



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

EDUARDA SOUZA DA SILVA

**IMPACTO E AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS NO
MANEJO FARMACÊUTICO DE PROBLEMAS DE
SAÚDE AUTOLIMITADOS**

BRASÍLIA

2025

EDUARDA SOUZA DA SILVA

**IMPACTO E AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS NO
MANEJO FARMACÊUTICO DE PROBLEMAS DE
SAÚDE AUTOLIMITADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Ciências Farmacêuticas.

Orientador(a): Prof. Dr. Rafael Santos Santana.

Coorientador(a): Profa. Dra. Maria Christina dos Santos Verdam.

BRASÍLIA

2025

EDUARDA SOUZA DA SILVA

**IMPACTO E AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS NO
MANEJO FARMACÊUTICO DE PROBLEMAS DE
SAÚDE AUTOLIMITADOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Rafael Santos Santana – Presidente da Banca

Universidade de Brasília - UnB

Professora Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva

Universidade de Brasília - UnB

Dra. Ana Paula de Oliveira Barbosa

Ministério da Saúde (Externo)

Professor Dr. Rodrigo Fonseca Lima

Universidade de Brasília - UnB (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Rafael Santana, orientador excepcional, por todo o suporte e conhecimentos que me proporcionaram um grande crescimento profissional e ainda me inspiraram a querer continuar progredindo.

À Profa. Dra. Maria Christina, pelo incentivo e incríveis contribuições que ajudaram na construção deste trabalho.

Aos meus queridos pais, pelo carinho, dedicação e por apoiarem incondicionalmente os meus sonhos.

À minha irmã Flávia, por toda amizade e atenção dedicadas quando sempre precisei e por sempre ser essa pessoa incrível da qual me orgulho tanto.

E, desde já, à banca examinadora, por ter aceitado este convite, pelas críticas e quaisquer contribuições que possa prestar.

Aos demais colegas de laboratório, por todo o apoio, companheirismo e amizade e por tantas oportunidades incríveis de aprendizado que tivemos juntos.

À André, por todas as leituras atenciosas e pelo apoio incondicional ao longo deste processo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa concedida e pelo apoio fundamental à pesquisa.

RESUMO

Introdução: Os problemas de saúde autolimitados são frequentemente gerenciados por meio do autocuidado e do uso de medicamentos isentos de prescrição (MIPs). O manejo inadequado dessas condições pode sobrecarregar os sistemas de saúde, ressaltando a importância do farmacêutico na atenção primária. Evidências indicam que a atuação desse profissional é eficaz e custo-efetiva, promovendo o uso racional de medicamentos. No entanto, a consolidação dessa prática exige o desenvolvimento de competências clínicas adequadas, destacando a necessidade de metodologias educacionais inovadoras para aprimorar a formação e a qualificação dos farmacêuticos. **Objetivo:** Investigar a influência da atuação do farmacêutico no cuidado de problemas de saúde autolimitados e na prestação de atendimento farmacêutico, empregando a simulação realística como método para identificar competências clínicas, com o objetivo de aprimorar a formação profissional e fortalecer a qualidade da assistência na atenção primária à saúde. **Métodos:** O estudo foi conduzido em duas etapas complementares. A primeira consistiu em uma revisão de escopo, seguindo as diretrizes PRISMA-ScR, para identificar evidências sobre a eficácia do manejo farmacêutico de problemas autolimitados e seu impacto clínico, econômico e humanístico. Foram analisados 13 estudos observacionais e experimentais publicados entre 2013 e 2023. A segunda etapa envolveu um estudo descritivo, quantitativo e não randomizado, no qual farmacêuticos e estudantes do último ano de Farmácia tiveram suas competências clínicas avaliadas por meio da simulação realística de 19 problemas de saúde autolimitados. O desempenho foi analisado com o instrumento PSAL-BRASIL, e a confiabilidade das avaliações foi verificada pelo coeficiente *Kappa*. **Resultados:** O manejo de problemas de saúde autolimitados por farmacêuticos demonstrou altas taxas de melhora dos sintomas (44,3% a 93%), baixa necessidade de encaminhamento (0,2% a 29,5%) e elevada satisfação dos pacientes (>90%). Além disso, a farmácia comunitária mostrou-se custo-efetiva, oferecendo atendimento de qualidade com menor custo. Na avaliação de competências clínicas, farmacêuticos tiveram desempenho superior aos estudantes, especialmente no acolhimento (1,10 vs. 0,88) e plano de cuidado (0,76 vs. 0,55), embora ambos os grupos tenham demonstrado necessidade de maior capacitação. O melhor desempenho foi no agravo COVID-19 (18,55 pontos), enquanto acne e aftas apresentaram escores mais baixos, sugerindo menor familiaridade com essas condições. **Conclusão:** O farmacêutico desempenha um papel essencial na atenção primária à saúde, orientando pacientes no manejo de problemas de saúde autolimitados. No entanto, persistem lacunas na formação e na padronização do atendimento, evidenciando a necessidade de capacitação contínua e diretrizes mais estruturadas. O aprimoramento das competências clínicas e a implementação de estratégias educacionais eficazes são fundamentais para garantir uma assistência farmacêutica qualificada.

Palavras-chave: Cuidado farmacêutico; simulação realística; capacitação profissional; uso racional de medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: Self-limiting health problems are often managed through self-care and the use of over-the-counter medications. Inadequate management of these conditions can burden healthcare systems, highlighting the importance of pharmacists in primary care. Evidence indicates that pharmacists' involvement is effective and cost-efficient, promoting the rational use of medications. However, consolidating this practice requires the development of appropriate clinical competencies, emphasizing the need for innovative educational methodologies to enhance pharmacists' training and qualifications. **Objective:** To investigate the influence of pharmacists' roles in managing self-limiting health problems and providing pharmaceutical care, using realistic simulation as a method to identify clinical competencies, with the aim of improving professional training and strengthening the quality of care in primary healthcare. **Methods:** The study was conducted in two complementary phases. The first phase consisted of a scoping review, following PRISMA-ScR guidelines, to identify evidence on the effectiveness of pharmacists' management of self-limiting conditions and their clinical, economic, and humanistic impacts. Thirteen observational and experimental studies published between 2013 and 2023 were analyzed. The second phase involved a descriptive, quantitative, and non-randomized study in which pharmacists and final-year pharmacy students had their clinical competencies assessed through realistic simulation of 19 self-limiting health problems. Performance was analyzed using the PSAL-BRASIL instrument, and the reliability of the evaluations was verified using the Kappa coefficient. **Results:** Pharmacists' management of self-limiting health problems demonstrated high symptom improvement rates (44.3% to 93%), low referral needs (0.2% to 29.5%), and high patient satisfaction (>90%). Additionally, community pharmacies proved to be cost-effective, providing quality care at a lower cost. In the assessment of clinical competencies, pharmacists outperformed students, particularly in patient reception (1.10 vs. 0.88) and care planning (0.76 vs. 0.55), although both groups showed a need for further training. The best performance was observed in COVID-19 cases (18.55 points), while acne and mouth ulcers had lower scores, suggesting less familiarity with these conditions. **Conclusion:** Pharmacists play an essential role in primary healthcare, guiding patients in managing self-limiting health problems. However, gaps remain in training and service standardization, emphasizing the need for continuous professional development and more structured guidelines. Improving clinical competencies and implementing effective educational strategies are crucial to ensuring high-quality pharmaceutical care.

Keywords: Pharmaceutical care; realistic simulation; professional training; rational use of medications.

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO I

Tabela 1 - Caracterização dos estudos selecionados (n =13). 34

Tabela 2 - Tempo de seguimento após a consulta e principais resultados das intervenções farmacêuticas (n = 13).38

CAPÍTULO II

Tabela 1 – Médias das competências clínicas dos avaliados, desvio padrão e correlação entre as pontuações parciais e total (n = 78). 63

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

CAPÍTULO I

Figura 1 – Fluxograma PRISMA com o processo de seleção do estudo..... 32

CAPÍTULO II

Figura 1 – Instrumento de avaliação “PSAL-BRASIL: Avaliação de Competências Clínicas para o Manejo de Problema de Saúde Autolimitados” 60

Gráfico 1 - Resultados das médias da avaliação de competências clínicas dos participantes das simulações nas etapas do PSAL-BRASIL (n=78)..... 63

Gráfico 2 - Médias de pontuações por agravo..... 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CE - Contracepção de Emergência

CFF - Conselho Federal de Farmácia

FIP - Federação Internacional de Farmacêuticos

LEFAR - Laboratório de Evidências e Estudos Farmacêuticos

MAS - *Minor Ailment Service*

MIP - Medicamento Isento de Prescrição

PNAUM - Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos

PRM - Problemas Relacionados a Medicamentos

PSAL - Problemas de Saúde Autolimitados

OMS - Organização Mundial de Saúde

SR – Simulação Realística

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 AUTOCUIDADO E AUTOMEDICAÇÃO.....	13
1.2 PROBLEMA DE SAÚDE AUTOLIMITADO	15
1.3 MANEJO DE PROBLEMAS DE SAÚDE AUTOLIMITADOS	16
1.4 SERVIÇOS CLÍNICOS EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS	18
1.5 SIMULAÇÃO REALÍSTICA.....	19
1.6 CAPACITAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO E APRENDIZADO POR SIMULAÇÃO	20
2. OBJETIVOS	23
2.1. Objetivo Geral.	23
2.2. Objetivo Específico.....	23
3. MÉTODOS	24
4. CAPÍTULO I	26
5. CAPÍTULO II	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
7. REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO “PSAL-BRASIL: AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA O MANEJO DE PROBLEMA DE SAÚDE AUTOLIMITADOS”	86
APÊNDICE B – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	87
APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA O MANEJO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE AUTOLIMITADOS	90

1. INTRODUÇÃO

Os serviços clínicos farmacêuticos compreendem um conjunto amplo de atividades relacionadas às intervenções fornecidas por farmacêuticos clínicos com o objetivo de otimizar o uso de medicamentos, melhorar os resultados dos pacientes e aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde. Esses serviços são essenciais no desenvolvimento, aprovação e monitoramento de medicamentos, garantindo que os ensaios clínicos cumpram os requisitos regulatórios, priorizando a segurança e o bem-estar dos participantes. À medida que os sistemas de saúde evoluem, o papel dos serviços clínicos farmacêuticos se torna cada vez mais significativo no tratamento de problemas de saúde complexos e na melhoria do atendimento ao paciente em vários ambientes, incluindo hospitais, farmácias comunitárias e clínicas especializadas.^{1,2}

Entre as principais ofertas de serviços clínicos farmacêuticos está o gerenciamento de terapias medicamentosas, que envolve revisões sistemáticas de medicamentos para otimizar os resultados terapêuticos, particularmente para pacientes com múltiplas condições de saúde. Os farmacêuticos clínicos também desempenham um papel vital no gerenciamento de doenças crônicas, ajudando a melhorar a adesão à medicação e a qualidade geral de vida do paciente. Além disso, as iniciativas de educação e suporte ao paciente, muitas vezes aprimoradas por meio da telemedicina, são essenciais para capacitar os pacientes a entender melhor suas terapias e aderir aos planos de tratamento. Esses esforços levaram a melhores resultados clínicos, redução de readmissões hospitalares e maior satisfação do paciente, reforçando a importância dos farmacêuticos na continuidade do tratamento.^{3,4}

Apesar dos diversos benefícios associados aos serviços clínicos farmacêuticos, o setor enfrenta vários desafios, incluindo problemas de acesso do paciente, obstáculos regulatórios e a necessidade de integração eficaz de tecnologias em evolução. Restrições financeiras e requisitos complexos de seguro podem impedir o acesso do paciente às terapias necessárias, enquanto a conformidade regulatória continua sendo uma preocupação crítica na manutenção de padrões éticos em ensaios clínicos. Além disso, a ênfase crescente no atendimento personalizado e centrado no paciente exige adaptação contínua desses serviços para atender as diversas necessidades das populações em um cenário de saúde em rápida mudança.^{2,4,5}

Em geral, os serviços clínicos farmacêuticos são notáveis não apenas por sua contribuição ao atendimento ao paciente, mas também por seu impacto no sistema de saúde

mais amplo. Espera-se que a integração de tecnologias e abordagens inovadoras, juntamente com a evolução regulatória contínua, molde o futuro desses serviços, aprimorando ainda mais seu papel na promoção de resultados de saúde e garantindo o gerenciamento eficaz de medicamentos.⁶

1.1 AUTOCUIDADO E AUTOMEDICAÇÃO

As pessoas, em seu cotidiano, realizam ações com o intuito de prevenir doenças e controlar o impacto de condições mórbidas em suas vidas, configurando o autocuidado. Estas ações englobam práticas como medidas básicas de higiene, adoção de uma alimentação saudável, a prática regular de atividades físicas e o uso adequado de medicamentos^{7,8}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define autocuidado como “capacidade individual de promover a saúde, prevenir e lidar com doença com ou sem o apoio de um profissional da saúde”^{9,10}.

A automedicação é um componente do autocuidado, sendo um comportamento observado em escala global, com taxas variando de 11,2% a 93,7%, dependendo do país avaliado e da população considerada.¹¹ Segundo a OMS, a automedicação refere-se à prática de selecionar e usar medicamentos para tratar sintomas ou doenças que são identificados pelo próprio indivíduo, sem a orientação ou aconselhamento de um profissional de saúde.^{9,10,12}

A automedicação oferece benefícios ao sistema de saúde ao otimizar o uso dos recursos clínicos, maior acesso aos medicamentos e alívio para o paciente, promovendo a autonomia destes na gestão de tratamentos para enfermidades leves. Embora a automedicação proporcione vantagens, esta prática não está isenta de riscos.^{12,13,16}

É importante destacar que o amplo acesso à internet e aos smartphones tem facultado que o público em geral tenha acesso a informações de saúde. Para que os pacientes possam fazer escolhas adequadas em relação a sua saúde, é crucial que possuam o conhecimento necessário, já que o uso inadequado de medicamentos frequentemente resulta da falta de informação e entendimento por parte do paciente.¹¹⁻¹³

Dentre os perigos associados à automedicação, destacam-se o autodiagnóstico incorreto, que pode mascarar condições de saúde graves e resultar em atrasos na identificação

correta do problema e o início de um tratamento adequado para o manejo da doença; a ocorrência de efeitos adversos raros, mas graves; uso quando há contraindicações e potenciais interações medicamentosas; a administração inadequada em termos de via ou modo; a dosagem inadequada; o risco de dependência ou abuso; o armazenamento inadequado; e a escolha equivocada da terapia. Em nível comunitário, a automedicação inadequada contribui para o aumento de problemas induzidos por medicamentos, gerando despesas de saúde pública.^{9,12,13}

No que diz respeito ao uso de medicamentos, mesmo com estratégias de autocuidado, persiste o risco de que a utilização de recursos sem orientação adequada possa não ser apropriada, levando ao insucesso no manejo dos sinais e sintomas, e potencialmente resultando em outros problemas de saúde. O risco associado ao autotratamento desassistido também justifica a oferta, por parte do farmacêutico, do serviço de manejo de problemas de saúde autolimitados. Nesse serviço, o profissional emprega conhecimentos e habilidades clínicas para selecionar e documentar terapias farmacológicas e não farmacológicas que não exigem prescrição médica, além de outras intervenções relacionadas ao cuidado à saúde do paciente.^{7,12,13}

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), conduzida em 2014 com mais de 40 mil participantes, a taxa de automedicação atingiu 16% da população brasileira. Dos 12 fármacos mais comuns em práticas de automedicação, 48% eram Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs), sendo os analgésicos os mais prevalentes.¹⁴ Um estudo transversal envolvendo 1.820 adultos no Distrito Federal, Brasil, corrobora com essa prevalência, revelando automedicação de 14,9% na população examinada. Além disso, observou-se que metade dos medicamentos utilizados exigiria prescrição médica para dispensação.¹⁵

A automedicação abrange o uso de medicamentos isentos de prescrição médica, desde que sejam seguros e de qualidade, destinados a condições facilmente autodiagnosticáveis ou a condições recorrentes previamente diagnosticadas por um médico.^{9,12} Nesse contexto, o contato inicial com o farmacêutico desempenha um papel significativo no âmbito do autocuidado. Ao lidar com sintomas leves e controláveis, é essencial que o farmacêutico forneça aconselhamento adequado, orientando o paciente sobre possíveis encaminhamentos necessários ou identificando sinais de alerta que possam indicar a necessidade de procurar atendimento médico. Este papel proativo do farmacêutico contribui para garantir que a automedicação seja realizada de maneira segura e informada.^{10-13,16}

1.2 PROBLEMA DE SAÚDE AUTOLIMITADO

A automedicação, na maioria das vezes, visa resolver um problema de saúde autolimitado. Quanto ao conceito e quais são as condições de saúde que se caracterizam como “autolimitadas”, ainda não há uma padronização e um consenso na literatura científica, e em cada país essas condições são denominadas e descritas de forma diferente, mas normalmente as definições abordam a baixa gravidade de tais problemas e o uso de MIPs.¹⁷⁻¹⁹

No Brasil o problema de saúde autolimitado é definido pelo Conselho Federal de Farmácia como:

Enfermidade aguda de baixa gravidade, de breve período de latência, que desencadeia uma reação orgânica a qual tende a cursar sem danos para o paciente e que pode ser tratada de forma eficaz e segura com medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais - alopáticos ou dinamizados -, plantas medicinais, drogas vegetais ou com medidas não farmacológicas.²⁰

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) definiu a Lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE) que podem ser manejadas com MIPs através da Instrução Normativa nº 11/2026. Estas condições estão inseridas em grupos terapêuticos de condições dolorosas, respiratórias, infecciosas, gastrointestinais, dentre outros problemas comuns. Em alguns países existem programas governamentais que apresentam uma lista de condições que podem ser manejadas pelo farmacêutico. No Reino Unido há uma variedade de 10 a 47 problemas autolimitados manejados por farmacêuticos com apoio do programa governamental, sendo que candidíase vaginal, febre e dor de garganta são os mais comumente atendidos. Já no Canadá, são atendidas entre 12 a 34 condições de saúde, sendo candidíase vaginal, rinite alérgica, hemorroidas e aftas as que possuem maior prevalência.^{21,22}

Estes problemas geralmente requerem pouca ou nenhuma intervenção médica, gerando uma tendência dos indivíduos recorrerem primeiramente à farmácia para tratar sozinho problemas de saúde autolimitados por meio da automedicação. Na maioria das vezes, o farmacêutico é o único profissional de saúde com quem o indivíduo tem contato antes de utilizar o medicamento. É nesse contexto que os estabelecimentos farmacêuticos se tornam

pontos estratégicos de manejo desses problemas, e o farmacêutico exerce papel fundamental ao orientar o paciente quanto às possíveis intervenções farmacológicas e ao uso racional de medicamentos que não exigem prescrição médica.²³

1.3 MANEJO DE PROBLEMAS DE SAÚDE AUTOLIMITADOS

A automedicação responsável é conduzida pelo farmacêutico através da prestação do serviço de manejo de problemas de saúde autolimitados ao paciente. Neste serviço é fornecido informações sobre o tratamento e auxílio ao paciente na escolha do MIP mais adequado, orientando-o sobre a utilização do mesmo e sobre potenciais riscos, tornando a automedicação mais eficaz e segura.²⁴

Apesar de a indicação de medicamentos ser uma das atividades mais prestadas por farmacêuticos nas farmácias nacionais e internacionais, ainda não há um consenso na literatura sobre a definição do serviço de manejo de problemas de saúde autolimitados. Governos e instituições de saúde têm incentivado a automedicação responsável como uma ferramenta para melhorar a saúde pública. O Reino Unido e o Canadá são os países que mais avançaram nesse tipo de serviço, possuindo uma regulamentação governamental, estratégia de direcionamento dos pacientes, treinamento de farmacêuticos e remuneração pela atividade.^{19,25}

