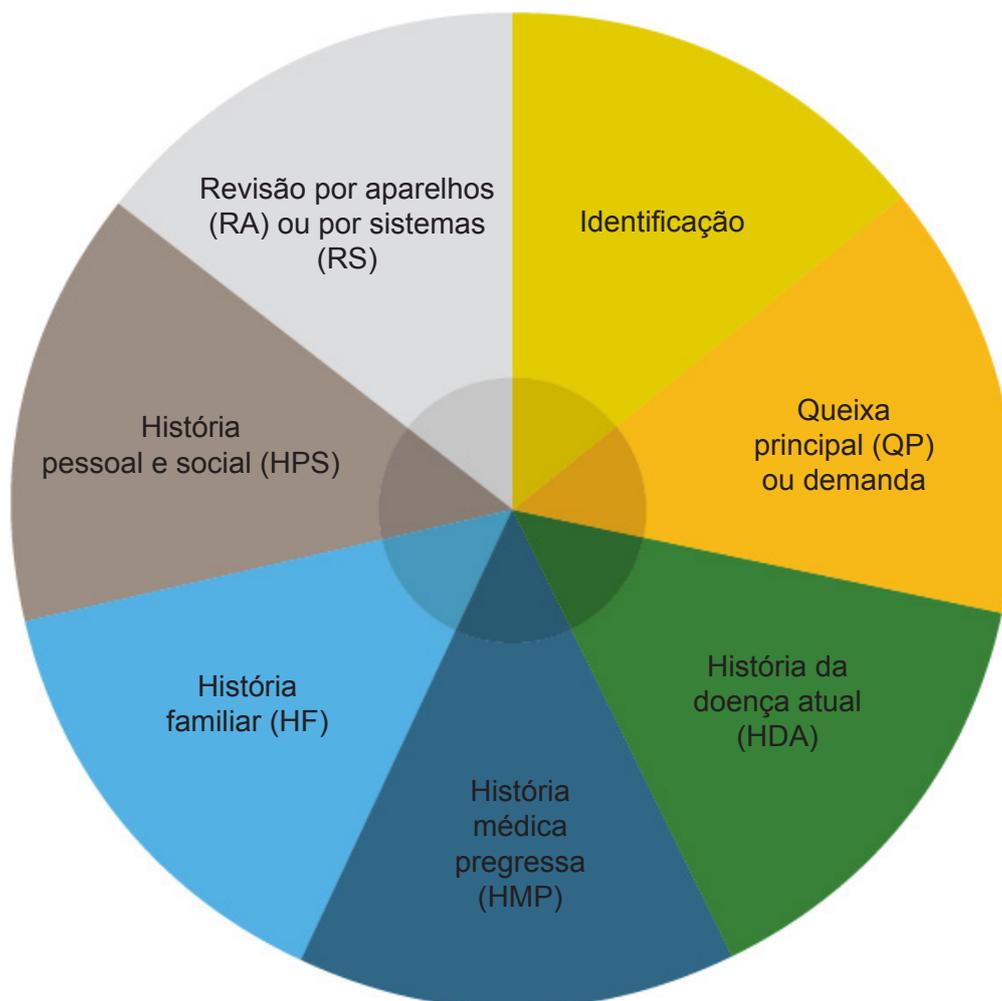
No acolhimento da demanda, é importante que o farmacêutico faça a escuta ativa e qualificada do(s) problema(s) de saúde do paciente, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela sua resolução. Esta atividade implica também a garantia de acesso aos recursos necessários ao seu tratamento, sejam estes providos pelo próprio farmacêutico ou por outro profissional ou serviço de saúde. O acolhimento deve humanizar o atendimento e ser feito em um ambiente adequado, que garanta conforto e privacidade ao paciente (SOLLA, 2006).

## 2.2 Anamnese farmacêutica e verificação de parâmetros clínicos

O relato espontâneo feito pelo paciente, na maioria das vezes, é insuficiente para a identificação do(s) seu(s) problema(s) de saúde, tornando-se necessária a realização da anamnese e da verificação de parâmetros clínicos (JONES; ROSPOND, 2008; HERRIER; BOYCE; FOSTER, 2014; HARDY, 2014). Os objetivos destas avaliações são: identificar a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do paciente, as situações especiais e as precauções, além de outras informações relevantes para a seleção da melhor conduta para a resolução do(s) problema(s). Durante o processo semiológico, serão identificadas situações de alerta, que determinam a necessidade de encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde. Após esta análise, o farmacêutico, de forma compartilhada com o paciente, definirá um plano de cuidado.

