

Novo termo respalda o  
**ATO FARMACÊUTICO**

**INFORME-SE**



Conselho  
Federal de  
Farmácia

## NOTA TÉCNICA QUE INSTITUI O TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE E A DECLARAÇÃO DO(A) FARMACÊUTICO(A) RESPONSÁVEL

Considerando a situação de Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional (ESPIN) decretada pelo Ministério da Saúde, no dia 3 de fevereiro de 2020 (Portaria nº 188/GM/MS);

Considerando o documento “Orientações do Ministério da Saúde para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19”;

Considerando as implicações para as atividades profissionais do farmacêutico na provisão de medicamentos para pacientes com diagnóstico de Covid-19;

Considerando o Art. 11 da Lei no 13.021/2014, o qual estabelece que “*O proprietário da farmácia não poderá desautorizar ou desconsiderar as orientações técnicas emitidas pelo farmacêutico.*”, bem como o Art. 14, da referida lei que ressalta que “*cabe ao farmacêutico, na dispensação de medicamentos, visando a garantir a eficácia e a segurança da terapêutica prescrita, observar os aspectos técnicos e legais do receituário*”;

Considerando os seguintes dispositivos da Código de Ética da Profissão Farmacêutica (Resolução CFF no 596/2014):

- Art. 2º - *O farmacêutico atuará com respeito à vida humana, ao meio ambiente e à liberdade de consciência nas situações de conflito entre a ciência e os direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal.*
- Art. 9º - *O trabalho do farmacêutico deve ser exercido com autonomia técnica e sem a inadequada interferência de terceiros, tampouco com objetivo meramente de lucro, finalidade política, religiosa ou outra forma de exploração em desfavor da sociedade.*
- Art. 11 – *É direito do farmacêutico:*  
(...)  
*VI - negar-se a realizar atos farmacêuticos que sejam contrários aos ditames da ciência, da ética e da técnica, comunicando o fato, quando for o caso, ao usuário, a outros profissionais envolvidos e ao respectivo Conselho Regional de Farmácia;*
- Art. 14 - *É proibido ao farmacêutico:*  
(...)  
*XXIII - fornecer, dispensar ou permitir que sejam dispensados, sob qualquer forma, substância, medicamento ou fármaco para uso diverso da indicação para a qual foi licenciado, salvo quando baseado em evidência ou mediante entendimento formal com o prescritor,*

O Conselho Federal de Farmácia (CFF) publica a presente nota técnica de orientação, a qual visa a resguardar os direitos do(a) paciente, e também a autonomia e a autoridade técnica do(a) farmacêutico(a).

No que diz respeito ao ato de dispensação de medicamentos com indicação de uso não aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o tratamento e/ou em qualquer outra situação que demande o fornecimento de medicamentos sob prescrição, o **CFF recomenda que o farmacêutico:**

1. Utilize sua competência técnica para avaliar e atender as necessidades do paciente, decidindo cada situação, caso a caso, de modo a não permitir, de forma consciente, o dano evitável e, por conseguinte, aplicar toda a sua expertise técnica e científica para garantir que os benefícios de tratamentos sejam sempre superiores aos riscos que representam;
2. Verifique todos os aspectos legais da prescrição, inclusive os requisitos de retenção da receita, e observe, se for o caso, se houve a assinatura do Termo de ciência e consentimento entre o médico e o paciente;
3. Forneça as informações e orientações adequadas ao(à) paciente, aplicando um “Termo de Ciência e Responsabilidade” (anexo 1), o qual deverá ser preenchido em duas vias, sendo que uma via deverá ser entregue ao(à) paciente e a outra ficará sob a guarda do farmacêutico;
4. Explique em linguagem simples e objetiva ao(à) paciente os motivos da sua decisão profissional, encaminhando-o(a) ou aconselhando-o(a) a procurar o médico quando isto for necessário;
5. Faça o contato com o prescritor pelos meios apropriados, quando isto for imprescindível e possível, para informar, dirimir dúvidas ou resolver situações que possam beneficiar ou atender as necessidades do(a) paciente;
6. Faça o registro da tomada de decisão por intermédio do preenchimento da “Declaração do Farmacêutico Responsável” (anexo 2) e a guarda de cópia do documento, para posterior ou eventual comunicação ao conselho ou às autoridades competentes.

Brasília, 4 de junho de 2020  
Conselho Federal de Farmácia

## DOWNLOADS:

[Termo de Ciência e Responsabilidade \(Word\)](#)

[Declaração do\(a\) Farmacêutico\(a\) Responsável](#)

**Anexo 1**  
**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE**

DECLARO que fui devidamente informado(a) pelo(a) farmacêutico(a), em linguagem clara e objetiva sobre os benefícios, os riscos, as contraindicações, os principais efeitos adversos e os cuidados no uso do(s) medicamento(s) [preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamento(s), apresentação(ões) e dose(s)] prescrito(s) para o tratamento de [preencher com o nome do problema de saúde].