Em uma revisão sistemática que avaliou o papel do farmacêutico na venda de MIPs no Reino Unido foi identificado que o envolvimento deste profissional incluía quatro principais etapas: (i) anamnese e obtenção de informações; (ii) indicação e venda do produto; (iii) aconselhamento e orientações; e (iv) encaminhamento. Na primeira etapa o profissional fazia algumas perguntas ao paciente utilizando diferentes abordagens para obtenção das informações, as quais eram utilizadas para estruturar as próximas etapas. Na segunda, o farmacêutico selecionava, de acordo com as informações coletadas anteriormente, o melhor medicamento ao paciente, de forma a evitar problemas relacionados a medicamentos e fazia a venda do mesmo. A etapa de aconselhamento e orientações acontecia durante a consulta farmacêutica de forma verbal e/ou escrita, para pacientes que solicitaram voluntariamente orientações, ou não. Por fim, o encaminhamento para outros profissionais e serviços de saúde era realizado quando era encontrado um problema mais grave.²⁶

Na Espanha o serviço de manejo de problemas de saúde autolimitados, chamado de *Indicacion farmacêutica* em sintoma menor, segue um fluxo parecido, em que há primeiro a identificação do paciente e a identificação da queixa principal. Neste momento, o farmacêutico avalia se há algum fator de risco que deva ser realizado o encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde. Caso realmente se trate de uma condição autolimitada, o farmacêutico avalia o quadro do paciente e realiza a intervenção mais adequada, seja com um tratamento não farmacológico ou farmacológico.²⁷

Seguindo a mesma lógica, nos Estados Unidos o atendimento farmacêutico para este serviço inicia com o acolhimento do paciente que relata sua condição de saúde e/ou interesse em algum medicamento, a partir daí o farmacêutico analisa o quadro do paciente, planeja as intervenções e seleciona a melhor terapia farmacológica e/ou não farmacológica. Após o início do tratamento o farmacêutico também realiza o monitoramento do paciente e avaliação dos resultados.²⁸

Em um estudo que descreveu as atitudes farmacêuticas em relação à aplicação dos serviços em países em desenvolvimento relatou que, apesar de não haver um protocolo específico para a prestação do serviço de manejo de problemas de saúde autolimitados, a maioria dos profissionais coletavam informações pessoais do paciente, assim como informações da condição atual e sobre a história médica pregressa antes de fornecer aconselhamentos sobre o tratamento. Porém, apesar de prestarem o serviço, os farmacêuticos comunitários não documentavam os atendimentos e suas condutas.²⁹

No Brasil, esse serviço foi definido pelo Conselho Federal de Farmácia em 2016 como:

Um serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa ao 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.⁷

Quanto ao processo de trabalho, o atendimento se dá pelas etapas de Acolhimento, Identificação de necessidade de saúde, planejamento e implementação de intervenção e avaliação dos resultados. O acolhimento do paciente é o primeiro contato do farmacêutico com o paciente. Neste momento o paciente apresenta suas queixas ao profissional, e este tem a oportunidade de se apresentar e divulgar o serviço a ser realizado. Após o acolhimento, o

farmacêutico faz a coleta de informações através da anamnese farmacêutica para identificar quais são as necessidades do paciente. Na anamnese são coletadas informações pessoais e sobre a condição de saúde do paciente, bem como a realização de exames físicos e testes laboratoriais, a fim de auxiliar o profissional na elaboração do plano de cuidado. O plano de cuidado pode resultar em diferentes intervenções, o tratamento não farmacológico, tratamento farmacológico e o encaminhamento a outro serviço ou profissional de saúde, que podem ser aplicados de forma independente ou concomitante. Por fim, a etapa de avaliação dos dados que permite identificar se o paciente apresentou melhora total, melhora parcial, ausência de melhora ou piora com a intervenção de escolha. Através desse monitoramento o farmacêutico consegue identificar se é necessário adotar medidas adicionais junto ao paciente. O monitoramento pode ser ativa, quando o paciente retorna ao profissional, ou passiva, quando é realizada pelo próprio paciente após a explicação e orientação farmacêutica.³⁰⁻³²

1.4 SERVIÇOS CLÍNICOS EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS

A farmácia comunitária é um local de propriedade privada que presta um atendimento primário à população, apesar de não possuir características hospitalares ou ambulatoriais. A partir da publicação da Lei 13.021 de 2014, a farmácia passou a ser considerada uma unidade de saúde com prestação de serviço, onde é realizada a assistência farmacêutica e não somente um estabelecimento de comércio. Atividades como dispensação de medicamentos e serviços de cuidado em saúde são realizadas sob responsabilidade técnica do profissional farmacêutico.^{31,32}

Ao buscar uma farmácia comunitária, os usuários esperam obter um medicamento seguro e de acordo com as normas sanitárias atuais. Estudos mostram que, além da dispensação de medicamentos, o profissional farmacêutico tem papel importante ao realizar o manejo de problemas de saúde, a orientação sobre o uso de medicamentos e outros serviços clínicos, sendo o farmacêutico indispensável para a segurança, o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes.^{32,33}

Para que este profissional possa atender estas demandas de saúde, houve mudanças significativas no perfil do farmacêutico. Em 2009, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA de nº 44 em que foram descritos serviços farmacêuticos que podem ser

executados em farmácias comunitárias, que são “a perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos e a atenção farmacêutica, compreendendo a atenção farmacêutica domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímicos e administração de medicamentos”.³⁴

Com o passar do tempo esses serviços foram se expandindo, de modo que, segundo o Conselho Federal de Farmácia (2016), os serviços clínicos prestados pelo farmacêutico para atender às necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade, são em linhas gerais, o rastreamento em saúde, a educação em saúde, o manejo de problemas de saúde autolimitados, a dispensação, a monitorização terapêutica de medicamentos, a conciliação de medicamentos, a revisão da farmacoterapia, a gestão da condição de saúde e o acompanhamento farmacoterapêutico.⁷

No Brasil, um estudo que comparou a satisfação dos usuários entre uma farmácia comunitária com os serviços de cuidado farmacêuticos e uma farmácia sem estes serviços, mostrou que houve um alto nível de satisfação dos usuários com o cuidado farmacêutico prestado pelo farmacêutico, principalmente na demonstração de interesse pela sua saúde e na participação do farmacêutico na melhora ou manutenção da saúde do usuário.³⁵

Os serviços clínicos farmacêuticos são uma demanda dos usuários e uma necessidade dos serviços de saúde. No entanto, ainda existem barreiras a serem transpostas pela farmácia comunitária. Os profissionais devem se questionar sobre a sua capacidade e disponibilidade para atender as necessidades dos usuários. Enquanto aos demais profissionais de saúde, deve-se trabalhar a aceitação dessa mudança de responsabilidade. Assim, são necessárias políticas que possam permitir uma transição do autocuidado que integre os usuários, os farmacêuticos e os profissionais de saúde.¹⁰

1.5 SIMULAÇÃO REALÍSTICA

A simulação realística é caracterizada como estratégia pedagógica que modela aspectos significativos do ambiente de trabalho real. Do ponto de vista técnico, utilizam-se pacientes fictícios, simuladores humanos e tecnologia virtual para desenvolver situações complexas.³⁶ Esse método é bastante eficaz para permitir que os alunos possam aprender com erros em um ambiente seguro, construindo confiança durante o aprendizado, uma vez que facilita a

aplicação desses conhecimentos nas situações reais de trabalho. Como consequência, a simulação tem sido empregada no treinamento de diferentes habilidades clínicas, contribuindo para uma tomada de decisão qualificada e melhorando a comunicação interpessoal, produzindo um impacto positivo no cuidado do paciente.³⁷

Diante dos benefícios evidenciados, a *Accreditation Council for Pharmacy Education* (ACPE), em 2007, reforçou a recomendação pela adoção de metodologias ativas, incluindo simulações no ensino de farmácia. A realidade do mercado de trabalho mostra a necessidade de profissionais competentes para suprir a prestação de cuidados de alta eficácia, obtendo competências técnicas, lógicas e interpessoais altamente desenvolvidas. Desse modo, metodologias que promovem maior envolvimento dos estudantes, como a simulação e ensino centrado no problema, fazem com que a decisão do estudante adquira competências criticamente reflexivas dos desafios do cuidado em saúde.³⁸

A educação baseada em simulação na farmácia clínica tem obtido bons resultados, como elevação da confiança dos discentes, da comunicação, do pensamento crítico e do atendimento ao paciente. Ademais, de acordo com os próprios discentes, o nível de satisfação sobre o modelo de ensino é elevado.^{36,39} Estratégias inovadoras, como a simulação, são necessárias para formar os farmacêuticos capazes de exercer práticas centradas no paciente, interprofissionais e personalizadas. Portanto, a simulação integrada na grade curricular permite um ambiente de aprendizado, dinâmico e seguro, formando futuros farmacêuticos para um desempenho profissional de excelência.⁴⁰

Assim, é necessário ultrapassar o ensino expositivo tradicional para formar profissionais aptos a lidar com esta abordagem holística, e para atingir este objetivo é fundamental que a educação tenha práticas integradas. Neste sentido, técnicas como as simulações realísticas têm se mostrado de grande relevância. Este método possibilita um aprendizado mais imersivo e interativo na jornada de aprendizado dos discentes, aprendendo em situações clínicas controladas que simulam fatores clínicos e específicos. Isso possibilita a prática das competências de uma forma segura e pronta para a transição do aprendizado para a aplicação em contexto clínico.⁴¹

1.6 CAPACITAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO E APRENDIZADO POR SIMULAÇÃO

A Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017, reformulou as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Farmácia. Estabelecendo o perfil do farmacêutico egresso foi definido como um “profissional da área de Saúde, com formação centrada nos fármacos, nos medicamentos e na assistência farmacêutica, e, de forma integrada, com formação em análises clínicas e toxicológicas, em cosméticos e em alimentos, em prol do cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade”.⁴²

Foi elaborado um perfil de farmacêutico com formação humanista, crítica e reflexiva, enfatizando uma abordagem ampliada do cuidado em saúde. Para isso, foi incorporado um novo eixo de atenção, voltado ao indivíduo, à família e à comunidade, deslocando o foco do cuidado exclusivamente do medicamento para uma perspectiva mais abrangente. Esse eixo contempla ações essenciais no atendimento farmacêutico, incluindo acolhimento, anamnese farmacêutica, registro de informações, elaboração do plano de cuidado, prescrição, orientações para o uso racional de medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico, fortalecendo a prática clínica e a qualidade da assistência farmacêutica.^{43,44}

Nesse contexto, a formação do farmacêutico deve passar a ser voltada para a execução dessas práticas clínicas, pois é esperado que este seja capaz de atuar com uma visão integral do ser humano, adequando-se a formação acadêmica às necessidades de saúde da população e dos sistemas de saúde. Portanto, o aluno não pode ser visto como um acumulador de conhecimento de forma passiva, mas sim um indivíduo capaz de construir um conhecimento por meio da assimilação, processamento e avaliação da informação disponível.^{43,45}

A adoção de novas metodologias de ensino com foco na educação centrada no estudante se fez necessária para aprimorar a formação acadêmica. As metodologias ativas permitem que o aluno construa e retenha o conhecimento de forma mais eficaz, favorecendo sua aplicação na prática profissional. Nesse contexto, ao se deparar com situações reais, o estudante desenvolve habilidades para tomar decisões, assumir responsabilidades e interagir de forma integrada com pacientes e outros profissionais da saúde, fortalecendo sua atuação no campo profissional.^{44,45}

Estudos mostram que o uso de metodologias ativas em disciplinas como Assistência e Cuidado Farmacêutico trouxe benefícios para os alunos que puderam se tornar autônomos ao construir o seu conhecimento e mais seguros e motivados a exercer a profissão, ciente das adversidades.³⁸ Este método estimula o desenvolvimento de habilidades clínicas no processo do cuidado farmacêutico, onde o profissional deve ser capaz de identificar, tomar uma decisão

e resolver o problema, envolvendo intervenções farmacológicas e outras decisões em torno da saúde do paciente.⁴⁶

O uso de simulações no ensino da área da saúde tem se expandido progressivamente, demonstrando eficácia no desenvolvimento de habilidades e competências clínicas essenciais para a prática profissional. A aplicação de simulações em ambientes acadêmicos permite uma avaliação estruturada do desempenho dos alunos em cenários pré-definidos, possibilitando a identificação de deficiências no aprendizado e direcionando intervenções para o aprimoramento das competências necessárias à atuação na área da saúde.⁴⁴

Uma técnica amplamente utilizada nas simulações clínicas são os pacientes simulados, que são pessoas comuns treinadas previamente para exercer o papel de um paciente em um ambiente de saúde. O uso de pacientes simulados facilita a educação dos profissionais da saúde, apesar de não substituir o paciente real e deve ser utilizado anteriormente ao contato com estes. Deste modo, o ensino de competências clínicas de uma forma mais ativa permite uma aprendizagem pelo emprego da repetição de ações que não seriam possíveis em uma situação real, pois ao observar o comportamento do estudante *in loco* é possível realizar correções necessárias na execução das ações.⁴⁷

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o impacto da atuação do farmacêutico no manejo de problemas de saúde autolimitados e no atendimento farmacêutico, utilizando a simulação realística para diagnosticar competências clínicas.

2.2. Objetivos Específicos

- Revisar a literatura existente sobre o impacto dos serviços farmacêuticos no manejo de problemas de saúde autolimitados;
- Analisar o impacto clínico, humanístico e econômico no atendimento farmacêutico;
- Identificar deficiências e lacunas nas competências clínicas dos farmacêuticos no manejo de problemas de saúde autolimitados;
- Diagnosticar as competências clínicas de profissionais e estudantes de Farmácia no atendimento farmacêutico através da simulação realística.

3. MÉTODOS

O estudo foi elaborado em duas etapas que resultaram em dois capítulos deste trabalho. A etapa 1 é caracterizada por uma revisão de escopo que apresenta um panorama global do manejo de problemas de saúde autolimitados por farmacêuticos, analisando o impacto da intervenção farmacêutica com base em dados clínicos e humanísticos de pacientes atendidos em farmácias comunitárias. Na etapa 2 é feito um diagnóstico das competências clínicas do farmacêutico no atendimento farmacêutico, utilizando a simulação realística como ferramenta de aprimoramento profissional.

A primeira etapa consiste em uma revisão de escopo conduzida conforme as diretrizes PRISMA-ScR, com o objetivo de analisar o impacto da intervenção farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados em farmácias comunitárias.

A busca sistemática foi realizada nas bases PubMed, Scopus e BVS, utilizando descritores DeCS/MeSH, palavras-chave e operadores booleanos. Os artigos, publicados entre 2013 e 2023 em português, inglês ou espanhol, foram triados na plataforma Rayyan, com revisão independente e remoção de duplicatas.

Foram incluídos estudos observacionais e experimentais, como transversais e ensaios clínicos randomizados, que apresentavam dados clínicos e humanísticos de pacientes atendidos pelo serviço, enquanto estudos sobre doenças crônicas, cenários fora de farmácias comunitárias, relatos de casos e revisões foram excluídos.

A segunda etapa é estudo descritivo, quantitativo e não randomizado, realizado com farmacêuticos registrados no Conselho Regional de Farmácia e estudantes do último ano do curso de Farmácia da Universidade de Brasília. A pesquisa foi conduzida entre março e junho de 2024, no Laboratório de Evidências e Estudos Farmacêuticos (LEFAR), como parte do curso "Farmácia Baseada em Evidência".

Foram analisadas simulações realísticas de 19 condições clínicas, os participantes foram selecionados conforme disponibilidade, sem conhecimento prévio dos casos simulados. Os atendimentos ocorreram em cenários de farmácia comunitária e consultório farmacêutico, utilizando pacientes simulados previamente treinados.

A avaliação das competências clínicas foi realizada com o Instrumento PSAL-BRASIL, que mede habilidades em acolhimento, avaliação, plano de cuidado, monitoramento e comunicação. Seis avaliadores atribuíram notas de forma independente, e a confiabilidade dos

resultados foi analisada pelo teste *kappa* (concordância moderada). Foram utilizados métodos estatísticos para calcular médias, desvios padrão e correlações entre os critérios avaliados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CEP/FS UnB) e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

4. CAPÍTULO I

Impacto do manejo de problemas de saúde autolimitados por farmacêuticos: revisão de escopo

Eduarda Souza da Silva¹, Camila Yamamoto Rodrigues², Maria Christina dos Santos
Verdam³, Rafael Santos Santana³

1 Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Brasília;

2 Acadêmica do curso de Farmácia da Universidade de Brasília;

3 Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília.

RESUMO

Introdução: Problemas de saúde autolimitados são comuns e geralmente gerenciados por autocuidado, incluindo automedicação responsável com medicamentos isentos de prescrição (MIPs). A procura por tratamentos onerosos sobrecarrega os sistemas de saúde. Estudos na Inglaterra e Canadá indicam que o manejo por farmacêuticos pode ser econômico. **Métodos:** Este estudo de revisão de escopo segue as diretrizes PRISMA-ScR, com buscas em bases de dados para artigos de 2013 a 2023, em português, inglês ou espanhol. Incluiu estudos observacionais e experimentais com dados clínicos e humanísticos de pacientes que utilizaram serviços de manejo de problemas autolimitados em farmácias comunitárias. **Resultados:** Foram incluídos 13 artigos que demonstram a eficácia do manejo de problemas de saúde autolimitados por farmacêuticos, o estudo apresenta altas taxas de melhora dos sintomas (44,3% a 93%), baixa necessidade de encaminhamento (0,2% a 29,5%) e reconsulta controlada (3,2% a 24,3%). A satisfação dos pacientes foi alta, superando 90% em alguns estudos. Além disso, a farmácia comunitária mostrou-se uma opção custo-efetiva, reduzindo os gastos sem comprometer a qualidade do atendimento. Esses resultados reforçam a importância da farmácia como local estratégico para o cuidado de condições menores. **Discussão:** Estudos indicam que o manejo de problemas autolimitados por farmacêuticos é eficaz e custo-efetivo, aliviando a carga dos sistemas de saúde. A capacitação farmacêutica é crucial para o sucesso do serviço, impactando positivamente na adesão dos pacientes e nos desfechos clínicos e humanísticos. No entanto, há lacunas metodológicas e a necessidade de mais ensaios clínicos randomizados. **Conclusão:** O farmacêutico é crucial na promoção do uso racional de medicamentos e na educação dos pacientes, especialmente na atenção primária para problemas de saúde autolimitados. Contudo, há lacunas nos estudos, como falhas na descrição do delineamento, consulta, coleta de dados e padronização do seguimento. Novos estudos com maior rigor metodológico são necessários para comprovar os benefícios desse serviço de saúde.

Palavras-chave: Autocuidado; manejo farmacêutico; problemas de saúde autolimitados; custo-efetividade.

ABSTRACT

Introduction: Self-limiting health problems are common and generally managed through self-care, including responsible self-medication with over-the-counter (OTC) drugs. The demand for costly treatments burdens healthcare systems. Studies in England and Canada indicate that pharmacist-led management can be cost-effective. **Methods:** This scoping review follows PRISMA-ScR guidelines, with searches conducted in databases for articles published between 2013 and 2023 in Portuguese, English, or Spanish. The review included observational and experimental studies with clinical and humanistic data from patients who used self-limiting condition management services in community pharmacies. **Results:** Thirteen articles were included, demonstrating the effectiveness of pharmacists in managing self-limiting health problems. The study shows high symptom improvement rates (44.3% to 93%), low referral necessity (0.2% to 29.5%), and controlled reconsultation rates (3.2% to 24.3%). Patient satisfaction was high, exceeding 90% in some studies. Additionally, community pharmacies proved to be a cost-effective option, reducing expenses without compromising the quality of care. These findings highlight the importance of pharmacies as strategic locations for managing minor health conditions. **Discussion:** Studies indicate that pharmacist-led management of self-limiting conditions is effective and cost-efficient, reducing the burden on healthcare systems. Pharmacist training is crucial for service success, positively impacting patient adherence and clinical and humanistic outcomes. However, methodological gaps remain, and more randomized clinical trials are needed. **Conclusion:** Pharmacists play a key role in promoting the rational use of medications and educating patients, especially in primary care for self-limiting health conditions. However, research gaps exist, such as deficiencies in study design descriptions, consultations, data collection, and follow-up standardization. Further studies with greater methodological rigor are necessary to confirm the benefits of this healthcare service.