A anamnese possibilita analisar o discurso do paciente, por meio de questionamentos do profissional (JONES; ROSPOND, 2008; HERRIER; BOYCE; FOSTER, 2014; HARDY, 2014). A sequência das perguntas depende do relato espontâneo e do tipo de condição de saúde do paciente, assim como do processo de comunicação entre ele e o farmacêutico. Os elementos da anamnese que permitem atingir os objetivos acima descritos são: identificação, queixa principal ou demanda, história da doença atual (HDA), história médica pregressa (HMP), história familiar (HF), história pessoal – fisiológica e patológica – e social (HPS), e revisão por aparelhos (RA) ou por sistemas (RS) (JONES; ROSPOND, 2008; HERRIER; BOYCE; FOSTER, 2014; HARDY, 2014), Figura 5.

**Figura 5 – Elementos da anamnese.**



Fonte: autoria própria.

A verificação de parâmetros clínicos feita pelo farmacêutico complementa as informações provenientes da anamnese e objetiva subsidiar a triagem do paciente e a avaliação de resultados da farmacoterapia. Envolve a medida da pressão arterial, da temperatura, de alguns parâmetros antropométricos, como o peso e a altura, entre outros (JONES; ROSPOND, 2008; HERRIER; BOYCE; FOSTER, 2014; HARDY, 2014).

### 2.2.1 Identificação da(s) necessidade(s) e problema(s) de saúde

A identificação da(s) necessidade(s) e do(s) problema(s) de saúde do paciente ocorre pela análise dos sinais e/ou sintomas, o que inclui informações sobre início, duração, frequência, localização precisa, características e gravidade, em qual momento do dia ou em que circunstâncias surgem ou desaparecem, fatores que agravam ou aliviam, Figura 6.

**Figura 6 – Avaliação dos sinais e/ou sintomas para identificação da(s) necessidade(s) e do(s) problema(s) de saúde.**

<b>Tempo</b>	Início, duração e frequência (ex: dor com início há 1 dia, 3 horas de duração e frequência mensal desde a 1ª menstruação)
<b>Localização</b>	Área precisa (ex: dor no abdômen)
<b>Característica</b>	Termos descritos específicos (ex: dor aguda, secreção com sangue)
<b>Gravidade</b>	Leve, moderada ou grave (ex: dor moderada, que dificulta a realização das atividades)
<b>Ambiente ou Atividade</b>	A cefaleia piora em ambientes iluminados. O que o paciente estava fazendo quando ocorreram (ex: dor, que ocorreu quando o paciente fez algum esforço)
<b>Atenuantes ou agravantes</b>	Fatores que fazem com que melhorem ou piorem (ex: melhora com compressa quente; piora da dor, ao movimento)
<b>Sinais e sintomas associados</b>	Outros sinais e sintomas, que ocorrem associados com os sinais e sintomas primários (ex: náusea e diarreia associadas)

Fonte: autoria própria.

Estas informações permitem ao farmacêutico fazer a triagem do paciente em relação à gravidade da demanda, distinguir situações autolimitadas daquelas que apresentam sinais e/ou sintomas semelhantes, mas que não são autolimitadas, e que, portanto, não são passíveis de prescrição pelo farmacêutico (farmacológica ou não farmacológica). Nestes casos, a prescrição deverá incluir um encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde (BRASIL, 2013c).

Estas informações permitem ao farmacêutico fazer a triagem do paciente em relação à gravidade da demanda, distinguir situações autolimitadas daquelas que apresentam sinais e/ou sintomas semelhantes, mas que não são autolimitadas, e que, portanto, não são passíveis de prescrição pelo farmacêutico (farmacológica ou não farmacológica). Nestes casos, a prescrição deverá incluir um encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde (BRASIL, 2013c).

## 2.2.2 Identificação de situações especiais e precauções

Identificada(s) a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do paciente, é necessário complementar a análise com informações que podem modificar a definição da conduta, incluindo situações adicionais de alerta para o encaminhamento e as que indicam a necessidade de personalização da conduta. Estas situações especiais e precauções podem incluir informações sobre o ciclo de vida (neonatos, crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e lactantes), preferências e crenças do paciente, experiências de medicação, comorbidades e seus tratamentos, história pregressa de tratamento da demanda apresentada, nível de evidência e grau de recomendação das diferentes modalidades de intervenção disponíveis, entre outras, Figura 7.