Fui informado(a) e compreendi que, até o momento, o uso desse(s) medicamento(s) para [citar o nome da doença] se baseia em estudos não conclusivos, os quais poderão confirmar ou não os alegados benefícios. O(A) farmacêutico(a) me explicou quais os efeitos adversos a esse(s) medicamento(s) [Citar os principais], como ele(s) pode(m) ocorrer, e o que devo fazer, inclusive quando procurar o médico, se não me sentir bem ou apresentar algum problema, ou desconforto, com o uso do(s) mesmo(s).

Estou esclarecido(a), ainda, de que há medicamentos [Citar aqueles que têm importância clínica] que podem interagir com o(s) medicamento(s) prescrito(s) [Citar aqueles que têm importância clínica]. O(A) farmacêutico(a) me orientou a conversar com o médico sobre todos os medicamentos que eu utilizo, para que ele avalie trocar ou suspender algum desses.

O(A) farmacêutico(a) me perguntou se fui submetido(a) aos seguintes exames complementares [preencher com os nomes dos exames, se for o caso. Se não, excluir esse parágrafo]. Fui informado(a) que a realização desses exames depois de iniciado o tratamento é importante como medida de segurança e que eu devo conversar com o médico a esse respeito.

Estou ciente dos benefícios potenciais, das precauções e dos riscos descritos neste Termo de Ciência e Responsabilidade, os quais podem ocasionar desde sinais/sintomas leves, à incapacidade permanente, ou até a situações eventuais de internação ou óbito.

**AUTORIZAÇÃO DO(A) PACIENTE OU DO(S) RESPONSÁVEL(EIS)**

Por livre iniciativa, ACEITO assumir os riscos que me foram informados, por meio do presente Termo, bem como MANIFESTO a minha vontade consciente e esclarecida de que o(s) medicamento(s) seja(m) dispensado(s) na forma como foi (foram) prescrito(s). Informo, ainda, que assinei o Termo de Ciência e Consentimento para que o médico prescrevesse esse(s) medicamento(s), e que o(a) farmacêutico(a) me deu a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao uso do(s) mesmo(s).

Informo que me foi garantido o direito de revogar este Termo de ciência e responsabilidade antes de concluído o aviamento da prescrição, assim como que AUTORIZEI o(a) farmacêutico(a) a entrar em contato com o médico prescritor para tratar de assunto relativo ao meu tratamento, e comunicar ao seu conselho de classe ou à autoridade sanitária ou judicial, se requisitado a prestar as informações decorrentes dos atos descritos neste documento.

<input type="checkbox"/> Desejo receber o medicamento	<input type="checkbox"/> Não desejo receber o medicamento
Nome do paciente ou responsável(eis):	
Documento de identidade:	Grau de parentesco:
Local e data:	Assinatura:

**Anexo 2**  
**DECLARAÇÃO DO(A) FARMACÊUTICO(A) RESPONSÁVEL**

CONFIRMO que informei de maneira detalhada ao(à) paciente e/ou ao(s) seu(s) responsável(eis), sobre o objetivo, os riscos, as contraindicações, os efeitos adversos e os cuidados necessários relacionados ao uso do(s) medicamento(s) prescrito(s).

Expliquei de forma clara as informações disponíveis sobre os benefícios e a segurança do tratamento, as doses, a posologia e a indicação prescritas, respondendo às perguntas formuladas pelo(a) mesmo(a). Esclareci que o(a) paciente e/ou seu(s) responsável(eis) tem (têm) o direito de consentir ou de não consentir que eu finalize a dispensação do(s) medicamento(s) prescrito(s).

De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente, e/ou o(s) seu(s) responsável(eis), encontra-se (encontram-se) em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Considerando o embasamento científico, deontológico e legal que norteia o exercício consciente e judicioso dos meus atos e julgamento profissional, devidamente justificados, resolvo:

- ( ) Dispensar o(s) medicamento(s) prescrito(s)
- ( ) Não dispensar o(s) medicamento(s) prescrito(s)
- ( ) Encaminhar o paciente ao prescritor

**Registro e justificativa do Farmacêutico**

Nome do(a) paciente e/ou do(a) responsável(eis): Medicamento (nome, forma farmacêutica e dose): Justificativa do procedimento:		
Farmacêutico (a):	CRF Nº:	UF:
Local e data:	Assinatura:	