Keywords: Self-care; pharmaceutical management; self-limiting health problems; cost-effectiveness.

1. INTRODUÇÃO

Problemas de saúde autolimitados possuem várias definições na literatura. Na perspectiva escocesa, são condições comuns e frequentemente autolimitadas, que geralmente requerem pouca ou nenhuma intervenção médica e são gerenciadas por meio de autocuidado e produtos sem receita médica (1). Um estudo norueguês define esses problemas como “queixas de saúde que, com ações simples, os pacientes podem resolver sozinhos” (2). De forma geral, o conceito pode ser resumido como condições comuns, não complicadas ou autolimitadas, que podem ser diagnosticadas e tratadas sem intervenção médica (3).

Observa-se que esses conceitos evidenciam a autonomia do paciente em relação ao próprio tratamento, alinhando-se ao conceito de autocuidado da Organização Mundial de Saúde (OMS): a habilidade de promover a própria saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com incapacidades e doenças com ou sem suporte de um profissional de saúde (4). A automedicação, parte essencial do autocuidado, é definida pela OMS como “a seleção e uso de medicamentos pelos indivíduos para tratar doenças ou sintomas auto reconhecidos” (5). Para ser responsável, deve-se utilizar medicamentos isentos de prescrição (MIPs), seja por iniciativa própria ou sob orientação de um profissional de saúde (6). No entanto, a busca por aconselhamento e tratamento desses problemas em serviços de saúde mais caros compromete os recursos dos sistemas de saúde.

Uma revisão sistemática revelou que problemas de saúde autolimitados (PSAL) geram um gasto anual de £2 bilhões em consultas com clínicos gerais e £136 milhões em departamentos de emergência na Inglaterra (3). Um estudo observacional de 2011 apontou que 28% das consultas em serviços “*out-of-hours*” envolvem problemas menores, correspondendo a 18% do tempo total dos médicos (2). Na Escócia, um estudo retrospectivo de 2015 encontrou que 22.3% das consultas em clínicos gerais e 6% em departamentos de emergência são PSAL, com 13.2% e 5.3%, respectivamente, podendo ser manejados em farmácias, o que poderia economizar £1.1 bilhões (7).

Estudos também analisam os benefícios econômicos do manejo de PSAL por farmacêuticos. Em Saskatchewan, Canadá, um estudo demonstrou uma economia significativa, com projeção de \$3482,660 em cinco anos (8). Outro estudo em Ontario comparou os desfechos econômicos de farmacêuticos prescrevendo para problemas menores com o cuidado usual, mostrando que a remuneração vinculada à prescrição farmacêutica sempre resultou em economia de recursos (9).

O serviço de manejo de problemas de saúde autolimitados é realizado por farmacêuticos que prestam consultas profissionais, com ou sem recomendação de medicamentos, sem custo para o paciente, como parte de programas regionais ou nacionais (1). Uma pesquisa da Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP) em 2023, envolvendo 25 países, revelou que apenas 32% possuem um serviço estruturado com cobertura nacional uniforme, enquanto 20% têm serviços cuja cobertura varia regionalmente. Quanto à remuneração, 46% dos países relatam reembolso pelo sistema público de saúde ou pagamento por terceiros, mas há também serviços reembolsados por planos de saúde privados ou sem qualquer remuneração. A cobertura dos custos dos medicamentos, regulamentos, normas e requisitos profissionais também varia (10,11).

Com base na literatura disponível atualmente, identifica-se a tendência de que a adoção desse modelo de saúde é benéfica. Esta implementação é respaldada em evidências, como desfechos econômicos, clínicos e humanísticos. Nesse sentido, o objetivo desta revisão de escopo é trazer um panorama do serviço de manejo de problemas de saúde autolimitados por farmacêuticos no mundo, analisando o impacto da intervenção farmacêutica por meio de dados clínicos e humanísticos de pacientes que foram submetidos ao serviço de problemas de saúde autolimitados (PSAL) em farmácias comunitárias.

2. MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de revisão de escopo seguindo as diretrizes *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (12), no qual se busca evidência sobre o impacto da intervenção farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados no contexto de farmácia comunitária.

2.2 Bases de dado estratégia de busca e critério de elegibilidade e triagem

A busca foi realizada nas bases de dados *U.S. National Library of Medicine* (PubMed), Scopus e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), palavras-chave não controladas, truncagem (*), operadores booleanos, aspas e comandos para pesquisar os descritores no título e/ou resumo dos artigos. A estratégia de busca foi desenvolvida conjuntamente pelos revisores. Filtros utilizados incluíram artigos com textos completos no PubMed e acesso aberto no Scopus, publicados entre 2013 e 2023, em português, inglês ou espanhol.

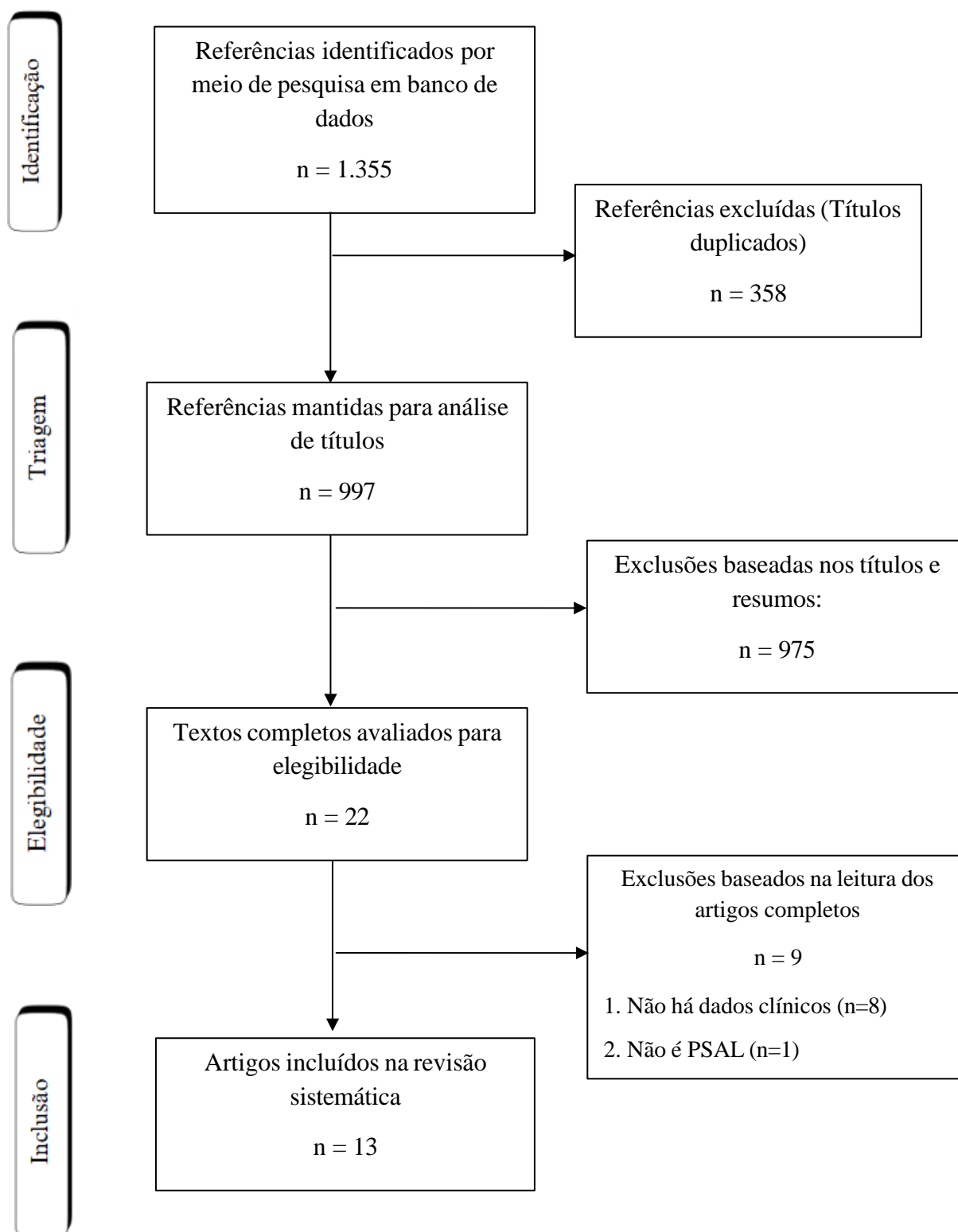
Inicialmente, a busca foi realizada no PubMed para identificar palavras no título e resumo dos artigos. Após definir os descritores, os termos DeCS/MeSH, operadores e comandos foram adaptados para a BVS e Scopus. Os resultados das buscas foram inseridos na plataforma Rayyan, para leitura de título e resumo por revisores, onde duplicatas foram analisadas e excluídas, e a função de blindagem foi ativada para revisão independente pelos avaliadores. O gerador de referências utilizado foi o Mendeley, e foram consultadas referências das bibliografias dos estudos.

Foram incluídos estudos realizados com pacientes, independentemente do método de coleta de dados (entrevistas ou questionários). Foram aceitos estudos observacionais e experimentais, como transversais e ensaios clínicos randomizados. Os artigos elegíveis apresentavam dados clínicos e humanísticos de pacientes que utilizaram serviços de manejo de problemas de saúde autolimitados em farmácias, sem restrições quanto à população, tipo de problema ou região demográfica. Discordâncias foram resolvidas entre os revisores. Excluíram-se artigos sobre doenças crônicas, cenários fora de farmácias comunitárias, sem dados de pacientes, focados apenas na conduta do farmacêutico sem resultados clínicos, estudos com pacientes simulados, relatos de casos, editoriais e revisões, além de artigos não disponíveis na íntegra.

3. RESULTADOS

A busca resultou em 1355 estudos, sendo 533 (39,3%) do PubMed, 277 (20,5%) da BVS e 545 (40,2%) do Scopus. Foram detectadas 358 duplicatas, sobrando 997 artigos por critério de elegibilidade. Baseado nos títulos e resumos, 975 artigos foram excluídos, restando 22, que foram lidos na íntegra. Destes, 9 foram excluídos por não trazerem dados clínicos e por não ser PSAL, finalizando com 13 artigos, que foram incluídos nesta revisão (5,13–24). O processo de seleção e triagem está elucidado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma PRISMA com o processo de seleção do estudo.



Destes, doze artigos (92%) eram de língua inglesa e um (8%) na língua espanhola. Os contextos de desenvolvimento dos estudos foram: Austrália, Espanha, Suíça, Escócia, Inglaterra, Canadá, Norte do Chipre e Portugal e os anos de publicação de 2014 a 2022.

Com relação aos periódicos, estes são *BMJ Journals* (duas publicações), *PLOS ONE*, *Research in Social and Administrative Pharmacy* (duas publicações), *Farmacéuticos Comunitários*, *International Journal of Pharmacy Practice*, *Medicina*, *Pharmacy*, *Pharmacy Practice* (três publicações) e *BMC Health Services Research*.

Na Tabela 1 consta informações gerais dos estudos selecionados. Descrevendo a abordagem metodológica, dois (15,4%) são estudos experimentais, sete (53,8%) são observacionais, um (7,7%) possui abordagem mista observacional e experimental e três (23%) não possuem especificação de delineamento.

Na Tabela 2 há informações dos principais resultados dos artigos. Oito (61,5%) estudos delimitam a abordagem dos problemas de saúde autolimitados e cinco (38,5%) não. A maioria dos estudos citam aspectos das consultas (baseada em evidência) e conduta farmacêutica.

Os problemas de saúde mais prevalentes nos estudos foram: relacionados ao trato respiratório superior (5,13,20), cistite (14), dor musculoesquelética (15), herpes labial (17), febre (19) e alergia (21). Observa-se uma faixa de 47 a 95% dos pacientes dos estudos recebendo prescrição. Os medicamentos mais prescritos foram para o alívio dos sintomas do trato respiratório (5,13,20) para tratamento de cistite (14) e hipromelose (16).

Tabela 1 - Caracterização dos estudos selecionados.

Artigo	Ano	Tipo de estudo	Local do Estudo	Amostra	Agravos	Intervenção farmacêutica		Seguimento
						Consultas	Condutas	
Cluster randomised controlled trial evaluating the clinical and humanistic impact of a pharmacist-led minor ailment service.	2020	Ensaio clínico randomizado	Austrália	N=894 (524 MAS x 370 UC)	Gripe, tosse, refluxo gastro-esofágico, dor lombar inespecífica, cefaleia tensional, enxaqueca, disminorrea primária.	Manejo de acordo com protocolos e documentação.	Encaminhamento, intervenção baseada no produto e recomendação de MIPs.	SIM (n= 732, 82%)
Strengthening patients' triage in community pharmacies: A cluster randomised controlled trial to evaluate the clinical impact of a minor ailment service.	2022	Ensaio clínico randomizado	Espanha	N= 808 (323 MAS x 485 UC)	Problemas dermatológicos, distúrbios gastrointestinais (diarreia, flatulências, azia e vômitos), dor (dismenorreia, dor de cabeça e dor de garganta) e sintomas do trato respiratório superior (tosse, resfriado e congestão nasal).	De acordo com protocolos e documentação.	Encaminhamento e modificação de solicitações de produto.	SIM (n= 523, 64.7%)
Assessment of minor health disorders with decision tree-based triage in community pharmacies.	2022	Análise descritiva	Suíça	N= 4256	Baseados nas árvores de decisão disponibilizadas pelo serviço netCare (27 agravos).	De acordo com protocolos.	Encaminhamento e dispensação de medicamentos prescritos.	SIM (n= 1923, 42.5%)
					Dor musculoesquelética (braços, pernas, costas mãos ou pés),			

A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients' health-seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings.	2015	Estudo observacional	Nordeste da Escócia e parte da Inglaterra	N= 377, DE(81), CG(162) FC(134)	desconforto ocular, distúrbios gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia ou constipação) ou sintomas do trato respiratório superior (dor de garganta, tosse, resfriado ou sinusite).	Não descreve.	Dispensação de medicamentos.	SIM (n= 264, 70%)
Minor ailment service for dry eye syndromes: I-VALOR programme	2021	Estudo observacional	Espanha	N= 6350	Síndrome do olho seco	Baseadas em procedimentos padrão e documentação.	Encaminhamento, recomendação de OTCs, tratamento não farmacológico: aconselhamento higiênico-dietético e de estilo de vida.	NÃO
Evaluating pharmacist prescribing for minor ailments	2015	Não especifica	Canadá	N= 125	Rinite alérgica, dermatite por uso de fralda, herpes labial, aftas, picada de insetos acne leve e candidíase).	Baseadas em diretrizes.	Não descreve.	SIM (n= 125, 100%)
Insights on Allergic Rhinitis Management from a Northern Cyprus Perspective and Evaluation of the Impact of Pharmacist-Led Educational Intervention on Patients' Outcomes	2018	Survey transversal	Norte do Chipre	1ª fase N= 138 2ª fase N= 63 (31 GC x 32 GI)	Rinite alérgica	Baseadas nas diretrizes ARIA.	Educação em saúde focada no agravo.	SIM (Não contabilizado o número).
Community Pharmacy Minor Ailment Service	2021	Não especifica	Inglaterra	N= 6974	Não delimita	Baseadas em protocolos.	Encaminhamento.	

(PMAS): An Untapped Resource for Children and Their Carers								SIM (n= 4923, 70%)
Impact of pharmaceutical counseling in minor health problems in rural Portugal	2014	Estudo transversal	Portugal	N= 298	Não delimita	Baseadas em protocolos.	Encaminhamento, aconselhamento farmacológico e não farmacológico.	SIM (n= 268, 90%)
Public perceptions and experiences of the minor ailment service in community pharmacy in Scotland	2021	Survey transversal	Escócia	N= 1121	Não delimita	Não descreve.	Não descreve.	SIM (n= 327, 29.2%)
Patient-initiated consultations in community pharmacies	2021	Estudo transversal	Canadá	N= 900	Não delimita	Baseadas em material educativo e treinamento.	Encaminhamento.	SIM (n= 600, 67%)
Self-medication consultations in community pharmacy: an exploratory study on teams' performance, client-reported outcomes and satisfaction	2021	Estudo transversal	Portugal	N= 215	Não delimita	De acordo com abordagem estruturada.	Explicar ação dos medicamentos, posologia, tempo de tratamento, informações complementares (tratamento não farmacológico).	SIM (n= 135, 63%)
Evaluation of a new patient consultation initiative in community pharmacy for ear, nose and throat and eye conditions	2019	Não especifica	Inglaterra	N= 408	Otite externa aguda, otite média aguda, sinusite bacteriana aguda, sinusite crônica, rinite alérgica sazonal e dor de garganta.	Baseadas em instruções de grupos de pacientes.	Encaminhamento, recomendação de OTCs, prescrição de antibióticos e aconselhamento.	SIM (n= 309, 76%)

MAS = *Minor ailment service*; UC = *usual care*; DE = departamento de emergência; CG = clínico geral; FC = farmácia comunitária; GC = grupo controle; GI= grupo intervenção

Fonte: Autoria própria

Os estudos analisados apresentaram que o tempo de seguimento variou de 3 a 42 dias, influenciando a avaliação dos desfechos, majoritariamente clínicos. A melhoria dos sintomas apresentou ampla variação (44,3% a 93%), com a maior taxa observada em um estudo que utilizou triagem baseada em árvore de decisão (84,7%).

A taxa de encaminhamento para outros serviços variou entre 0,2% e 29,5%, sendo maior nos estudos que avaliaram serviços estruturados como o *Minor Ailment Service* (MAS) e no manejo de doenças oculares. A reconsulta foi registrada entre 3,2% e 24,3%, com valores ligeiramente superiores nos serviços MAS, possivelmente devido à maior acessibilidade e acompanhamento estruturado.

Os estudos também indicaram alto índice de satisfação dos pacientes, ultrapassando 90% em alguns casos, além de demonstrar que a farmácia comunitária é uma alternativa custo-efetiva para o manejo desses problemas. O custo médio de atendimento na farmácia (£29,30 por consulta) foi consideravelmente menor do que em clínicas gerais (£82,34) e pronto-socorros (£147,09), sem prejuízo na efetividade clínica. A Tabela 2 apresenta um resumo detalhado desses achados.

Tabela 2 - Tempo de seguimento após a consulta e principais resultados das intervenções farmacêuticas.