**Figura 7 – Algumas situações especiais e precauções.**

Situações especiais e precauções			
Informações sobre o gênero e o ciclo da vida	Preferências, condição sociodemográfica, crenças e limitações do paciente	Comorbidades, tratamento em uso e histórico de alergias a medicamentos	História pregressa de tratamento de demanda apressada
<p><b>Exemplos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor em criança requer o uso de soluções líquidas orais</li> <li>• Dor em adultos pode ser manejada com sólidos e líquidos orais</li> <li>• Dor em gestante requer encaminhamento</li> </ul>	<p><b>Exemplos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor pode ser manejada com dipirona ou paracetamol, conforme preferência do paciente</li> </ul>	<p><b>Exemplos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com alergia à dipirona devem utilizar outro analgésico, como o paracetamol</li> <li>• Pacientes com dor e histórico de doenças cardiovasculares devem ser encaminhados ao médico</li> </ul>	<p><b>Exemplos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com relatos de insucesso ou de reação adversa à dipirona devem utilizar outro analgésico como o paracetamol</li> </ul>

Fonte: autoria própria.

## 2.3 Situações de alerta para encaminhamento

No acolhimento do paciente e durante a anamnese, é necessário analisar a natureza, a complexidade e a gravidade da demanda, a fim de determinar se o problema de saúde poderá ser solucio-

nado no serviço ou irá requerer, *a priori*, encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde. Contudo, mesmo que a demanda não constitua, por si só, um alerta para encaminhamento, muitas vezes, ao longo da anamnese, podem ser identificadas situações que o justifiquem. Em geral, pessoas que apresentam sinais e/ou sintomas de maior gravidade, ou todas as situações que requerem diagnóstico e tratamento pelo médico, devem ser encaminhadas (BRASIL, 2013c).

O encaminhamento deverá ocorrer de forma orientada, de modo que o paciente compreenda seu estado e possa seguir as orientações recebidas. Deve ainda garantir que o outro profissional entenda a situação atual do paciente, de acordo com a análise feita pelo farmacêutico. Para isso, deve-se proceder ao encaminhamento por escrito. No Caderno de Atenção à Saúde nº 28, estão descritas situações de alerta para encaminhamento (BRASIL, 2012).

Caso não identifique nenhuma situação de alerta para encaminhamento, o farmacêutico deverá elaborar, de forma compartilhada com o paciente, o seu plano de cuidado, que poderá conter terapias não farmacológica, farmacológica e/ou outras intervenções relativas ao cuidado em saúde.

## 2.4 Plano de cuidado

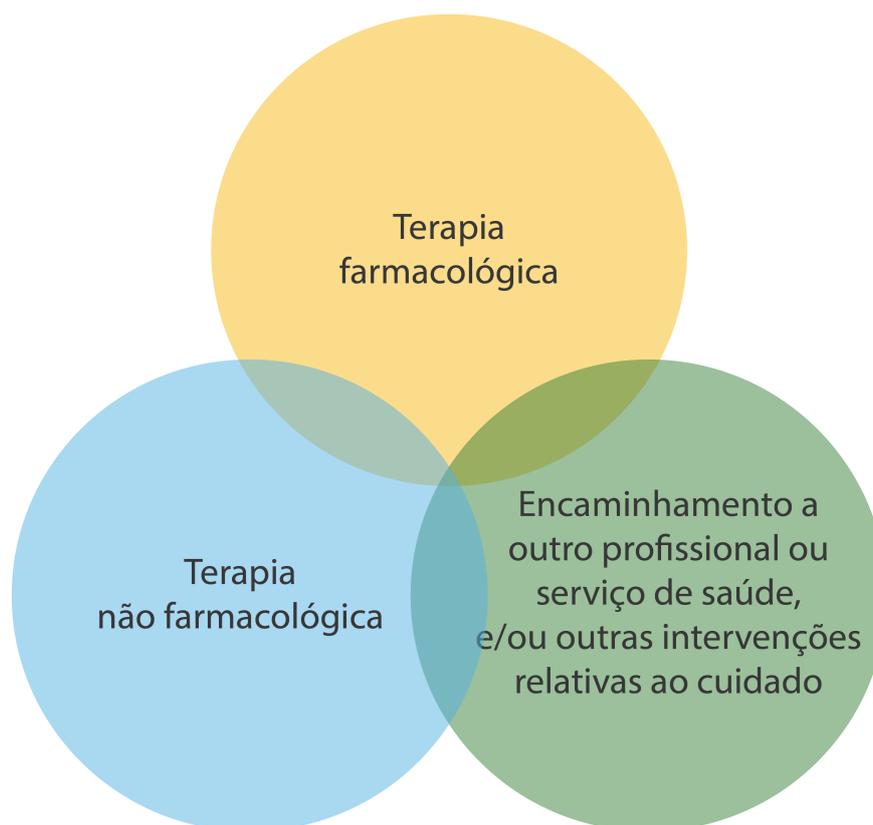
Uma vez estabelecidas a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do paciente e determinada a ausência de sinais e/ou sintomas de alerta para encaminhamento, prossegue-se a análise das possíveis condutas, de acordo com as melhores evidências disponíveis (BRASIL, 2013b, 2013c). O plano de cuidado deve ser construído em conjunto com o paciente e incluir uma síntese da situação, os detalhes sobre a(s) intervenção(ões) para a resolução da(s) necessidade(s) e do(s) problema(s) de saúde do paciente, os objetivos terapêuticos e os parâmetros para avaliação dos resultados (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). O plano pode envolver a seleção das seguintes condutas: terapias farmacológica e não farmacológica, o encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde, e/ou outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, Figura 8.