Artigo	Tipo de desfecho	Seguimento (dias)	Melhoria dos sintomas	Taxa de encaminhamento	Taxa de reconsulta	Resultados
Cluster randomised controlled trial evaluating the clinical and humanistic impact of a pharmacist-led minor ailment service.	Clínico e humanístico	14	62% (MAS) e 53% (UC)	20% (n=104) (MAS) e 5% (n=19) (UC)	22% (MAS e UC)	Os pacientes do grupo MAS tiveram 1,5 vezes mais probabilidade de receber um encaminhamento apropriado, tiveram 5 vezes mais probabilidade de aderir ao encaminhamento e 94% dos pacientes deste grupo obtiveram resolução ou alívio dos sintomas no encaminhamento, em comparação com o grupo UC.
Strengthening patients' triage in community pharmacies: A cluster randomised controlled trial to evaluate the clinical impact of a minor ailment service.	Clínico e humanístico	10	60.4% (MAS e UC)	7.4% (MAS) e 3.9% (UC)	14.6% (MAS) e 024.3% (UC)	Os pacientes que visitaram as farmácias do MAS tiveram maiores chances de serem encaminhados (7,4%) a um médico e maiores taxas de reconsulta (8,7%) em comparação com UC (3,9% e 4,1%, respectivamente). Em relação às recomendações de autocuidado 94.1% dos pacientes do grupo MAS receberam, contra apenas 72.8% do grupo controle.
Assessment of minor health disorders with decision tree-based triage in community pharmacies.	Clínico	3	84.7%	0.2%	6.6%	A maioria dos pacientes reportaram resolução dos sintomas. Sendo cistite a condição com maior número de consultas (39.5%) - com prescrição de medicamentos em 89.4% dos casos. Sem o programa netCare, 43.8% iriam a um médico ou departamento de emergência.
A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients' health-						Os custos gerais médios por consulta foram significativamente mais baixos para farmácia (£ 29,30) em comparação com clínica geral (£ 82,34) e pronto-socorro (£ 147,09). Não

seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings	Clínico, humanístico e econômico	14	44.3% (FC), 35.7% (CG), 37.3% (DE)	Dado não descrito no estudo	Dado não descrito no estudo	houve diferença estatística na melhora dos sintomas entre os três cenários, no quesito de qualidade de vida e na satisfação com o serviço.
Minor ailment service for dry eye syndromes: I-VALOR programme	Clínico	Dado não descrito no estudo	Dado não descrito no estudo	29,5%	Dado não descrito no estudo	Os tratamentos foram dispensados em 80% dos pacientes: 3.157 tratamentos farmacológicos (89,2% um único medicamento) e 2.403 tratamentos não farmacológicos (dispositivo médico, suplemento alimentar ou produto para limpeza ocular). 35% receberam dieta higiênico-dietética aconselhamento e aconselhamento farmacêutico. Vinte e cinco reações adversas a medicamentos foram detectadas (0,4%). 70,5% de todas as consultas realizadas foram gerenciadas sem encaminhamento para uma emergência médica.
Evaluating pharmacist prescribing for minor ailments	Clínico	7 ou 30	80,8%	Dado não descrito no estudo	3,2%	No seguimento, 62.5% responderam que a condição foi completamente resolvida e pararam de tomar o medicamento. 27.2% dos pacientes iriam em um clínico geral ou emergência hospitalar se o serviço não estivesse disponível. Forte satisfação com o serviço oferecido pelos farmacêuticos.
Insights on Allergic Rhinitis Management						Houve um decréscimo significativo no score do questionário de qualidade de vida de rinoconjuntivite, composto por 14 perguntas distribuídas nos domínios de limitação de atividades, problemas práticos, sintomas nasais, sintomas oculares e outros (escala de

from a Northern Cyprus Perspective and Evaluation of the Impact of Pharmacist-Led Educational Intervention on Patients' Outcomes	Clínico e humanístico	42	Dado não descrito no estudo	Dado não descrito no estudo	Dado não descrito no estudo	6 pontos), em ambos os grupos. No entanto, observaram-se padrões distintos de melhora, com o grupo de intervenção atingindo zero em todos os domínios. Mudança na escala de severidade dos sintomas (de 0 a 10, em que 0 = sem sintomas): todos os sintomas receberam pontuação 0 em ambos os grupos, controle e intervenção, exceto a congestão nasal, que obteve 1 ponto no grupo controle.
Community Pharmacy Minor Ailment Service (PMAS): An Untapped Resource for Children and Their Carers	Clínico e econômico	Dado não descrito no estudo	Dado não descrito no estudo	2%	Dado não descrito no estudo	O serviço foi mais utilizado pela população pediátrica, com mais da metade das consultas para menores de 16 anos. Destas consultas, mais de metade (52,9%, n = 2.119) foram para pacientes com idade igual ou inferior a 5 anos. Apenas 143 pacientes (2%) que utilizaram o serviço necessitaram de sinalização para outros prestadores de cuidados de saúde. As três doenças mais comuns apresentadas ao PMAS foram: febre, febre do feno e dor de garganta.
Impact of pharmaceutical counseling in minor health problems in rural Portugal	Clínico	7	0.6%	9.1%	Dado não descrito no estudo	Os problemas de saúde mais frequentes foram respiratórios (26,2%), digestivos (20,8%), relacionados à pele (19,1%), musculares ou ósseos (15,4%) e problemas do sistema nervoso (13,1%). A grande maioria dos pacientes (90,9%) recebeu aconselhamento farmacêutico. Dentre esses, 49,3% receberam terapia medicamentosa, 6,7% foram tratados com medidas não farmacológicas e 44% receberam ambas as intervenções. No seguimento, 86,8% dos pacientes que receberam aconselhamento farmacêutico relataram resolução de seus

						problemas de saúde, em contraste com 23,1% daqueles que foram encaminhados para outros serviços.
Public perceptions and experiences of the minor ailment service in community pharmacy in Scotland	Clínico	7	85.6%	Dado não descrito no estudo	14,1%	Os problemas de saúde mais frequentes foram alergias (29,3%), condições relacionadas à pele (16,3%) e problemas gastrointestinais (11%). Quase todos os pacientes (99,7%) relataram que acessariam o serviço novamente, e 99,4% o recomendariam a outros. A maioria dos pacientes (85,9%) não procurou outro serviço de saúde após o atendimento. Entre aqueles que considerariam alternativas, 59% disseram que iriam a um clínico geral e 56,7% afirmaram que comprariam medicamentos por conta própria, caso não tivessem acesso ao serviço. No quesito satisfação, 87,2% dos participantes atribuíram a nota máxima (10 pontos) à farmácia.
Patient-initiated consultations in community pharmacies	Clínico e humanístico	7 a 30	Dado não descrito no estudo	15%	Dado não descrito no estudo	Dor, resfriado e tosse foram os motivos mais frequentes para os pacientes buscarem consulta. Na maioria dos casos (75%), o motivo para ir à farmácia foi preocupações relacionadas à saúde, enquanto apenas 17% foram relacionadas a medicamentos. 85% dos pacientes foram atendidos sem necessidade de encaminhamento para outro profissional. Após a consulta, 89% dos pacientes relataram uma redução na ansiedade e 26% não precisaram faltar à escola ou ao trabalho devido ao problema de saúde. Além disso, 77% dos pacientes perceberam que a consulta

						na farmácia evitou a necessidade de procurar outro profissional de saúde. A satisfação com o serviço foi alta, com 94% dos pacientes expressando contentamento com o atendimento recebido.
Self-medication consultations in community pharmacy: an exploratory study on teams' performance, client-reported outcomes and satisfaction	Clínico	5	93%	Dado não descrito no estudo	Dado não descrito no estudo	Houve uma diferença significativa entre farmácias quanto à tipologia das consultas de automedicação, seja baseada em sintomas ou em produtos ($F=5,91$; $p<0,001$). Além disso, observou-se uma associação significativa entre o nível de escolaridade dos clientes e a tipologia da consulta, especificamente, os clientes que concluíram o 9º ano (ensino básico) tinham maior probabilidade de fazer pedidos baseados em produtos, enquanto aqueles com ensino médio tinham maior probabilidade de apresentar queixas baseadas em sintomas. A maioria dos clientes (135 ou 93%) relatou melhora em suas condições após a consulta.
Evaluation of a new patient consultation initiative in community pharmacy for ear, nose and throat and eye conditions	Clínico	5	Dado não descrito no estudo	5%	15%	Um total de 408 pacientes acessou o serviço. Desses, 61% receberam apenas os medicamentos prescritos por receita médica, 15% receberam aconselhamento e medicamentos fornecidos no âmbito do serviço de doenças comuns, 9% receberam aconselhamento e adquiriram um medicamento, 10% receberam apenas aconselhamento, e 5% foram referenciados para outros serviços. O questionário foi preenchido por 259 pacientes, resultando em uma taxa de resposta de 63%. Destes, 96%

						relataram estar muito satisfeitos ou satisfeitos com o serviço prestado pelos farmacêuticos.
--	--	--	--	--	--	--

MAS = *Minor ailment service*; UC = *usual care*; DE = departamento de emergência; CG = clínico geral; FC = farmácia comunitária.

Fonte: Autoria própria

4. DISCUSSÃO

Alguns países, como França, Irlanda, Nigéria, Macedônia, Escócia, África do Sul, Espanha e Suíça, fornecem serviços estruturados de PSAL em toda a sua extensão. Outros, como Austrália, Canadá, Inglaterra, Nova Zelândia e Estados Unidos, oferecem esses serviços apenas em algumas regiões ou jurisdições. Esta revisão de escopo incluiu estudos realizados na Escócia, Espanha, Suíça, Canadá e Inglaterra, focando em dados clínicos e humanísticos (10.11).

O perfil de prescrição farmacêutica varia entre os países. No Canadá, farmacêuticos podem dispensar medicamentos isentos de prescrição (MIPs) e medicamentos prescritos por outros profissionais da saúde, além de possuir autonomia para prescrever (11). No Reino Unido, farmacêuticos podem prescrever medicamentos por meio de Instruções de Grupos de Pacientes, documentos legais elaborados por profissionais de saúde (11,24,25).

Os estudos incluídos destacam o impacto clínico dos serviços de manejo de PSAL. Oito artigos (61,5%) abordam a resolução de sintomas, a mesma proporção discute a taxa de encaminhamento feito pelos farmacêuticos, e cinco (38,4%) relatam a taxa de reconsulta. Onze artigos (84,6%) especificam as condutas dos farmacêuticos, incluindo encaminhamento, intervenção na escolha de produtos, recomendação de medicamentos isentos de prescrição, dispensação de medicamentos prescritos, tratamentos não farmacológicos, aconselhamento, educação em saúde e explicação da terapia medicamentosa. Apenas um artigo não realizou o seguimento dos pacientes (13-26).

Estes estudos indicam que os sintomas do trato respiratório, especialmente a dor musculoesquelética e os sintomas gastrointestinais, são comuns entre os pacientes, independentemente do país. Esses resultados sugerem um perfil de busca por atendimento similar em diferentes nações. Vários fatores sustentam essa afirmação, incluindo a alta prevalência desses problemas na população, a sazonalidade (sintomas gripais), a cobertura desses problemas por serviços de saúde em vários países e a percepção de que esses problemas não são graves e possuem um tratamento simples, dispensando a necessidade de consulta médica (13-26).

Um estudo clínico randomizado realizado na Austrália comparou os desfechos clínicos e humanísticos entre pacientes que receberam o serviço de manejo de PSAL (grupo intervenção) e aqueles que receberam o cuidado usual (grupo controle). O grupo intervenção apresentou uma probabilidade 1,2 vezes maior de receber recomendações apropriadas de

medicamentos isentos de prescrição (MIPs), 1,5 vezes maior de ser encaminhado apropriadamente e 5 vezes maior de aderir ao encaminhamento do farmacêutico (5).

Um estudo semelhante realizado na Espanha também mostrou que os pacientes que receberam o serviço tinham maior probabilidade de serem adequadamente encaminhados.

Aproximadamente um terço dos pacientes de ambos os grupos solicitaram diretamente um medicamento para tratar seus sintomas; entre eles, aqueles que já haviam tratado seus sintomas anteriormente tinham maior probabilidade de ter seu pedido alterado devido à inadequação do medicamento escolhido. A taxa de aceitação da mudança foi maior no grupo intervenção (13).

Os resultados do estudo australiano confirmaram que pacientes submetidos ao serviço receberam mais intervenções de mudança, principalmente devido à identificação de medicamentos mais eficazes para o tratamento dos sintomas. Esses dados sugerem que muitos pacientes não estão utilizando o tratamento mais apropriado, já que suas escolhas nem sempre são baseadas em evidências e há uma falta de entendimento de que MIPs não são sinônimos de segurança. Este ponto foi corroborado por Stone et al. (2017), que demonstraram que, em 95% dos casos, os participantes fariam uso incorreto de medicamentos em situações hipotéticas (28).

Coelho e Costa (2014) identificaram uma prevalência de 40.7% de automedicação entre os pacientes que atenderam a farmácia no período do estudo (20) e no estudo conduzido por Mansell et al. (2015), 43.2% dos pacientes comprariam um MIP sem orientação se não tivessem recebido a assistência (17). Logo, esses pacientes são potenciais candidatos ao serviço de manejo.

Os estudos destacam a importância do farmacêutico na assistência ao paciente, pois atuam como uma fonte confiável de informação e suporte essencial para a educação sobre automedicação responsável. Além disso, os serviços de manejo de Problemas de Saúde Autolimitados (PSAL) auxiliam na seleção de tratamentos apropriados (5,13,20,22,29). A atuação farmacêutica abrange não só a seleção de medicamentos, mas também o aconselhamento sobre tratamentos não farmacológicos.

Pesquisas, como o de Ylä-Rautio, Siissalo e Leikola (2020) na Finlândia, mostram que o aconselhamento farmacêutico reduz riscos, identificando problemas relacionados a medicamentos, incluindo Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) de alto risco, e realizando intervenções efetivas (30). A taxa de resolução de sintomas varia de 44,3% a 93%, com estudos anteriores indicando entre 68% e 94,4% (3).

Embora problemas autolimitados possam ter um curso favorável independentemente do uso de MIPs ou terapias não farmacológicas (5,13,17,20,23), observa-se que pacientes com mais dias de sintomas tendem a ter menores porcentagens de resolução e são mais

encaminhados (13), com resultados menos satisfatórios (20). Aqueles que recebem aconselhamento farmacêutico se recuperam mais rápido (23), mas essas variáveis precisam ser mais exploradas em estudos futuros (13,17,23).

Arsoy et al. (2018) demonstraram a melhora de pacientes com rinite alérgica, comparando um grupo controle e um grupo intervenção (que recebeu orientações de manejo da doença). Ambos os grupos apresentaram melhora nos sintomas avaliados, exceto na congestão nasal do grupo controle. Houve também um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, com maior melhora no grupo intervenção (18).

No que tange, ainda, à qualidade de vida, Dineen-Griffin et al. (2020) demonstrou que pacientes do grupo intervenção obtiveram quatro pontos a mais de diferença na escala visual EuroQoL EQ-5D que o grupo controle (5) e Watson MC et al. (2015), por meio da EuroQoL EQ-5D-3L, que pacientes cujos sintomas foram resolvidos possuem maiores valores de qualidade de vida. Ambos os casos comparando os resultados antes da consulta e após o seguimento (15).

O encaminhamento para outros profissionais de saúde variou de 0,2% a 29,5%, similar aos 2,4% a 23,4% encontrados em uma revisão sistemática de 2013 (3). Houve diferenças no perfil de encaminhamento entre farmacêuticos capacitados com guias e protocolos para manejo de PSAL e aqueles que não foram. Os primeiros encaminhavam por identificação de *redflags* e duração dos sintomas, enquanto os segundos baseavam-se principalmente na duração dos sintomas (5,13). Os critérios de encaminhamento mais prevalentes foram a duração/frequência dos sintomas (5,13) e a idade (16).

D. Stampfli et al. (2022) mostrou que farmacêuticos conduziram consultas sozinhos em 88,2% dos casos (14). Outros estudos (16,22) corroboraram com 70,5% e 85% de consultas sem necessidade de encaminhamento. Esses dados evidenciam a capacidade dos farmacêuticos em identificar pacientes de risco e manejar problemas de saúde daqueles que não são, permitindo uma triagem adequada conforme protocolos estabelecidos (5).

Duas pesquisas reforçam a efetividade da adoção do serviço em comparação ao cuidado usual. Amador-Fernández et al. (2021) realizaram um ensaio clínico que demonstrou que pacientes que receberam o serviço de manejo em PSAL ganharam 0,0003 QALYs (*quality-adjusted life years*). O ICUR (*incremental cost-utility ratio*) foi de 24.733€/QALY, com uma probabilidade de custo-efetividade de 47,4% para pacientes que solicitaram o serviço devido a sintomas. Para aqueles que solicitaram diretamente um produto, a probabilidade de custo-efetividade foi de 93,69% (31). Um estudo semelhante conduzido por Dineen-Griffin et al.

(2020) encontrou um ganho de 0,003 QALYs em pacientes submetidos ao serviço, com um ICER (*incremental cost-effectiveness ratio*) de \$2277/QALY (32).

Um aspecto relevante a ser analisado é a escolha dos pacientes pela farmácia comunitária para tratamento de saúde. Estudos indicam os principais motivos para essa escolha: localização (15), conveniência (15,17,21), confiança no farmacêutico (17) e a ausência de necessidade de agendamento (21,24). A acessibilidade das farmácias é crucial em países em desenvolvimento, onde os custos com serviços de saúde são elevados, e o farmacêutico atua como o primeiro ponto de acesso a tratamentos (33). Uma investigação realizada no Canadá (2021) mostrou que consultas com farmacêuticos podem evitar visitas a departamentos de emergência em áreas rurais (22). Benzaken et al. (2021) observaram que os atendimentos farmacêuticos duraram entre cinco e dez minutos, evidenciando um serviço rápido e com menor tempo de espera comparado a outros serviços de saúde (19). Isso destaca a importância da farmácia como local acessível, com o tempo de atendimento sendo um fator favorável.

A percepção dos pacientes sobre seus sintomas influencia a escolha do serviço de saúde em que buscam tratamento, como demonstrado por um estudo de coorte prospectivo realizado no Nordeste da Escócia e na Inglaterra em 2015 (15). Pacientes que buscaram atendimento no departamento de emergência consideravam seus sintomas graves e necessitavam de avaliação dentro de 24 horas. Aqueles que procuraram um clínico geral acreditavam que seus sintomas não eram suficientemente graves para a emergência, e os que optaram pela farmácia achavam que seus sintomas não justificavam uma consulta médica. A satisfação com o serviço também se mostrou um fator preditor significativo, com alta satisfação relatada quase unanimemente (22,24) e bons resultados medidos por pontuação (21,23). Pacientes relataram alívio da ansiedade, consideraram a farmácia um local apropriado para cuidados, indicaram que usariam o serviço novamente e o recomendariam a terceiros (22,24).

Watson et al. (2014) não apenas contextualizaram a busca por tratamento, mas também estimaram os custos das consultas para esses serviços. O custo médio total foi de 147,09 libras esterlinas no departamento de emergência, 82,34 no clínico geral e 29,30 na farmácia. Além disso, demonstraram que os desfechos clínicos, tanto em termos de qualidade de vida quanto de resolução de sintomas, foram similares nos três cenários (15). Portanto, o atendimento em farmácias foi menos dispendioso e tão eficaz quanto os outros dois contextos.

Atualmente, 31% dos países participantes de uma pesquisa da FIP relataram a necessidade de educação adicional para prover o serviço, 31% indicaram essa necessidade apenas para condições específicas, e 38% não viram essa necessidade (10). Yussuf, Makhoulf e Ibrahim (2021) não encontraram estudos que relataram o uso de um protocolo específico para

guiar o manejo (26). Contudo, nesta revisão de escopo, a maioria dos estudos (84,6%) indicaram que os farmacêuticos receberam treinamento e/ou seguiram protocolos e diretrizes de manejo para os PSAL, sejam estes existentes ou desenvolvidos pelo grupo do estudo (5,13,14,16–20,22–24).

Estudos que comparam grupos controle e de intervenção demonstram o impacto positivo da capacitação farmacêutica. Exemplos incluem pesquisas de Dineen-Griffin et al. (2020) (5,32), Amador-Fernández et al. (2022) (13,31) e Arsoy et al. (2018) (18), onde os pacientes do grupo de intervenção, atendidos por farmacêuticos capacitados, apresentaram melhores resultados de seguimento e condutas farmacêuticas aprimoradas. Arsoy et al. também revelam que apenas uma pequena parcela dos profissionais conhece as diretrizes da ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) para rinite alérgica, indicando a necessidade de capacitação (18).