### 2.4.1 Terapia farmacológica

A seleção da terapia farmacológica deve resultar de um processo de decisão que considere a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do paciente, a efetividade e a segurança dos medicamentos, as características do paciente e a presença de situações especiais e precauções. Deve ainda ser baseada nas melhores evidências disponíveis e considerar a definição dos componentes descritos na Figura 9 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; BRASIL, 2013b, 2013c).

Os medicamentos isentos de prescrição médica estão relacionados na Lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE) (BRASIL, 2003). A indicação farmacêutica de plantas medicinais e fitoterápicos isentos de prescrição médica está descrita na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC)/Anvisa nº 138, 29 de maio de 2003 (BRASIL, 2003), e na Resolução/CFF nº 546, de 21 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

**Figura 8 – Elementos do plano de cuidado.**



Fonte: autoria própria.

### **2.4.2 Terapia não farmacológica**

O manejo das diferentes condições clínicas pode necessitar de terapia não farmacológica, de forma isolada, ou associada à farmacológica (BRASIL, 2013a, 2013b, 2013c). As não farmacológicas podem incluir recomendações de mudanças de hábitos de vida, dietéticas ou do ambiente, entre outras intervenções educativas. A seleção de terapia não farmacológica contempla critérios similares aos da farmacológica, sendo importante levar em consideração a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do paciente, as situações especiais e as precauções, e as melhores evidências de efetividade e segurança.

Para a prescrição de ambas as terapias, devem ser consideradas as doses, a frequência de administração, a duração do tratamento e as contraindicações.

### **2.4.3 Encaminhamento**

Quando o farmacêutico decide pela prescrição de encaminhamento, deve diferenciar claramente casos de maior gravidade, que requerem atendimento imediato, daqueles de gravidade leve ou moderada, que não exigem atendimento de urgência/emergência. Desta forma, sempre que o farmacêutico decidir que esta é a melhor conduta, o encaminhamento deve ser:

- anotado na receita;
- descrito no prontuário do paciente;
- registrado em documento, também denominado “Encaminhamento”, destinado a outro profissional ou serviço de saúde, em que constam as justificativas pelas quais o paciente foi derivado.

A redação do documento “Encaminhamento” deve possibilitar que o paciente compreenda os motivos da derivação e possa seguir as orientações recebidas, que o outro profissional ou serviço entenda a situação de saúde do paciente e, assim, possa dar continuidade ao cuidado.