Uma pesquisa de 2015 na Inglaterra destacou a eficácia de uma intervenção educacional para farmacêuticos e assistentes, que resultou em um aumento de 10,6% na adoção de práticas baseadas em evidências e uma melhoria significativa na confiança e conduta dos participantes (34). Esses resultados reforçam a importância da educação contínua dos profissionais farmacêuticos.

Contudo, há uma carência de ensaios clínicos randomizados que validem o impacto das intervenções farmacêuticas, predominando estudos observacionais com lacunas metodológicas (35). A variabilidade nos esquemas de manejo e cobertura dos problemas de saúde entre países dificulta a padronização e avaliação de dados clínicos. Apesar dessas limitações, a adoção de modelos de capacitação farmacêutica mostra-se benéfica, custo-efetiva e auxilia na diminuição da sobrecarga dos sistemas de saúde ao realocar pacientes para farmácias, aliviando a pressão sobre emergências e consultas gerais.

5. CONCLUSÃO

O papel do farmacêutico é fundamental na promoção do uso racional de medicamentos e na educação dos pacientes. Este estudo demonstra que o farmacêutico é um ponto de referência na atenção primária para o tratamento de problemas de saúde autolimitados. Eles realizam a triagem de pacientes com critérios de risco para o encaminhamento ao serviço de saúde apropriado e manejam aqueles que não apresentam esses critérios, resultando em resolução dos sintomas e satisfação dos pacientes. Foram observadas taxas moderadas a altas de resolução dos sintomas com baixo número de encaminhamentos.

Além disso, os dados econômicos indicam que a farmácia comunitária tem a capacidade de desviar o fluxo de pacientes com problemas de saúde autolimitados dos consultórios médicos e departamentos de emergência, aliviando a carga desses profissionais e reduzindo a utilização de recursos financeiros. A praticidade, conveniência e tempo de atendimento são fatores que levam os pacientes a escolherem a farmácia para receber aconselhamento. A importância da capacitação dos farmacêuticos para fornecer manejo baseado em evidências também ficou evidente.

No entanto, existem lacunas nos estudos, como a falta de informações sobre o delineamento, descrição da consulta e conduta farmacêutica, falhas na coleta de dados e falta de padronização no tempo de seguimento dos pacientes. São necessários novos estudos com melhor qualidade metodológica para evidenciar os benefícios da adesão a esse serviço de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A National Statistics Publication for Scotland Prescribing & Medicines: Minor Ailments Service (MAS) [Internet]. Scotland; 2017 [cited 2023 Dec 10]. Disponível em: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Prescribing-and-Medicines/Publications/2017-09-26/2017-09-26-Prescribing-MinorAilmentsService-Report.pdf>.
2. Welle-Nilsen LK, Morken T, Hunskaar S, Granas AG. Minor ailments in out-of-hours primary care: An observational study. *Scand J Prim Health Care*. 2011 Mar 29;29(1):39–44.
3. Paudyal V, Watson MC, Sach T, Porteous T, Bond CM, Wright DJ, et al. Are pharmacy-based minor ailment schemes a substitute for other service providers? *British Journal of General Practice*. 2013 Jul 1;63(612):472–81.
4. World Health Organization [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 10]. Self-care interventions for health. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>.
5. Dineen-Griffin S, Benrimoj SI, Rogers K, Williams KA, Garcia-Cardenas V. Cluster randomised controlled trial evaluating the clinical and humanistic impact of a pharmacist-led minor ailment service. *BMJ Qual Saf*. 2020 Nov;29(11):921–31.
6. WMA Statement on self-medication [Internet]. The World Medical Association Oct 25, 2022. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-selfmedication>.
7. Fielding S, Porteous T, Ferguson J, Maskrey V, Blyth A, Paudyal V, et al. Estimating the burden of minor ailment consultations in general practices and emergency departments through retrospective review of routine data in North East Scotland. *Fam Pract*. 2015 Apr 1;32(2):165–72.

8. Rafferty E, Yaghoubi M, Taylor J, Farag M. Costs and savings associated with a pharmacists prescribing for minor ailments program in Saskatchewan. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2017 Apr 11;15(1).
9. Kim JJ, Tian AH, Pham L, Nakhla N, Houle SKD, Wong WWL, et al. Economic evaluation of pharmacists prescribing for minor ailments in Ontario, Canada: a cost-minimization analysis. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2021 Jun 25;29(3):228–34.
10. Viegas R, Kirsten Lee K. Pharmacist-led common ailments schemes: A global intelligence report. [Internet]. The Netherlands; 2023 Oct [cited 2023 Dec 10]. Disponível em: <https://www.fip.org/file/5624>.
11. Aly M, García-Cárdenas V, Williams K, Benrimoj SI. A review of international pharmacy-based minor ailment services and proposed service design model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2018 Nov;14(11):989–98.
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467–73.
13. Amador-Fernández N, Benrimoj SI, Olry de Labry Lima A, García-Cárdenas V, Gastelurrutia MÁ, Berger J, et al. Strengthening patients’ triage in community pharmacies: A cluster randomised controlled trial to evaluate the clinical impact of a minor ailment service. *PLoS One*. 2022 Oct 25;17(10):e0275252.
14. Stämpfli D, Winkler BA, Vilei SB, Burden AM. Assessment of minor health disorders with decision tree-based triage in community pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2022 May;18(5):2867–73.
15. Watson MC, Ferguson J, Barton GR, Maskrey V, Blyth A, Paudyal V, et al. A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients’ health-seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings. *BMJ Open*. 2015 Feb 18;5(2):e006261–e006261.

16. Brizuela Rodicio L, Molinero A, Amador Fernández N, Escribano-Molinero R, Prats Mas R, Eyaralar Riera T, et al. Servicio profesional farmacéutico de indicación 28 farmacéutica en sequedad ocular utilizando el programa 'I-VALOR.' *Farmacéuticos Comunitarios*. 2021 Jan 20;13(1):17–23.
17. Mansell K, Bootsman N, Kuntz A, Taylor J. Evaluating pharmacist prescribing for minor ailments. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2015 Mar 10;23(2):95–101.
18. Arsoy G, Varış A, Saloumi LM, Abdi A, Başgut B. Insights on Allergic Rhinitis Management from a Northern Cyprus Perspective and Evaluation of the Impact of Pharmacist-Led Educational Intervention on Patients' Outcomes. *Medicina (B Aires)*. 2018 Nov 7;54(5):83.
19. Benzaken T, Oligbu G, Levitan M, Ramdarshan S, Blair M. Community Pharmacy Minor Ailment Service (PMAS): An Untapped Resource for Children and Their Carers. *Pharmacy*. 2021 May 17;9(2):102.
20. Coelho RB, Costa FA. Impact of pharmaceutical counseling in minor health problems in rural Portugal. *Pharmacy Practice (Internet)*. 2014 Dec;12(4):0–0.
21. Boag L, Maclure K, Boyter A, Cunningham S, Akram G, McQuillan H, et al. Public perceptions and experiences of the minor ailment service in community pharmacy in Scotland. *Pharm Pract (Granada)*. 2021 Feb 12;19(1):2152.
22. Motulsky A, Weir DL, Liang M, Lamy A, Moreault MP, Schuster T, et al. Patientinitiated consultations in community pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2021 Feb;17(2):428–40.
23. Veiga P, Cavaco AM, Lapão L V., Guerreiro MP. Self-medication consultations in community pharmacy: an exploratory study on teams' performance, client-reported outcomes and satisfaction. *Pharm Pract (Granada)*. 2021 Feb 9;19(1):2138.
24. Hall G, Cork T, White S, Berry H, Smith L. Evaluation of a new patient consultation initiative in community pharmacy for ear, nose and throat and eye conditions. *BMC Health Serv Res*. 2019 Dec 3;19(1):285.

25. UK Government. Medicines & Healthcare products Regulatory Agency. 2017 [cited 2023 Dec 13]. Patient group directions: who can use them. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/patient-group-directions-pgds/patientgroup-directions-who-can-use-them>.
26. Yusuff KB, Makhoulf AM, Ibrahim MI. Community pharmacists' management of minor ailments in developing countries: A systematic review of types, recommendations, information gathering and counselling practices. *Int J Clin Pract*. 2021 Oct 2;75(10).
27. Tan B, Goh A, Chong C. Utilization of non-prescription medicines in minor ailments management: A nationwide study undertaken among Malaysian community pharmacists. *J Appl Pharm Sci*. 2020 Mar;10(3):59–66.
28. Stone JA, Lester CA, Aboneh EA, Phelan CH, Welch LL, Chui MA. A preliminary examination of over-the-counter medication misuse rates in older adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2017 Jan;13(1):187–92.
29. Schimmelfing JT, Brookhart AL, Fountain KMB, Goode JV “Kelly” R. Pharmacist intervention in patient selection of nonprescription and self-care products. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2017 Jan;57(1):86-89.e1.
30. Ylä-Rautio H, Siissalo S, Leikola S. Drug-related problems and pharmacy interventions in non-prescription medication, with a focus on high-risk over-the-counter medications. *Int J Clin Pharm*. 2020 Apr 20;42(2):786–95.
31. Amador-Fernández N, Benrimoj SI, García-Mochón L, García-Cárdenas V, Dineen-Griffin S, Gastelurrutia MÁ, et al. A cost utility analysis alongside a cluster-randomised trial evaluating a minor ailment service compared to usual care in community pharmacy. *BMC Health Serv Res*. 2021 Dec 20;21(1):1253.
32. Dineen-Griffin S, Vargas C, Williams KA, Benrimoj SI, Garcia-Cardenas V. Cost utility of a pharmacist-led minor ailment service compared with usual pharmacist care. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2020 Dec 28;18(1):24.

33. Chukwu OA. Beyond medicines provision: community pharmacists roles in meeting patient needs through value-added pharmacy services. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*. 2020 Aug 4;11(3):299–301.
34. Ngwerume K, Watson M, Bond C, Blenkinsopp A. An evaluation of an intervention designed to improve the evidence-based supply of non-prescription medicines from community pharmacies. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2015 Mar 10;23(2):102–10.
35. Paudyal V, Cunningham S, Gibson Smith K, MacLure K, Ryan C, Cordina M. Methodological considerations in clinical outcomes assessment of pharmacy-based minor ailments management: A systematic review. *PLoS One*. 2018 Oct 4;13(10):e0205087.

5. CAPÍTULO II

Análise de competências clínicas no atendimento farmacêutico com uso de simulação realística

Eduarda Souza da Silva¹, Marcela Mofati Boechat², Gustavo Pereira Calado², Nara Amanda Laismann³, Bárbara Manuella Cardoso Sodré Alves⁴, Maria Christina dos Santos Verdam⁵, Rafael Santos Santana⁵

1 Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Brasília;

2 Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Brasília;

3 Mestre em Assistência Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Catarina

4 Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Brasília

5 Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília.

RESUMO

Introdução: O atendimento farmacêutico tem evoluído significativamente, ampliando seu papel na gestão da farmacoterapia e no acompanhamento clínico dos pacientes. No entanto, a formação de farmacêuticos ainda enfrenta desafios na aquisição de competências clínicas essenciais para o manejo de problemas de saúde autolimitados. A simulação realística surge como uma estratégia educacional eficaz para desenvolver habilidades práticas, melhorar a segurança da consulta farmacêutica e fortalecer a tomada de decisão clínica. **Objetivo:** Diagnosticar, por meio da simulação realística, as competências clínicas de farmacêuticos e estudantes do último ano de Farmácia no manejo de problemas de saúde autolimitados. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e não randomizado. A amostra incluiu 28 farmacêuticos e 50 estudantes do último ano de Farmácia. Foram conduzidas simulações realísticas de 19 problemas de saúde autolimitados. Na avaliação das competências clínicas foi utilizado o Instrumento PSAL-BRASIL. A confiabilidade da avaliação foi verificada pelo coeficiente *Kappa*, e as diferenças entre alunos e profissionais foram analisadas por estatística descritiva e correlação de variáveis. **Resultados:** Os farmacêuticos apresentaram desempenho superior aos estudantes em todas as categorias avaliadas. As maiores discrepâncias foram observadas no acolhimento (1,10 para farmacêuticos vs. 0,88 para alunos) e no plano de cuidado (0,76 vs. 0,55). A comunicação foi o aspecto mais bem avaliado, com médias de 1,72 para profissionais e 1,60 para estudantes. No entanto, ambos os grupos demonstraram dificuldades, evidenciando a necessidade de maior capacitação. A análise por condição clínica revelou que o melhor desempenho foi na COVID-19 (18,55 pontos), enquanto agravos como acne e aftas apresentaram os menores escores, sugerindo menor familiaridade e complexidade percebida pelos participantes. **Conclusão:** A simulação realística permitiu diagnosticar lacunas nas competências clínicas dos farmacêuticos e estudantes. A experiência profissional demonstrou impacto positivo na tomada de decisão clínica, mas evidenciou a necessidade de capacitação contínua para aprimorar o atendimento farmacêutico. A incorporação de metodologias ativas, como a simulação, pode fortalecer a formação e qualificação dos farmacêuticos para um atendimento mais seguro e eficaz.

Palavras-chave: Problemas de saúde autolimitados; atendimento farmacêutico; competências clínicas; simulação realística.

ABSTRACT

Introduction: Pharmaceutical care has evolved significantly, expanding its role in pharmacotherapy management and clinical patient follow-up. However, pharmacist training still faces challenges in acquiring essential clinical competencies for managing self-limiting health conditions. Realistic simulation emerges as an effective educational strategy to develop practical skills, improve the safety of pharmaceutical consultations, and strengthen clinical decision-making. **Objective:** To diagnose, through realistic simulation, the clinical competencies of pharmacists and final-year pharmacy students in managing self-limiting health conditions. **Methods:** This is a descriptive, quantitative, and non-randomized study. The sample included 28 pharmacists and 50 final-year pharmacy students. Realistic simulations of 19 self-limiting health conditions were conducted. The PSAL-BRASIL instrument was used to assess clinical competencies. The reliability of the assessment was verified using the Kappa coefficient, and differences between students and professionals were analyzed through descriptive statistics and variable correlation. **Results:** Pharmacists performed better than students in all evaluated categories. The greatest discrepancies were observed in patient reception (1.10 for pharmacists vs. 0.88 for students) and care planning (0.76 vs. 0.55). Communication was the highest-rated aspect, with averages of 1.72 for professionals and 1.60 for students. However, both groups showed difficulties, highlighting the need for further training. Condition-specific analysis revealed the best performance in COVID-19 cases (18.55 points), while conditions such as acne and mouth ulcers had the lowest scores, suggesting lower familiarity and perceived complexity among participants. **Conclusion:** Realistic simulation allowed for the identification of gaps in the clinical competencies of pharmacists and students. Professional experience had a positive impact on clinical decision-making but highlighted the need for continuous training to enhance pharmaceutical care. The incorporation of active methodologies, such as simulation, can strengthen the training and qualification of pharmacists for safer and more effective patient care.

Keywords: Self-limiting health conditions; pharmaceutical care; clinical competencies; realistic simulation.

1. INTRODUÇÃO

O atendimento farmacêutico tem se aprimorado bastante nas últimas décadas, estabelecendo-se como uma prática de extrema importância para a segurança e efetividade da farmacoterapia.¹ Essa definição vai além da dispensação de medicamentos, compreendendo um conjunto de ações direcionadas para o uso racional de medicamentos e a adesão ao tratamento, trazendo uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes. O atendimento farmacêutico, dessa maneira, abarca serviços clínicos e assistenciais, onde o farmacêutico tem um papel importante na gestão da farmacoterapia e no acompanhamento contínuo dos pacientes.²

A atuação do profissional farmacêutico em serviços voltados à atenção à saúde tem se revelado essencial para a antecipação de problemas relacionados a medicamentos (PRMs), incluindo reações adversas, falhas terapêuticas e interações medicamentosas.³ Ademais, como é mostrado no estudo de Correr, Otuki e Soler (2013), os serviços clínicos ofertados por farmacêuticos em farmácias comunitárias diminuíram a incidência de internações hospitalares e melhoraram os desfechos não apenas clínicos, mas também humanísticos dos pacientes, mostrando o impacto positivo que esse profissional traz à assistência à saúde.⁴

A introdução dos serviços clínicos na prática farmacêutica exige várias competências que ultrapassam o conhecimento técnico sobre medicamentos. A Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585/2013 define as atribuições clínicas do farmacêutico, incluindo a realização da anamnese, a avaliação de dados laboratoriais e a identificação de problemas relacionados à farmacoterapia.⁵ Além disso, outra resolução do mesmo órgão regulamenta a prescrição farmacêutica, fortalecendo a necessidade de formação e treinamentos adequados para o cumprimento dessa função.⁶

O desenvolvimento das habilidades clínicas tem sido uma limitação para a formação do profissional farmacêutico, necessitando novos métodos de ensino, como a simulação realística. Este tipo de simulação tem sido muito utilizado como ferramenta de aprendizado no ensino da saúde, permitindo que alunos e profissionais melhorem suas habilidades de comunicação, tomada de decisões e resolução de problemas em um lugar seguro e controlado.^{7,8} Estudos mostram que a simulação aumenta a confiança e a capacidade dos farmacêuticos ao fazer a consulta farmacêutica ajudando a ter uma prática mais segura e qualificada.⁹

Considerando o progresso das práticas clínicas farmacêuticas, é fundamental avaliar as estratégias de capacitação profissional e seus impactos na qualidade do atendimento prestado. Dessa forma, este estudo tem como objetivo fazer um diagnóstico das competências clínicas

do farmacêutico no contexto do atendimento farmacêutico, utilizando a simulação realística como ferramenta para o aprimoramento profissional.

2. MÉTODOS

O presente trabalho consiste em um estudo descritivo, quantitativo, não randomizado, realizado a partir da etapa inicial de simulação realística proposta pelo curso “Farmácia Baseada em Evidência”, promovido pelo Laboratório de Evidências e Estudos Farmacêuticos (LEFAR) entre os meses de março a junho de 2024, com farmacêuticos com inscrição ativa no Conselho Regional de Farmácia e alunos concluintes do curso de Farmácia da Universidade de Brasília, Brasil.

Este estudo analisou as simulações realísticas de 18 atividades específicas, que abrangeram: cefaleia, febre, contracepção de emergência (CE), dismenorreia, aftas, azia, náusea, diarreia, constipação, acne vulgar, dermatomicose, pediculose, queimadura, laringite, resfriado, rinite aguda, COVID-19 e tosse.

Os participantes das simulações foram escolhidos por disponibilidade para pesquisa e compatibilidade com o horário estabelecidos para os blocos de agravos. Para que a espontaneidade do comportamento fosse atingida, os usuários não receberam informações antecipadas sobre o agravo que seria simulado.

As simulações aconteceram no LEFAR – Laboratório de Evidências e Estudos Farmacêuticos, que conta com ambiente para simulação de atendimento em consultório farmacêutico e em farmácia comunitária. Os pacientes simulados eram alunos de pós-graduação e graduação do curso de Farmácia que passaram por um treinamento prévio, os casos utilizados foram previamente padronizados com base em situações reais e avaliados a partir das diretrizes de atendimento previamente elaboradas contidas no livro *Farmácia Baseada em Evidências*, atualmente em fase final de publicação.

Além disso, com o consentimento dos envolvidos, também foi possível realizar a gravação das simulações, o que possibilitou a análise posterior. A avaliação das competências clínicas foi realizada por seis avaliadores no total, sendo três designados para cada agravo. Os avaliadores utilizaram o Instrumento para Avaliação de Competências Clínicas no Manejo de Problemas de Saúde Autolimitados (PSAL-BRASIL),¹⁰ que foi desenvolvido para medir de forma estruturada as habilidades clínicas dos participantes no gerenciamento dos casos simulados.