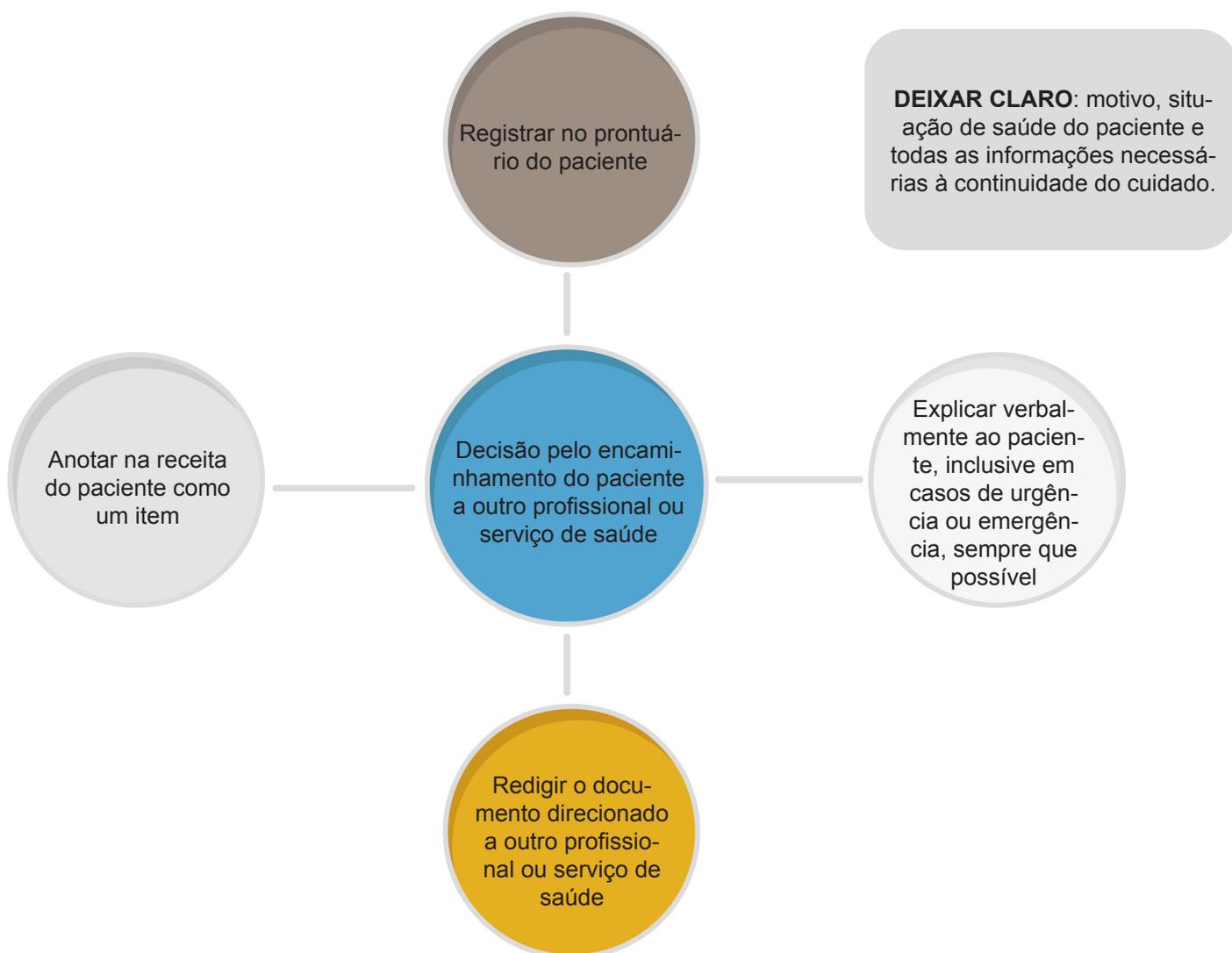
As informações relativas ao estado de saúde do paciente que justificaram o encaminhamento devem ser mantidas em arquivo, como forma de comprovar qual conduta foi selecionada pelo farmacêutico, especialmente em situações de urgência/emergência (Figura 10).

**Figura 9 – Componentes da terapia farmacológica.**

<b>Indicação clínica</b>
Sinais e/ou sintomas que justificam a escolha da terapia farmacológica
<b>Objetivo terapêutico</b>
O que se pretende atingir com o uso do medicamento (cura, alívio, prevenção de uma complicação, entre outros)
<b>Meta terapêutica</b>
Parâmetro(s) para mensuração, frequência e forma de avaliação dos resultados, em termos de efetividade e segurança
<b>Via de administração</b>
Conforme necessidade de local ou velocidade de início de ação, ciclo de vida, preferências pessoais, crenças
<b>Classe farmacológica e princípio ativo</b>
De acordo com a segurança, efetividade e conveniência e relação custo-benefício para o alcance dos objetivos terapêuticos pretendidos
<b>Medicamento</b>
Nome do medicamento ou formulação, concentração/dinamização e forma farmacêutica
<b>Regime terapêutico</b>
Dose, frequência de administração do medicamento e duração do tratamento
<b>Instruções adicionais</b>
Quando necessário

Fonte: autoria própria.