O PSAL-BRASIL é composto por quinze critérios de avaliação, que seriam perguntas distribuídas em cinco etapas: (i) acolhimento, (ii) avaliação, (iii) plano de cuidado, (iv) monitoramento e (v) comunicação. Cada item era pontuado com base nos seguintes critérios:

- **0: Não realizou** – quando o participante não executou ou executou de forma inadequada o item avaliado.
- **1: Realizou de forma incompleta** – quando o participante deixou de cumprir um ou mais passos do item ou o realizou de forma insatisfatória.
- **2: Realizou de forma satisfatória** – quando o participante cumpriu todos os requisitos do item de maneira adequada.

Figura 1: Instrumento de avaliação “PSAL-BRASIL: Avaliação de Competências Clínicas para o Manejo de Problema de Saúde Autolimitados”.

PSAL-BRASIL: Avaliação de Competências Clínicas para o Manejo de Problema de Saúde Autolimitados			
Este instrumento tem o objetivo de avaliar as competências clínicas apresentadas pelos participantes no desenvolvimento do caso clínico simulado acerca do manejo de problemas de saúde autolimitados. Nesta etapa, você avaliará as competências demonstradas pelo farmacêutico simulado.			
Etapa Prévia – Acolhimento:	0	1	2
1. Acolhimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etapa 1 – Avaliação:	0	1	2
2. Queixa Principal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Anamnese Farmacêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sinais Vitais/Exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etapa 2 – Plano de Cuidado:	0	1	2
5. Objetivos/Metas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Promoção da Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Intervenções Não-Farmacológicas (se necessário)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Intervenções Farmacológicas (se necessário)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eficácia do medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Segurança do medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Orientações de uso dos medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sinais de Alerta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etapa 3 - Monitoramento	0	1	2
13. Monitoramento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etapa 4 - Comunicação	0	1	2
14. Comunicação verbal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Comunicação não verbal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. De modo geral, qual o nível de desempenho das competências clínicas demonstradas pelo farmacêutico simulado: (Nessa etapa, deve-se realizar o somatório das questões anteriores e atribuir, de acordo com a nota, um nível de desenvolvimento das competências)
- 00-10 pontos - Competências Iniciais (fase introdutória)
 - 11-20 pontos - Competências Intermediárias (fase de desenvolvimento)
 - 21-30 pontos - Competências avançadas (fase de aprimoramento)

Fonte: Adaptado de Moura, 2023.

Para cada item do instrumento avaliativo, foi detalhado o que se esperava para o caso de cada agravo, com o objetivo de orientar os avaliadores. Cada avaliador atribuiu as notas de forma independente, disponibilizando os dados organizados para consulta entre os pesquisadores.

Para medir o nível de concordância entre os avaliadores das simulações, foi utilizado o teste *kappa*, com o objetivo de minimizar a aleatoriedade ou baixa consistência nos resultados.¹¹ Coeficientes *kappa* superiores a 0,4, indicando concordância moderada (Tabela 1), foram considerados ideais para este tipo de pesquisa.

A ferramenta estatística *corrwith*, usada para calcular a correlação entre duas tabelas de dados ou entre uma tabela e uma lista de valores, foi utilizada para calcular as correlações entre as pontuações parciais (de cada critério) e o total.

Já no cálculo das médias e desvios padrão, foram usadas as funções *mean* e *std*, que são medidas estatísticas utilizadas para descrever conjuntos de dados, para calcular cada item do instrumento de avaliação e agrupados por categorias (alunos e profissionais).

A pesquisa foi submetida à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS UnB), conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, com o parecer de aprovação número 5.171.224. Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma online para leitura e concordância com a participação na pesquisa. As informações pessoais coletadas foram mantidas em sigilo e destruídas após o término do estudo. O estudo foi registrado junto ao Registro Brasileira de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob o número RBR-6x8bx3y.

3. RESULTADOS

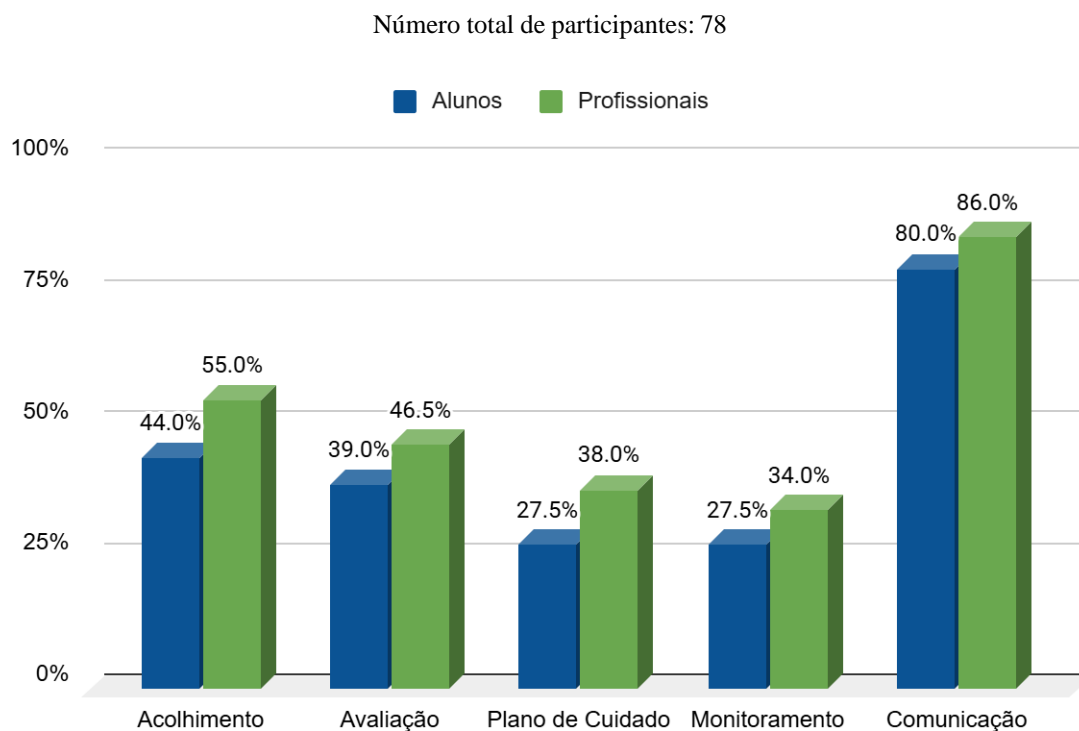
3.1. Análise das competências clínicas dos participantes

No total, participaram 78 indivíduos, sendo 28 farmacêuticos e 50 estudantes não treinados do último ano do curso de Farmácia. De acordo com o gráfico 1, os resultados obtidos levando em consideração as avaliações de todos os problemas de saúde autolimitados simulados indicam diferenças nas pontuações atribuídas por alunos e profissionais em todas as etapas avaliadas. Conforme visto, a maior diferença foi encontrada na etapa "Acolhimento", com os profissionais alcançando uma média de 1.10, enquanto os alunos obtiveram 0.88, resultando em uma diferença geral de 0.22. A segunda maior diferença ocorreu na etapa "Plano de Cuidado", com os profissionais apresentando uma média de 0.76, enquanto os alunos fizeram 0.55, correspondendo a uma diferença de 0.21.

Em relação à etapa "Avaliação", os profissionais obtiveram uma média de 0.93, enquanto os alunos atingiram 0.78, com uma diferença de 0.15. Já na etapa "Monitoramento", os valores médios foram de 0.68 para os profissionais e 0.55 para os alunos, resultando em uma diferença de 0.13. Por fim, a menor diferença foi registrada na etapa "Comunicação", com uma pontuação média de 1.72 para os profissionais e 1.60 para os alunos, totalizando uma diferença de 0.12.

Assim, as maiores discrepâncias foram verificadas nas etapas relacionadas ao início do processo, como acolhimento e planejamento do cuidado, e as menores nas etapas de comunicação e monitoramento. Esses resultados mostram que, embora existam diferenças em todas as categorias, a magnitude dessas variações é heterogênea.

Gráfico 1: Resultados das médias da avaliação de competências clínicas dos participantes das simulações nas etapas do PSAL-BRASIL



Fonte: Autoria própria

Os resultados obtidos apresentam as médias das competências dos participantes dividido por categorias, o desvio padrão e a correlação entre pontuações parciais e total para os 15 itens avaliados (Tabela 1), evidenciando variações significativas entre eles.

Tabela 1: Médias das competências clínicas dos avaliados, desvio padrão e correlação entre as pontuações parciais e total

Número total de participantes: 78

Conduas Avaliadas	Profissionais	Alunos	Média geral (profissionais/alunos)	Desvio Padrão	Correlações entre Pontuações Parciais e Total
Etapa Prévia – Acolhimento					
1. Acolhimento	55% (1.10)	44% (0.88)	48% (0.96)	0.66	0.26
Etapa 1 – Avaliação					
2. Queixa Principal	53% (1.06)	46% (0.92)	48.5% (0.97)	0.59	0.54
3. Anamnese Farmacêutica	54% (1.08)	40.5% (0.81)	45.5% (0.91)	0.45	0.47
4. Sinais Vitais/Exames	32% (0.64)	31% (0.62)	31.5% (0.63)	0.62	0.40
Etapa 2 – Plano de Cuidado					
5. Objetivos/Metas	51.5% (1.03)	35.5% (0.71)	41.5% (0.83)	0.51	0.64
6. Promoção da Saúde	32.5% (0.65)	29% (0.58)	30% (0.60)	0.48	0.33

7. Intervenções Não-Farmacológicas (se necessário)	41% (0.82)	35% (0.70)	37% (0.74)	0.55	0.36
8. Intervenções Farmacológicas (se necessário)	34.5% (0.69)	27.5% (0.55)	30% (0.60)	0.69	0.72
9. Eficácia	35.5% (0.71)	25% (0.50)	29% (0.58)	0.70	0.65
10. Segurança	36% (0.72)	24% (0.48)	28,5% (0.57)	0.69	0.66
11. Orientações de uso dos medicamentos	28% (0.56)	14,5% (0.29)	19,5% (0.39)	0.57	0.66
12. Sinais de Alerta	44% (0.88)	28,5% (0.57)	34% (0.68)	0.57	0.65
Etapa 3 – Monitoramento					
13. Monitoramento	34% (0.68)	27,5% (0.55)	30% (0.60)	0.53	0.51
Etapa 4 – Comunicação					
14. Comunicação verbal	86% (1.72)	1.61 (80,5%)	1.65 (82,5%)	0.39	0.49
15. Comunicação não verbal	86% (1.72)	1.60 (80%)	1.64 (82%)	0.45	0.64
Média Geral das Competências	47% (0.94)	38% (0.76)			

Fonte: Autoria própria

O item com maior média relacionado à média geral foi o item 14, com uma pontuação de 1.65, seguido de perto pelo item 15, que registrou 1.64. Estes dois itens se destacaram como os de maior desempenho entre todos os avaliados. Na sequência, os itens item 2 (0.97) e item 1 (0.96) também apresentaram médias elevadas, acima de 0.90, indicando desempenhos consideravelmente altos em relação aos demais itens. O item 3 teve uma média de 0.91, completando o grupo de itens com pontuações acima de 0.90. Por outro lado, o item com menor média foi o item 11, com 0.39, seguido pelo item 10, com 0.57, e o item 9, que obteve 0.58. Esses itens apresentaram os menores desempenhos médios no conjunto de dados analisados.

As médias gerais variaram de um mínimo de 0.39 a um máximo de 1.65, demonstrando uma amplitude considerável nos resultados. Essa variação reflete a diferença no desempenho médio entre os itens avaliados, permitindo identificar claramente os de melhor e pior desempenho dentro do conjunto analisado.

Referente ao desempenho de cada categoria dos participantes, os profissionais destacaram-se em quesitos relacionados à comunicação, tanto verbal quanto não verbal, com médias de 1.72 e 1.72, respectivamente, frente a 1.61 e 1.60 dos alunos. Essa diferença sugere que a prática profissional contribui significativamente para o desenvolvimento de habilidades interpessoais e comunicacionais.

Os critérios utilizados para avaliar o manejo técnico incluíram, por exemplo, a identificação do problema de saúde autolimitado pelo paciente (1.06 para profissionais X 0.92 para alunos) e a realização da anamnese farmacêutica (1.08 X 0.81), mostraram discrepâncias semelhantes. Isso reflete uma maior proximidade dos profissionais com o que se refere à coleta

e avaliação dos dados clínicos, possivelmente pelo fato de um maior contato com cenários reais.

Por outro lado, ambos os grupos apresentaram desempenhos baixos em quesitos mais complexos, como o item 9 "Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?" (0.71 para profissionais e 0.50 para alunos) e o item 11 "Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?" (0.56 para profissionais e 0.29 para alunos). Esses resultados indicam áreas críticas que necessitam de atenção, possivelmente relacionadas a lacunas no conhecimento técnico ou habilidades práticas.

Os itens correspondentes à prevenção de novos episódios de saúde e ao monitoramento dos resultados (6 e 13) também apresentam grandes divergências. Os profissionais tiveram médias de 0.65 e 0.67, respectivamente, enquanto os alunos, por sua vez, 0.58 e 0.55. Estes resultados podem sugerir a necessidade de um maior foco na capacitação de alunos em aspectos preventivos e no planejamento farmacoterapêutico.

As intervenções farmacológicas, incluindo a indicação de tratamentos e a seleção de alternativas eficazes e seguras, foram consistentemente melhores entre os profissionais. Por exemplo, na questão "Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?", os profissionais alcançaram média de 0.72 contra 0.48 dos alunos. No entanto, as médias absolutas mostram que ainda há margem para aprimoramento, mesmo entre indivíduos desta categoria.

A média geral das competências clínica mostra que, embora os profissionais farmacêuticos tenham obtido uma média geral de pontuação superior (13.93 pontos) em comparação aos alunos (11.30 pontos), ambos os grupos demonstraram níveis de desempenho intermediários nas competências clínicas avaliadas. Esses achados sugerem que as habilidades clínicas se encontram em fase de desenvolvimento tanto entre os alunos quanto entre os profissionais. Vale ressaltar que o somatório das questões avaliadas apresenta uma pontuação mínima de 0 e máxima de 30, conforme descrito na seção de metodologia.

O desvio padrão das pontuações por itens mostrou variabilidades importantes entre as questões avaliadas, trazendo percepções em relação aos itens que apresentam maior inconsistência do desempenho dos participantes. Essa variabilidade pode refletir desafios específicos vivenciados pelos avaliados, além de eventuais discrepâncias na interpretação ou na execução do que era esperado de cada item.

Os itens com maior desvio padrão indicam uma maior dispersão nas notas atribuídas, o que pode estar relacionado a dificuldades mais complexas. Dentre eles, destaca-se o item 9 "Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde

autolimitado?”, que teve o maior desvio padrão, seguido pelos itens 8 e 10, onde essas questões estão diretamente relacionadas à intervenção farmacológica.

Outro ponto de destaque foi a questão 4 "Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada", que apresentou um desvio padrão de 0.62. Esse achado pode sugerir uma variação nas práticas de avaliação clínica, possivelmente influenciada por falta de padronização nos protocolos de consulta.

Por outro lado, critérios relacionados à comunicação, tanto verbal quanto não verbal (itens 14 e 15), apresentaram menor variabilidade. Esses resultados sugerem que os participantes possuem competências mais estáveis nessas áreas, indicando habilidades desenvolvidas por meio da prática cotidiana ou menor complexidade nas habilidades requeridas.

Portanto, os itens que apresentaram maior desvio padrão estão relacionados a decisões clínicas complexas, enquanto os de menor variabilidade refletem competências interpessoais melhor desenvolvidas.

A análise de correlação entre as pontuações parciais dos itens avaliativos e a pontuação total trouxe relações importantes, destacando os itens que mais contribuem para o desempenho geral dos avaliados. As questões com maior correlação são indícios de etapas analíticas no processo da consulta farmacêutica, aquelas que, se melhor executadas, têm maior impacto na pontuação global.

Os itens com as maiores correlações identificadas foram os seguintes: item 8 (0.72), item 10 (0.66), item 11 (0.66), item 9 (0.65) e item 12 (0.65), ou seja, as questões mais correlacionadas com a pontuação total estão predominantemente relacionadas à competência de manejo farmacológico e à capacidade de orientar e monitorar adequadamente o paciente. Esses resultados sugerem que intervenções educacionais e de treinamento voltadas para essas áreas podem ter um impacto significativo na melhoria do desempenho geral, tanto para alunos quanto para profissionais.

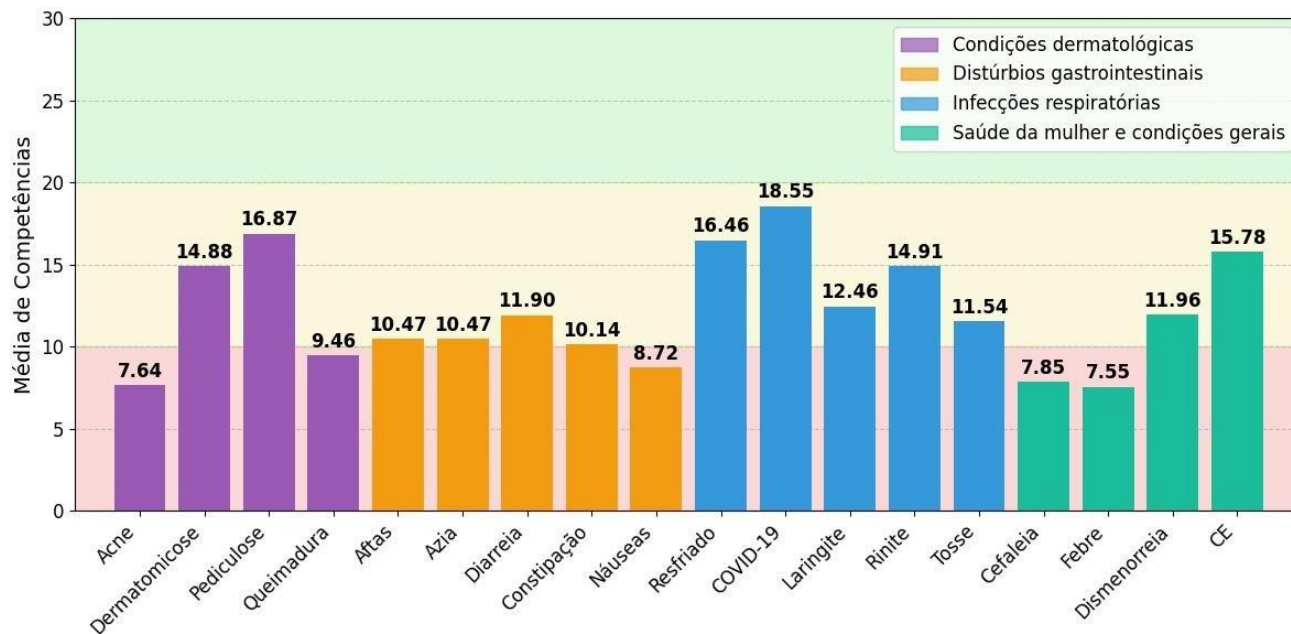
3.2. Análise das médias de pontuações por agravo

O instrumento de avaliação utilizado neste estudo, o PSAL-BRASIL, é composto por 15 itens, cada um com pontuação máxima de 2 pontos, resultando em uma pontuação total máxima de 30 pontos. Com isso, a análise das médias da soma total das notas por tipo de agravo revelou diferenças significativas no desempenho geral dos avaliados ao abordar diferentes

condições de saúde (Gráfico 2). Esse indicador fornece uma visão consolidada das competências demonstradas em cada agravo, englobando todos os critérios avaliados.

Gráfico 2: Médias de pontuações por agravo

Número total de participantes: 78



Fonte: Autoria própria

- 00-10 pontos - Competências Iniciais (fase introdutória)
- 11-20 pontos - Competências Intermediárias (fase de desenvolvimento)
- 21-30 pontos - Competências avançadas (fase de aprimoramento)

Os dados demonstram variações expressivas no desempenho médio dos participantes nos diferentes agravos avaliados. O maior desempenho foi observado na COVID-19, com uma média de 18.55, o que pode ser atribuído à maior familiaridade dos avaliados com essa condição.

Por outro lado, a Acne apresentou a menor média entre os agravos analisados (7.64), sugerindo que condições consideradas de menor complexidade podem receber menos atenção detalhada no processo da consulta farmacêutica.

Os agravos aftas (10.47) e azia (10.47) apresentaram desempenhos intermediários, indicando que, apesar de serem quadros relativamente comuns e menos complexos do que infecções respiratórias, ainda requerem atenção significativa em aspectos específicos do atendimento farmacêutico. Os distúrbios gastrointestinais, de forma geral, mostraram médias

relativamente homogêneas, com diarreia (11.90), constipação (10.14) e náuseas (8.72), sendo que esta última obteve um desempenho inferior, possivelmente refletindo dificuldades no reconhecimento clínico e manejo dessa condição pelos avaliados.

As infecções respiratórias foram os agravos com os escores mais elevados, destacando-se COVID-19 (18.55) e resfriado (16.46), enquanto tosse (11.54) e laringite (12.46) apresentaram médias intermediárias. Esse desempenho pode ser justificado pela alta prevalência dessas condições e pelo foco direcionado ao seu manejo, o que fortalece as competências dos farmacêuticos nessas áreas.

As condições dermatológicas apresentaram uma grande variação nos escores, com pediculose (16.87) e dermatomicose (14.88) registrando médias elevadas, enquanto acne (7.64) obteve um dos menores escores gerais. Essa discrepância pode estar associada à complexidade dos casos. Já na saúde da mulher e condições gerais, a contracepção de emergência (15.78) apresentou um dos melhores desempenhos, sugerindo uma maior familiaridade dos participantes com essa temática. Em contraste, febre (7.55) e cefaleia (7.85) tiveram médias mais baixas, possivelmente refletindo a ampla variabilidade de etiologias e abordagens terapêuticas para essas condições, o que pode dificultar um manejo padronizado.

De modo geral, os resultados sugerem que o desempenho nos atendimentos farmacêuticos pode ser influenciado por múltiplos fatores, incluindo a exposição prévia dos participantes a determinados agravos, a percepção de urgência associada a cada condição e a complexidade inerente ao seu manejo clínico. Agravos mais recentes e amplamente discutidos, como a COVID-19, parecem favorecer um desempenho mais consistente, enquanto condições consideradas menos críticas podem ser subestimadas no contexto da consulta farmacêutica.

O coeficiente *Kappa* foi utilizado para medir o nível de concordância entre os três avaliadores, sendo utilizada a função *cohen_kappa_score* da biblioteca *sklearn* da linguagem de programação *python*. O valor final de *Kappa* foi a média das concordâncias entre todos os pares de avaliadores, que baseado nas notas atribuídas nas simulações o resultado foi de **0.49**. Esse valor indica uma moderada concordância entre os avaliadores. Não é um valor extremamente alto, mas está dentro dos níveis aceitáveis.

4. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram diferenças expressivas entre as competências apresentadas por estudantes de farmácia do último ano e farmacêuticos. Para além disso, nas

duas categorias persistem lacunas significativas na formação e prática clínica, destacando a necessidade de melhorias no ensino farmacêutico e na padronização das consultas.

O farmacêutico tem como uma de suas atribuições clínicas o manejo de problema de saúde autolimitados. Tais problemas são definidos como “enfermidades agudas de baixa gravidades, de breve período de latência, que desencadeia uma reação orgânica a qual tende a cursar sem danos para o paciente e que pode ser tratada de forma eficaz e segura com medicamento e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais – alopáticos ou dinamizados –, plantas medicinais, drogas vegetais ou com medidas não farmacológicas”.¹² O tratamento desses problemas pode ser realizado de forma segura e eficaz com medicamentos, produtos terapêuticos e/ou medidas não farmacológicas, oferecendo ao paciente opções acessíveis para a recuperação da saúde.¹³

No manejo de problemas de saúde autolimitados, o farmacêutico desempenha um papel essencial, fornecendo tanto aconselhamento quanto intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Essas competências atuam de forma complementar na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Mas o nível de atuação do farmacêutico também pode ir a níveis estratégicos quando se trata da educação em saúde, pois algumas dessas intervenções vão além dos pacientes, visando também a comunidade e outros profissionais da área, promovendo assim uma melhoria na qualidade de vida dos indivíduos atendidos.³

Um dos maiores desafios que os farmacêuticos enfrentam é a deficiência do conhecimento técnico, que, por sua vez, afeta na qualidade em que este profissional aconselha os pacientes. Estas dificuldades indicam a necessidade de uma análise crítica sobre a possibilidade do método educativo, adaptando-o para melhorar o cuidado farmacêutico.¹³ Este trabalho mostra que os resultados obtidos podem ser atribuídos a lacunas na formação acadêmica. Um estudo identificou que estudantes relataram deficiências na preparação para a prática clínica durante a graduação, especialmente no desenvolvimento de competências clínicas relacionadas à atenção à saúde e à promoção do uso racional de medicamentos.¹⁴

A Simulação Realística (SR) é um dos processos obtidos no conceito do Aprendizado Baseado em Simulação. A SR pode ser definida como uma técnica para substituir ou amplificar experiências reais por experiências guiadas; geralmente de natureza imersiva, que simulam ou replicam aspectos substanciais do mundo real de maneira interativa.¹⁵ Ela faz com que o conhecimento didático seja colocado em prática em um cenário projetado para imitar encontros clínicos reais e experiências realistas, no caso da área da saúde, onde os alunos e profissionais

podem refinar suas habilidades individuais e de equipe antes de lidar com um paciente real.¹⁶⁻¹⁸

Como os resultados mostraram, tanto alunos quanto profissionais enfrentam desafios para incorporar práticas como acolhimento, intervenções farmacológicas, não-farmacológicas, entre outros; seja pela falta de experiência, seja por barreiras estruturais (como infraestrutura inadequada e deficiência da disponibilidade de recursos clínicos). Com isso, a simulação realística mostra-se essencial, em habilidades específicas como estas. No estudo de Ferreira, Guedes e Oliveira¹⁹ foi demonstrado que a média de desempenho dos participantes após a utilização da simulação foi superior à daqueles submetidos ao método tradicional, evidenciando a eficácia da simulação como uma ferramenta poderosa para a aquisição de conhecimento. De forma complementar, a pesquisa realizada por Valadares e Magro²⁰ indicou a preferência dos estudantes por metodologias ativas, ressaltando que, mesmo quando sua aplicação total não é viável, a associação com métodos tradicionais pode ser uma estratégia eficaz.

A análise comparativa entre as médias gerais das competências realizadas com alunos (0.76) e profissionais (0.94) revelou padrões distintos de desempenho no processo de consulta farmacêutica. Conforme esperado, os profissionais apresentaram médias superiores na maioria dos critérios, refletindo um maior domínio das competências avaliadas, possivelmente devido à sua experiência prática. Estudos anteriores corroboram esses achados, indicando que a experiência prática contribui significativamente para o desenvolvimento de competências clínicas. Por exemplo, uma pesquisa sobre o desempenho acadêmico de estudantes de Farmácia em diferentes modelos de ensino observou que, embora estudantes em metodologias ativas apresentassem menor tempo de conclusão do curso, aqueles em metodologias tradicionais obtiveram melhores índices de desempenho individual, sugerindo que a experiência prática acumulada pode influenciar positivamente o desempenho em avaliações específicas.²¹

4.1 Análise das competências clínicas dos participantes

O acolhimento é uma área essencial na consulta farmacêutica, influenciando diretamente a compreensão, adesão e confiança do paciente. Embora os alunos (0.88) demonstraram um desempenho promissor nessa etapa, a experiência prática dos profissionais (1.10) ainda lhes conferiu uma leve vantagem, sugerindo que o contato constante com situações

reais permite aos profissionais ajustar sua comunicação de forma mais eficiente. Estudos mostram que a utilização de SRs na educação farmacêutica tem sido amplamente relatada na literatura como uma modalidade de ensino complementar eficaz para avançar a educação em farmácia clínica. Muitos resultados de aprendizagem podem ser alcançados usando esta modalidade, principalmente o avanço de habilidades de entrevista e coleta de histórico, que são indispensáveis para identificar sinais de alerta e encaminhar os pacientes quando necessário.^{21,22}

Os achados evidenciam que o plano de cuidado foi uma das etapas com maior discrepância de desempenho entre alunos (0.55) e profissionais (0.76), ressaltando sua complexidade e relevância no atendimento farmacêutico. Essa etapa envolve competências essenciais, como a definição de metas terapêuticas, a escolha e implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, a orientação detalhada ao paciente e a identificação de sinais de alerta que demandam encaminhamento. A discrepância observada pode estar associada a lacunas na formação acadêmica, uma vez que estudos indicam que o ensino-aprendizagem na graduação pode não estar preparando adequadamente os estudantes para etapas críticas do atendimento, especialmente na elaboração de planos de cuidado.²³

No estudo de Souza et al. (2023), aponta-se que farmacêuticos recém-formados ainda demonstram dificuldades na formulação de planos terapêuticos estruturados e individualizados, reflexo de uma formação acadêmica que muitas vezes não enfatiza suficientemente as habilidades clínicas necessárias para essa etapa. Esta pesquisa identificou que os egressos da graduação em Farmácia sentem-se inseguros na elaboração de planos de cuidado e na tomada de decisão clínica, evidenciando a carência de treinamento prático mais robusto durante sua formação.²²

A deficiência na elaboração do plano de cuidado também está relacionada à falta de abordagens estruturadas e padronizadas no atendimento farmacêutico. A literatura destaca que a ausência de diretrizes claras e de ferramentas práticas para a construção do plano terapêutico dificulta a definição de metas terapêuticas, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, além da correta orientação ao paciente.³³ A implementação de metodologias como o cuidado farmacêutico baseado em problemas poderia melhorar significativamente esse cenário, garantindo que os medicamentos prescritos sejam indicados, seguros e eficazes para cada paciente.²³

Outro fator preocupante é que a falta de preparo do farmacêutico na condução do plano de cuidado compromete a qualidade do encaminhamento e da monitorização dos pacientes, aspectos fundamentais para prevenir complicações e melhorar os desfechos clínicos. Estudos

sugerem que o uso de roteiros estruturados pode não apenas uniformizar o atendimento, mas também servir como ferramenta para aprimorar a performance profissional e garantir maior segurança ao paciente.²²⁻²⁴

O monitoramento destacou-se como a etapa de pior desempenho tanto para alunos quanto para profissionais, indicando que essa etapa do cuidado farmacêutico ainda não está plenamente integrada na prática cotidiana de ambos os grupos. De acordo com Destro et al. (2021) a formação acadêmica dos farmacêuticos ainda é deficitária em relação à atenção à saúde, com uma abordagem tecnicista e fragmentada que enfatiza o modelo biomédico, deixando lacunas no conhecimento e nas habilidades clínicas necessárias para o monitoramento eficaz dos pacientes.²⁵

Além disso, a falta de clareza nas atribuições dos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde pode contribuir para a subutilização do monitoramento na prática profissional, evidenciando a necessidade de diretrizes institucionais que promovam a integração dessa etapa no cuidado farmacêutico.²⁴ A ausência de protocolos bem definidos pode estar contribuindo para a baixa adesão ao monitoramento. Muitos profissionais podem não se sentir preparados para realizar esse acompanhamento de forma sistemática.²³

O desempenho na categoria de comunicação revelou uma diferença moderada entre alunos (1.60) e profissionais (1.72), destacando-se como uma das áreas em que os dois grupos apresentam maior equilíbrio. Essa categoria avalia a capacidade de transmitir informações de forma clara, utilizando linguagem verbal e não verbal apropriada para diferentes contextos e perfis de pacientes. Inclui aspectos como evitar jargões técnicos, adaptar o discurso ao nível de entendimento do paciente, demonstrar empatia e utilizar gestos, postura e expressões faciais que reforcem a mensagem.²⁶

O valor moderadamente alto dos dois grupos sugere que o treinamento acadêmico tem sido eficaz em preparar os alunos para interações interpessoais. Isso pode ser atribuído à incorporação de atividades como simulações práticas e *role-playing* durante a formação farmacêutica, que visam aprimorar as habilidades de comunicação dos estudantes. Por exemplo, uma proposta desenvolvida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul elaborou vídeos simulando diferentes situações de atendimento em farmácia, com o objetivo de problematizar os desafios da comunicação entre farmacêutico e paciente, destacando a importância de metodologias ativas no ensino dessa competência.²⁷

No entanto, o desempenho ligeiramente superior dos profissionais reflete a importância da experiência prática para aprimorar essas competências. A prática constante permite aos profissionais ajustar sua comunicação de forma mais eficiente, especialmente ao lidar com

pacientes ansiosos, idosos com dificuldades de compreensão ou familiares que necessitam de orientações detalhadas. Estudos indicam que habilidades não técnicas, como empatia, boa comunicação e inteligência emocional, são essenciais para um atendimento farmacêutico de qualidade, permitindo que o profissional interprete as necessidades do paciente além das palavras, percebendo preocupações subjacentes que podem não ser verbalizadas diretamente.^{28,29}

Além disso, a exposição a contextos variados na prática profissional contribui para o desenvolvimento de habilidades interpessoais sofisticadas. A capacidade de antecipar as necessidades do paciente, adaptar a comunicação a diferentes perfis e demonstrar empatia são competências que se aprimoram com a experiência prática. A literatura destaca que a comunicação eficaz é fundamental para os profissionais da área farmacêutica, pois eles precisam ser capazes de explicar conceitos complexos de forma clara aos pacientes, garantindo a compreensão e adesão ao tratamento.²⁹

Em consonância com esses achados, a literatura destaca que a atenção farmacêutica envolve a interação direta do farmacêutico com o paciente, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa prática requer atitudes, comportamentos, habilidades e compromissos que garantam a prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde.³⁰

Além das competências técnicas, a habilidade de comunicação é fundamental para o sucesso da Atenção Farmacêutica. Uma comunicação eficaz entre o farmacêutico e o paciente facilita a compreensão das orientações, promove a adesão ao tratamento e contribui para melhores resultados terapêuticos. O farmacêutico deve ser capaz de adaptar sua linguagem ao nível de entendimento do paciente, evitando jargões técnicos e utilizando termos que sejam compreensíveis, além de demonstrar empatia e escuta ativa durante as interações.²⁸

4.2 Análise das médias de pontuações por agravo

A análise dos dados em relação aos agravos revelou que o maior desempenho médio foi observado no agravo COVID-19, com uma média de soma total de 18.55. Este resultado pode ser atribuído à maior familiaridade e exposição recente dos avaliados a situações relacionadas à COVID-19, considerando o contexto pandêmico e a ampla disseminação de protocolos

específicos para esse agravo. Durante a pandemia, os farmacêuticos desempenharam um papel crucial na linha de frente, garantindo o abastecimento de medicamentos, a segurança e os tratamentos adequados aos pacientes. Além disso, a reorganização da assistência farmacêutica incluiu a implementação de estratégias como a telefarmácia e a promoção do uso racional de medicamentos, colaborando para a integralidade e eficiência das intervenções em saúde.³¹

Por outro lado, o agravo acne apresentou o menor desempenho médio, com uma soma total de 7.64. Isso sugere que condições de menor complexidade percebida, como a acne, pode receber menos atenção detalhada ou envolver menos etapas críticas no processo de atendimento farmacêutico. A literatura indica que a acne vulgar é uma condição comum que pode ter um impacto psicossocial significativo, afetando a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, a abordagem terapêutica da acne muitas vezes se concentra em tratamentos tópicos ou sistêmicos, e a orientação farmacêutica pode ser subestimada nesse contexto.³²

Os agravos aftas e azia apresentaram desempenhos intermediários, indicando que, embora sejam problemas mais simples do que a COVID-19, ainda demandam atenção significativa em alguns critérios avaliados. Já o agravo CE destacou-se com um desempenho elevado, refletindo maior detalhamento ou completude no atendimento. Essas diferenças sugerem que o desempenho nos atendimentos farmacêuticos é influenciado não apenas pelas habilidades dos avaliados, mas também pela complexidade, urgência percebida e familiaridade com o tipo de agravo. Problemas mais recentes e amplamente divulgados, como a COVID-19, parecem receber maior atenção e resultar em um desempenho mais robusto. Em contrapartida, agravos considerados mais simples podem ser subestimados em termos de exigências de atendimento, resultando em pontuações mais baixas.³¹⁻³³

Os resultados destacam a necessidade de fortalecer o treinamento e a padronização dos atendimentos em agravos mais rotineiros, como acne e aftas, para garantir que sejam abordados com o mesmo rigor observado em condições mais complexas. Além disso, programas de educação contínua podem ser úteis para reforçar práticas de qualidade em agravos de menor visibilidade.³⁴

Portanto, o equilíbrio entre habilidades técnicas e a capacidade de traduzir esse conhecimento em intervenções práticas e seguras para os pacientes é essencial para o sucesso na consulta farmacêutica. Ao aprimorar tanto as competências clínicas quanto as habilidades de comunicação, os farmacêuticos podem proporcionar um cuidado mais eficaz e centrado no paciente, resultando em melhores desfechos em saúde.

4.3 Limitações do estudo

A primeira limitação diz respeito à proporção amostral, realizada por adesão espontânea, podendo assim influenciar a representatividade dos achados e a generalização das conclusões para diferentes contextos da prática farmacêutica. Além disso, a realização da simulação realística em formato online, simulando teleconsultas, representa uma limitação significativa. Esse modelo impôs desafios no monitoramento das respostas dos participantes, especialmente no que se refere à comunicação não verbal, um aspecto essencial da interação profissional-paciente.

5. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu diagnosticar as competências clínicas dos farmacêuticos no contexto do atendimento farmacêutico, utilizando a simulação realística como ferramenta de avaliação e aprimoramento profissional. Os resultados evidenciaram diferenças significativas no desempenho entre profissionais e alunos do último ano de graduação, com os primeiros apresentando médias superiores na maioria dos critérios avaliados. A média geral das competências clínicas foi de 0.94 para os profissionais e 0.76 para os alunos, evidenciando o impacto da experiência prática na consolidação das habilidades clínicas. No entanto, os resultados indicam que há espaço para melhorias tanto para os profissionais quanto para os alunos.

Os achados reforçam a importância da simulação realística como uma ferramenta educacional essencial, permitindo a identificação de fragilidades e o desenvolvimento de competências clínicas de forma controlada e estruturada. Além disso, os resultados apontam para a necessidade de estratégias educacionais voltadas ao fortalecimento de habilidades essenciais, especialmente nas etapas de acolhimento, plano de cuidado e avaliação clínica. A implementação de metodologias ativas no ensino farmacêutico pode contribuir para a padronização do atendimento e a melhoria da segurança e efetividade na prática profissional.