**Figura 10 – Processo de documentação da decisão pelo encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde.**



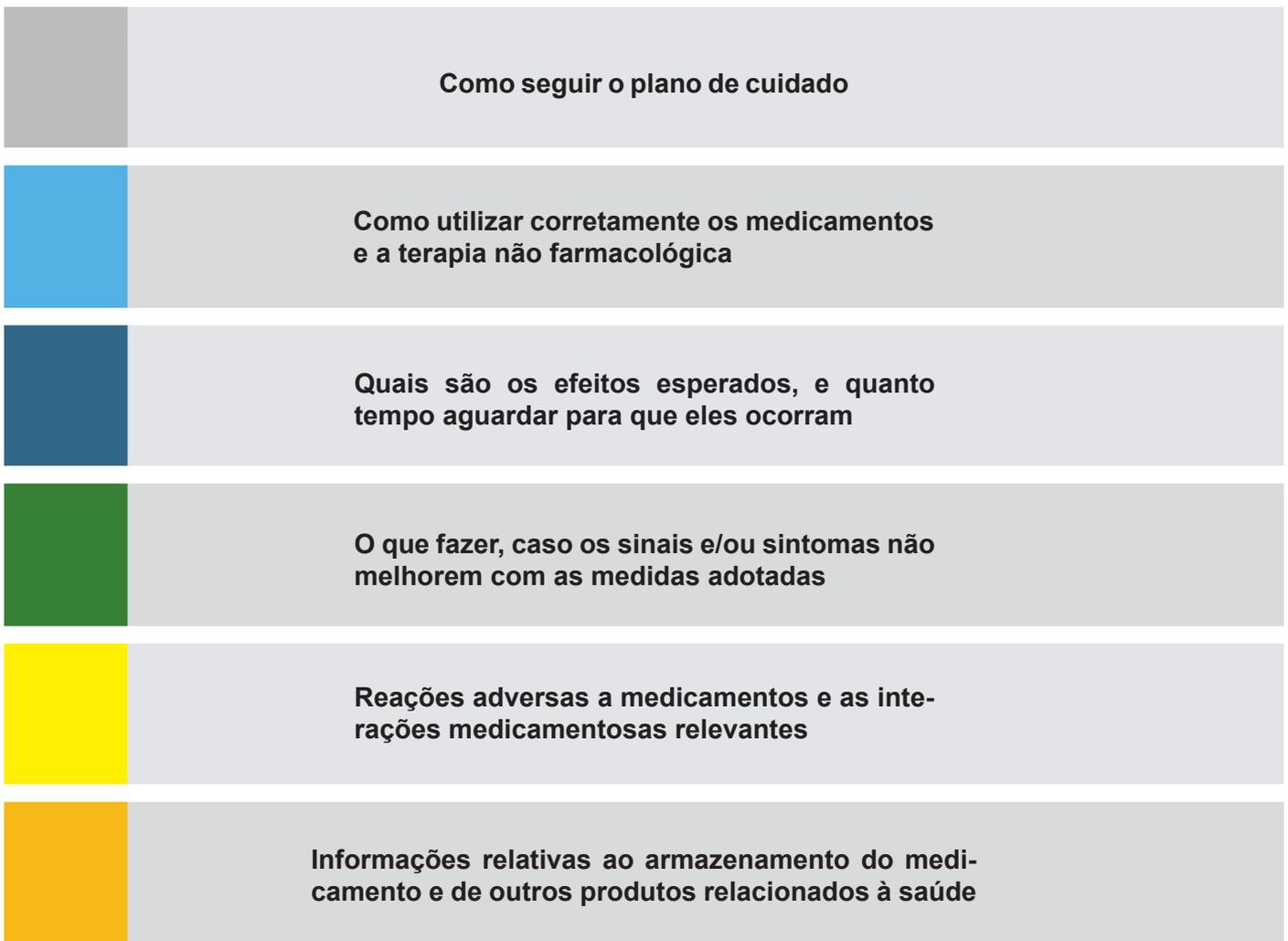
Fonte: autoria própria.

#### **2.4.4 Educação e orientação ao paciente**

O farmacêutico deve garantir que o paciente entenda o seu problema de saúde, as intervenções realizadas, o plano de cuidado a ser seguido e a avaliação dos resultados. A orientação ao paciente deve ser precisa em relação à(s) sua(s) necessidade(s), condição socioeconômica e nível cultural, complexidade do tratamento, entre outros fatores. A Figura 11 apresenta as principais orientações ao paciente.

A forma de execução, na maioria das vezes, é verbal, tendo o receituário como documento escrito de referência ao paciente e o prontuário para consulta do farmacêutico e de outros profissionais da saúde. Contudo, recomenda-se que estejam disponíveis materiais educativos impressos para situações específicas que sejam comuns no cotidiano do cuidado à saúde dos pacientes.

**Figura 11 – Principais orientações ao paciente.**



Fonte: autoria própria.

## **2.5 Avaliação dos resultados**

É responsabilidade do farmacêutico avaliar o alcance dos objetivos das intervenções selecionadas. Além disso, é a avaliação que possibilita a identificação precoce de problemas que interferem na obtenção dos resultados terapêuticos desejados, como a inefetividade do(s) medicamento(s) ou o surgimento de reações adversas. Este procedimento deve ser feito por meio da reavaliação dos sinais e sintomas apresentados inicialmente pelo paciente, assim como pela análise da sua evolução. Ele pode evidenciar quatro diferentes resultados: resolução da(s) necessidade(s) e do(s) problema(s) de saúde do paciente, melhora parcial, ausência de melhora ou piora dos sinais e sintomas, Figura 3. No processo de avaliação de resultados, é fundamental que o farmacêutico mantenha o registro do atendimento e inclua uma forma de contato com o paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

## 2.6 Documentação

A documentação compreende o registro das informações, desde o acolhimento da demanda até a avaliação dos resultados em saúde, o que inclui, pelo menos, o registro no prontuário do paciente, a redação da prescrição e do documento de encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde, conforme detalhado no módulo anterior.

A redação da prescrição e do documento de encaminhamento deve ser feita de acordo com a Resolução/CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013c). Modelos de registro no prontuário do paciente, redação da prescrição e do documento de encaminhamento serão apresentados no módulo de documentação (LOPES, 2005).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Carta aberta sobre prescrição farmacêutica. Brasília: 2013a. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=1325&titulo=CARTA+ABERTA+SOBRE+PRESCRI%C3%87%C3%83O+FARMAC%C3%8AUTICA>>. Acesso em: 23 out. 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Consulta pública nº 02/2014: serviços farmacêuticos: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/Servi%C3%A7os%20farmac%C3%AAuticos%20contextualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20arcabou%C3%A7o.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 546, de 21 de julho de 2011. Dispõe sobre a indicação farmacêutica de plantas medicinais e fitoterápicos isentos de prescrição e o seu registro. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jul. 2011. Seção 1, p. 87.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regula as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013b. Seção 1, p. 186-8.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2013c. Seção 1, p. 136-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária: rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHAMBERS, R. What we know about the practice and impact of self care. In: CHAMBERS, R.; WAKLEY, G.; BLENKINSOPP, A. Supporting self care in primary care. Abingdon: Radcliffe Publishing; 2006. p. 14-29. Disponível em: <[http://www.selfcareconnect.co.uk/uploads/self\\_care\\_toolkit/sc4pc/chap2.pdf](http://www.selfcareconnect.co.uk/uploads/self_care_toolkit/sc4pc/chap2.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2015.

CIPOLLE, R.; STRAND, L.; MORLEY, P. Pharmaceutical Care Practice: The patient centered approach to medication management. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill, 2012.

COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE ASSOCIAÇÕES NACIONAIS, ACADEMIAS E ASSOCIAÇÕES ACADÊMICAS DE CLÍNICOS GERAIS MÉDICOS DE FAMÍLIA. Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap 2). 2. ed. Tradução de Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade. Florianópolis: SBSFC, 2010. 200 p.

CORRER, J.; OTUKI, M. F. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COUGHLAN, D.; SAHM, L.; BYRNE, S. The importance of health literacy in the development of 'Self Care' cards for community pharmacies in Ireland. *Pharmacy Practice*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 143-150, Jul./Sep. 2012.

HARDY, Y. M. Patient assessment in pharmacy: a culturally competent approach. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning, 2014. 236 p.

HERRIER, R.; BOYCE, R.; FOSTER, S. Patient assessment in pharmacy. New York: McGraw-Hill Medical, 2014. 464 p.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1156-1167, 2009.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. Annex 8: Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. Geneva: World Health Organization; 2011.

JESUS, E. V. Docência médica e semiologia pediátrica. *Cadernos UniFOA*, [S.l.], ano 3, n. esp., p. 26-29, out. 2008.

JONES, R. M.; ROSPOND, R. M. Patient Assessment in Pharmacy Practice. Baltimore, MD: LWW, 2008. 474 p.

LOPES, A. A. Prontuário orientado por problemas e evidências (POPE): o contexto do SOAP. [Salvador]: Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, 2005.

LÓPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 1233 p.

NEELON, F. A.; ELLIS, G. J. A syllabus of problem-oriented patient care. 3rd ed. Boston: Little, Brown and Company, 1976.

NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY. About NMA. 2014. Disponível em: <<http://www.nmafaculty.org/about-nma>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

PORTO, C. C. Semiologia médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 1308 p.

SOLLA, J. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. (Sala de aula series, nº 3).

SWARTZ, M. H. Tratado de semiologia médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. Hague: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Essential Drugs and other Medicines. The role of Pharmacist in self care-medication. Geneva, 2005.

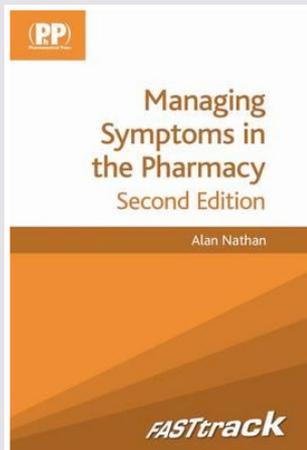
WORLD HEALTH ORGANIZATION. The role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the role of the pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998. Geneva: World Health Organization, 1998.

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Este módulo de semiologia tem como objetivo discutir o processo semiológico e o raciocínio clínico para o atendimento do paciente e para a realização da prescrição farmacêutica. Contudo, não aborda a anamnese específica para queixas ou demandas do paciente. O farmacêutico pode encontrar estas informações em documentos referenciais e livros específicos. A seguir serão indicadas bibliografias que tratam deste assunto.

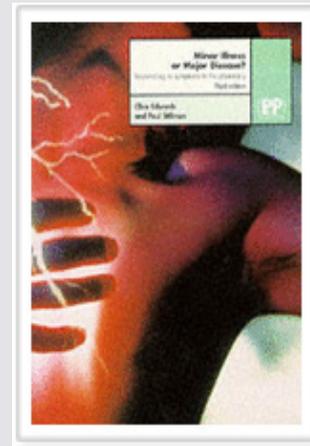
### Managing Symptoms in The Pharmacy.

Alan Nathan. Pharmaceutical Press:  
London, 2008



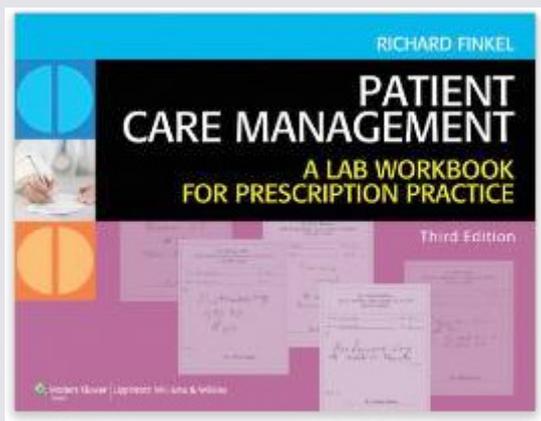
### Minor Illness or Major Disease? Responding to Symptoms in the Pharmacy. Clive Edwards.

Pharmaceutical Pr: 3rd edition, 2000



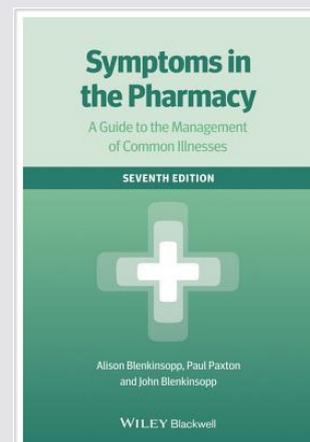
### Patient Care Management: A Lab Workbook for Prescription Practice.

Richard Finkel, LWW: Third edition, 2012



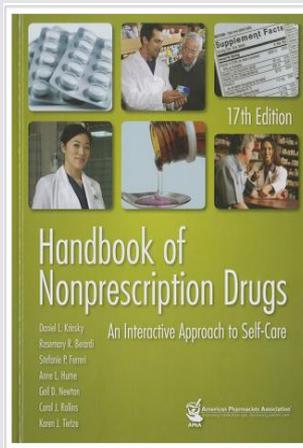
### Symptoms in the Pharmacy: A guide to the Management of Common Illnesses.

Alison Blenkinsopp. Wiley-Blackwell: 7th  
edition, 2014



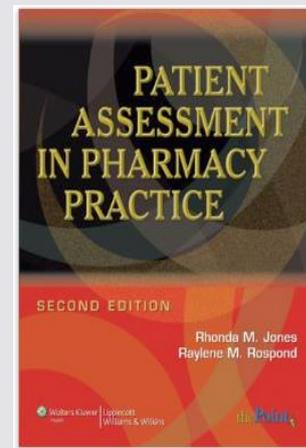
**Handbook of Nonprescription Drugs: An Interactive Approach to Self-care.**

Daniel L. Krinsky. American Pharmacist Association: 17th edition, 2011



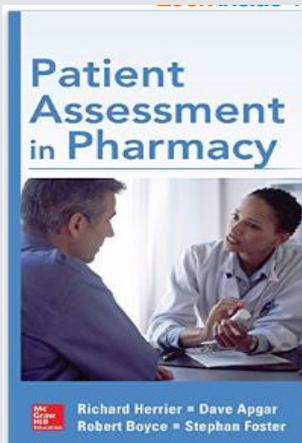
**Patient Assessment in Pharmacy Practice.**

Rhonda M. Jones LWW; Second edition, 2008



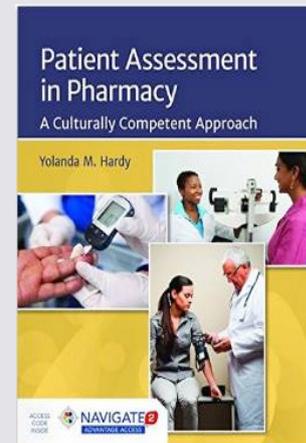
**Patient Assessment in Pharmacy.**

Richard N. Herrier, David A. Apgar, Robert W. Boyce, Sthepan L. Foster. McGraw-Hill Education, 2015



**Patient Assessment in Pharmacy: A Culturally Competent Approach**

Includes Navigate 2 Advantage Access. Yolanda M. Hardy. Jones & Bartlett Learning.





Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-89924-14-6