Essas evidências sugerem que o aprimoramento das competências clínicas dos farmacêuticos pode ser alcançado por meio de um ensino mais estruturado e baseado em evidências, garantindo um atendimento farmacêutico mais qualificado e seguro para a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43. doi:10.1093/ajhp/47.3.533.
2. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. *Pharmacotherapy.* 2007;27(10):1231-41. doi:10.1592/phco.27.10.1231.
3. Mesquita AR, Lyra DP, Brito GC, Balisa-Rocha BJ, Aguilera-Klinkert D, Silva TM. Developing communication skills in pharmacy: A systematic review of the use of simulated patient methods. *Patient Educ Couns.* 2015;98(1):21-8. doi: 10.1016/j.pec.2014.10.004.
4. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde.* 2011 Sep 30;2(3):9-. Doi: 10.5123/S2176-62232011000300006.
5. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Dispõe sobre as atribuições clínicas do farmacêutico. *Diário Oficial da União.* 2013.
6. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta a prescrição farmacêutica. *Diário Oficial da União.* 2013.
7. Björnsdóttir I, Granas AG, Bradley A, Norris P. A systematic review of the use of simulated patient methodology in pharmacy practice research from 2006 to 2016. *International Journal of Pharmacy Practice.* 2020 Feb;28(1):13-25. Doi: <https://doi.org/10.1111/ijpp.12570>.
8. Shaheed CA, McFarlane B, Maher CG, Williams KA, Bergin J, Matthews A, McLachlan AJ. Investigating the primary care management of low back pain: a simulated patient study. *The Journal of Pain.* 2016 Jan 1;17(1):27-35. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.09.010>.
9. Foucault-Fruchard L, Michelet-Barbotin V, Leichnam A, Tching-Sin M, Nizet P, Tollec S, Nativel F, Vene E, Fronteau C, Huon JF. The impact of using simulation-based learning to further develop communication skills of pharmacy students and pharmacists: a systematic review. *BMC Medical Education.* 2024 Dec 18;24(1):1435. Doi: 10.1186/s12909-024-06338-6.
10. Moura AD. Desenvolvimento de instrumento para avaliação de competências clínicas no manejo de problemas de saúde autolimitados (PSAL-BRASIL), 2023.

11. Thompson WD, Walter SD. A reappraisal of the kappa coefficient. *Journal of clinical epidemiology*. 1988 Jan 1;41(10):949-58. DOI: [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(88\)90031-5](https://doi.org/10.1016/0895-4356(88)90031-5).
12. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia - CFF. Resolução N° 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Publicada no D.O.U. de 25 de setembro de 2013. Brasília, DF, 2013.
13. Lima SHP de, Silva DCS, Silva GV, Melo LGA, Oliveira LAC, Bezerra LJC, et al. Cuidados farmacêuticos no manejo de problemas de saúde autolimitados: gripe / Pharmaceutical care in the management of self-limited health problems: influenza. *Brazilian J Dev [Internet]*. 2024 Jun 19 [cited 2024 Nov 3];8(7):50516–24. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/50127>.
14. Packeiser PB, Castro MS. Evaluation of simulated drug dispensing and patient counseling in the course of pharmaceutical improvement: 2009 to 2015. *Pharmacy Practice (Granada)*. 2020 Dec;18(4). DOI: 10.18549/pharmpract.2020.4.1865.
15. Lynch SE, Griffin BL, Vest KM. Assessment of a simulated contraceptive prescribing activity for pharmacy students. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 2018 Feb 1;10(2):178-84. Doi: 10.1016/j.cptl.2017.10.013.
16. Tremblay, M.L., Leppink, J., Leclerc, G., Rethans, J.J. and Dolmans, D.H., 2019. Simulation-based education for novices: complex learning tasks promote reflective practice. *Medical Education*, 53(4), pp.380-389.
17. Croft HA, Glass B, Gilligan C, Rasiyah R, Levett-Jones T. Integrated simulation-based skills assessment for evaluating pharmacist competence: A scoping review. *Pharmacy Education*. 2019 Jan 1.
18. Katoue MG, Ker J. Simulation for continuing pharmacy education: development and implementation of a simulation-based workshop on medicines reconciliation for pharmacists. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2019 Jul 1;39(3):185-93. Doi: 10.1097/CEH.0000000000000257.
19. Ferreira RPN, Guedes HM, Oliveira DWD, Miranda JL. Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min*. 2018;8(5):7877–86.
20. Valadares AFM, Magro MCS. Opinion of nursing students on realistic simulation and the curriculum internship in hospital setting Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a simulação realística e o estágio curricular em cenário hospitalar. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2014;27(2):138–81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982->.

21. Gillette C, Rudolph M, Rockich-Winston N, Stanton R, Anderson HG. Melhorando os resultados da comunicação de estudantes de farmácia usando pacientes padronizados. *Am J Pharm Educ* . 2017;81(6):548. doi: 10.5688/ajpe816110.
22. Souza LG, Lulio I, Escala LF, Mendonça SD, Silvestre CC. As percepções de estudantes de Farmácia e de Medicina sobre o desenvolvimento de competências clínicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2023 Aug 28;47(03):e099. Doi: 10.1590/1981-5271v47.3-2022-0320.
23. Basségio MP, Boller C, Oliveira GM, Prado MR. Educação farmacêutica: a percepção de estudantes de especialização em Farmácia Clínica. *Espaço para a Saúde-Rev Saúde Pública do Paraná*. 2019 Dec 20;20(2):19-29. Doi: 10.22421/15177130-2019v20n2p19.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica à saúde: serviços farmacêuticos na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_2_1ed.pdf.
25. Destro DR, Vale SA, Brito MJ, Chemello C. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021 Nov 15;31:e310323. Doi: 10.1590/S0103-73312021310323.
26. Carvalho GR. A importância das soft skills na área da saúde suplementar. *Revista de Administração em Saúde*. 2023 Sep 29;23(92). Doi: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.92.354>.
27. Dal Pizzol TD, Castro MS. Treinando habilidades de comunicação de estudantes de Farmácia por meio de vídeos. Acessado em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/200138>.
28. Possamai FP, Dacoreggio MD. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. *Trabalho, educação e saúde*. 2007;5:473-90. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000300008>.
29. Carvalho GR. A importância das soft skills na área da saúde suplementar. *Revista de Administração em Saúde*. 2023 Sep 29;23(92). Doi: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.92.354>.
30. Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & saúde coletiva*. 2010;15:3603-14. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>.

31. Lula-Barros DS, Damascena HL. Assistência farmacêutica na pandemia da Covid-19: uma pesquisa documental. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2021 Jun 25;19:e00323155. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00323>.
32. Aguiar Lobo de Resende LG, Oliveira da Silva GC, Carvalho Caldas É. O Impacto Psicossocial da Acne Vulgar. *Id on Line. Revista de Psicologia*. 2021 Dec 1. Doi: [10.14295/online.v15i58.3320](https://doi.org/10.14295/online.v15i58.3320).
33. Berenguer BB, La Casa CB, de La Matta MJ, Martin-Calero MJ. Pharmaceutical care: past, present and future. *Current pharmaceutical design*. 2004 Dec 1;10(31):3931-46. Doi: <https://doi.org/10.2174/1381612043382521>.
34. Basségio MP, Boller C, Oliveira GM, Prado MR. Educação farmacêutica: a percepção de estudantes de especialização em Farmácia Clínica. *Espaço para a Saúde-Rev Saúde Pública do Paraná*. 2019 Dec 20;20(2):19-29. Doi: [10.22421/15177130-2019v20n2p19](https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p19).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho evidenciou o papel essencial do farmacêutico no manejo de problemas de saúde autolimitados e na promoção do uso racional de medicamentos, destacando sua atuação tanto na atenção primária à saúde quanto na avaliação de competências clínicas por meio de simulação realística. Os achados demonstram que a atuação farmacêutica nesse contexto não apenas contribui para a resolução dos sintomas e satisfação dos pacientes, mas também exerce um impacto positivo na eficiência do sistema de saúde, ao reduzir a sobrecarga de consultas médicas e atendimentos em serviços de emergência.

A análise do primeiro estudo reforçou que a farmácia comunitária se configura como um ponto de referência para o atendimento de agravos de menor complexidade, permitindo uma triagem qualificada e encaminhamento adequado de pacientes com critérios de risco. Além disso, os benefícios econômicos dessa prática foram evidenciados, mostrando que a capacitação dos farmacêuticos para esse serviço pode contribuir para um modelo de assistência mais sustentável. Contudo, foi identificada a necessidade de aprimoramento metodológico em pesquisas futuras, visando maior padronização na descrição das consultas e melhores critérios para avaliação dos desfechos clínicos.

O segundo estudo aprofunda estes achados ao apresentar as principais lacunas e deficiências no atendimento farmacêutico ao diagnosticar as competências clínicas dos profissionais e estudantes de Farmácia, a fim de possibilitar a construção de uma padronização e sistematização do atendimento farmacêutico. A simulação realística se mostrou uma ferramenta eficaz para avaliar e aprimorar habilidades essenciais, permitindo identificar fragilidades nas diferentes etapas da consulta, como acolhimento, avaliação clínica, plano de cuidado e monitoramento. Apesar da vantagem dos profissionais sobre os estudantes em termos de desempenho, o estudo apontou que há espaço para aprimoramento em ambos os grupos, reforçando a necessidade de metodologias ativas e treinamentos estruturados baseados em evidências.

Com base nesses resultados, esta dissertação destaca a importância de investir na formação e capacitação dos farmacêuticos, garantindo que estes profissionais estejam preparados para oferecer um atendimento seguro, eficiente e padronizado. O uso de simulação realística e diretrizes baseadas em evidências pode contribuir significativamente para elevar a qualidade da consulta farmacêutica e consolidar a atuação do farmacêutico como peça fundamental na atenção primária.

Por fim, recomenda-se que pesquisas futuras aprofundem a análise da efetividade do manejo de problemas de saúde autolimitados em diferentes contextos, associando os impactos clínicos e econômicos com a qualificação profissional. A implementação de estratégias educacionais inovadoras e a integração de práticas baseadas em simulação podem ser caminhos promissores para fortalecer a assistência farmacêutica e ampliar seu reconhecimento no cenário da saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Barra M, Scott CL, Scott NW, Johnston M, de Bruin M, Nkansah N, Bond CM, Matheson CI, Rackow P, Williams AJ, Watson MC. Pharmacist services for non-hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1996 Sep 1;2018(12). Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013102>.
2. Sallom H, Abdi A, Halboup AM, Başgut B. Evaluation of pharmaceutical care services in the Middle East Countries: a review of studies of 2013–2020. *BMC Public Health*. 2023 Jul 17;23(1):1364. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16199-1>.
3. Traynor AP, Sorensen TD. Student pharmacist perspectives of rural pharmacy practice. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2005 Nov 1;45(6):694-9. Doi: <https://doi.org/10.1331/154434505774909724>
4. Neilson AR, Bruhn H, Bond CM, Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC, Holland R, Lee AJ, Watson M, Wright D, McNamee P. Pharmacist-led management of chronic pain in primary care: costs and benefits in a pilot randomised controlled trial. *BMJ open*. 2015 Apr 1;5(4):e006874. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006874>.
5. Akhtar MM, Waheed A, Sheikh D, Hussain A. Role of pharmacist in improving health related quality of life (HRQoL) in hypertensive patients in Pakistan. *Am J Pharmacol Sci*. 2014;2(5B):17-22. Doi: <https://doi.org/10.12691/ajps-2-5b-5>.
6. Nemire RE, Ward CT, Whalen K, Quinn J, Subramaniam V, Gershon SK, Zavod RM. Public health matters: the role of the pharmacist and the academy. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 2010 Jan 1;2(1):2-11. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2009.12.001>.
7. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade. 2016.
8. Rotta I, Lima T, Tonin FS. Role of community pharmacy and pharmacists in self-care in Brazil. *Exploratory research in clinical and social pharmacy*. 2023 Jun 1;10:100274. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100274>.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. 1998.
10. Rutter P. Role of community pharmacists in patients' self-care and self-medication. *Integrated Pharmacy Research and Practice*. 2015 Jun 24:57-65. Doi: <https://doi.org/10.2147/IPRP.S70403>.
11. Baracaldo-Santamaría D, Trujillo-Moreno MJ, Pérez-Acosta AM, Feliciano-Alfonso JE, Calderon-Ospina CA, Soler F. Definition of self-medication: a scoping review. *Therapeutic advances in drug safety*. 2022 Oct;13:20420986221127501. Doi: <https://doi.org/10.1177/20420986221127501>.

12. Ruiz ME. Risks of self-medication practices. *Current drug safety*. 2010 Oct 1;5(4):315-23. Doi: <https://doi.org/10.2174/157488610792245966>.
13. Hughes CM, McElnay JC, Fleming GF. Benefits and risks of self medication. *Drug safety*. 2001 Dec;24:1027-37. Doi: <https://doi.org/10.2165/00002018-200124140-00002>.
14. Arrais PS, Fernandes ME, Pizzol TD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NU, Farias MR, Oliveira MA, Bertoldi AD. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Revista de saude publica*. 2016;50:13s. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006117>.
15. Domingues PH, Galvão TF, Andrade KR, Araújo PC, Silva MT, Pereira MG. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017 Apr;26:319-30. Doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200009>.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/66154>>. Acesso em: 06 jan. 2025.
17. Davies NM. Minor ailments and self-limiting conditions: NOT. *Canadian Pharmacists Journal*. 2014 May;147(3):137–137.
18. Fielding S, Porteous T, Ferguson J, Maskrey V, Blyth A, Paudyal V, et al. Estimating the burden of minor ailment consultations in general practices and emergency departments through retrospective review of routine data in North East Scotland. *Fam Pract*. 2015;32(2):165–172.
19. Lee R, Mccarthy L. Canadian “minor ailments” programs: Unanswered questions. 2015;148(6):302–304.
20. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585/2023. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013a.
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 11/ 2016. Dispõe sobre a lista de medicamentos isentos de prescrição. 2016a.
22. Aly M, García-Cárdenas V, Williams K, Benrimoj SI. A review of international pharmacy-based minor ailment services and proposed service design model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2018;14:989–998.
23. Grebenar D, Nham E, Likic R. Factors influencing over-the-counter drug recommendations by pharmacists. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2020;96(1133):144–148.
24. Hohl CM, Partovi N, Ghement I, Wickham ME, Mcgrail K, Reddekopp LN, et al. Impact of early in-hospital medication review by clinical pharmacists on health services utilization. *PLoS One*. 2017;1–13.
25. Win AZ. Comparison of UK’s Minor Ailments Scheme and US’s retail clinic model: a narrative review. *Primary Health Care Research & Development*. 2016;17:622–627.

26. Eikenhorst LV, Salema NE, Anderson C. A systematic review in select countries of the role of the pharmacist in consultations and sales of non-prescription medicines in community pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2017;13(1):17–38.
27. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). *Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, editor. Madrid; 2019. 64 p.
28. Krinsky DL, Berardi RR. *Handbook of Nonprescription Drugs: An Interactive Approach to Self-Care*. 20th ed. American Pharmacists Association. 2012.
29. Luetsch K. Attitudes and attributes of pharmacists in relation to practice change – A scoping review and discussion. *Res Soc Adm Pharm*. 2017;13:440–55.
30. Luetsch K. Attitudes and attributes of pharmacists in relation to practice change – A scoping review and discussion. *Res Soc Adm Pharm*. 2017;13:440–55.
31. BRASIL. Lei nº 13021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Publicada no D.O.U. de 11 de agosto de 2014. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 2014.
32. Sarmiento DP, Augusto CA, Carboni CP, de Mello DR. O farmacêutico clínico na farmácia comunitária. *FARMÁCIA CLÍNICA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM DROGARIA: PARA*. 2020:60.
33. dos Santos DS, de Jesus Morais Y. O farmacêutico clínico na farmácia comunitária privada: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021 Oct 21;10(13):e558101321515-. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21515>.
34. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. RDC nº44, 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. Publicado no D.O.U. de 24 de dezembro de 2009. Brasília: MS;2009.
35. Andrade TU, Burini DM, Mello MD, Bersácula ND, Saliba RA, Bravim FT, Bissoli NS. Evaluation of the satisfaction level of patients attended by a pharmaceutical care program in a private communitarian pharmacy in Vitória (ES, Brazil). *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2009;45:349-55. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1984-82502009000200021>.
36. Richardson CL, White S, Chapman S. Virtual patient technology to educate pharmacists and pharmacy students on patient communication: a systematic review. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*. 2020;6(6):332. doi:10.1136/bmjstel-2019-000514.
37. Aura SM, Sormunen MS, Jordan SE, Tossavainen KA, Turunen HE. Learning outcomes associated with patient simulation method in pharmacotherapy education: an integrative review. *Simulation in Healthcare*. 2015 Jun 1;10(3):170-7. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000804.

38. Katoue MG, Ker J. Simulation for continuing pharmacy education: development and implementation of a simulation-based workshop on medicines reconciliation for pharmacists. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2019 Jul 1;39(3):185-93. DOI: 10.1097/CEH.000000000000257.
39. Bindoff I, Ling T, Bereznicki L, Westbury J, Chalmers L, Peterson G, Ollington R. A computer simulation of community pharmacy practice for educational use. *American journal of pharmaceutical education*. 2014 Nov 15;78(9):168. doi:10.5688/ajpe789168.
40. Storpirtis S, Nicoletti MA, Aguiar PM. Uso da simulação realística como mediadora do processo ensino-aprendizagem: relato de experiência da farmácia universitária da Universidade de São Paulo. *Revista de Graduação USP*. 2016 Nov 21;1(2):49-55.
41. Sarmiento DP, Augusto CA, Carboni CP, de Mello DR. O farmacêutico clínico na farmácia comunitária. *FARMÁCIA CLÍNICA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM DROGARIA: PARA*. 2020:60.
42. BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 6, DE 19 DE OUTUBRO DE 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Ministério da Educação, Conselho Nacional De Educação Câmara De Educação Superior. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-1-7-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192
43. Chagas MO, Porto CC, Chaveiro N, Noll M, Chagas FO. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia de 2017: perspectivas e desafios. *TICs & EaD em Foco*. 2019 Dec 20;5(2).
44. Roman C, Ellwanger J, Becker GC, Silveira AD, Machado CL, Manfroi WC. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. *Clinical and biomedical research*. Porto Alegre. Vol. 37, n. 4 (2017), p. 349-357. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.73911>.
45. Limberger JB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2013;17:969-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.3683>.
46. Mendonça SD, Freitas EL, Ramalho de Oliveira D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. *PLoS One*. 2017 Sep 26;12(9):e0185415. Doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0185415>.
47. Troncon LE. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007 Jun 30;40(2):180-91. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/315/316>. Acesso em: 02 dez 2024.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO “PSAL-BRASIL: AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA O MANEJO DE PROBLEMA DE SAÚDE AUTOLIMITADOS”.

PSAL-BRASIL: Avaliação de Competências Clínicas para o Manejo de Problema de Saúde Autolimitados			
Este instrumento tem o objetivo de avaliar as competências clínicas apresentadas pelos participantes no desenvolvimento do caso clínico simulado acerca do manejo de problemas de saúde autolimitados. Nesta etapa, você avaliará as competências demonstradas pelo farmacêutico simulado.			
Instrução para preenchimento, utilizar o valor:			
0. Não realizou - Quando o farmacêutico não realizou a etapa indicada no item			
1. Realizou de forma incompleta - Quando o farmacêutico não realizou um ou mais passos do item ou quando realizou de forma insatisfatória			
2. Realizou de forma satisfatória - Quando o farmacêutico realizou completamente o item			
OBS: Não se aplica - Deve ser utilizado somente quando algum item não se aplique ao caso clínico em questão e nesses casos deve-se atribuir a pontuação de 2 pontos .			
Etapa Prévia – Acolhimento:	0	1	2
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etapa 1 – Avaliação:	0	1	2
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etapa 2 – Plano de Cuidado:	0	1	2
5. Definiu claramente os objetivos/metas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etapa 3 - Monitoramento	0	1	2
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etapa 4 - Comunicação	0	1	2
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. De modo geral, qual o nível de desempenho das competências clínicas demonstradas pelo farmacêutico simulado: (Nessa etapa, deve-se realizar o somatório das questões anteriores e atribuir, de acordo com a nota, um nível de desenvolvimento das competências)			
<input type="radio"/> 00-10 pontos - Competências Iniciais (fase introdutória) <input type="radio"/> 11-20 pontos - Competências Intermediárias (fase de desenvolvimento) <input type="radio"/> 21-30 pontos - Competências avançadas (fase de aprimoramento)			

*Técnica de anamnese farmacêutica pelo acrônimo INDICO: **I**dentificação do paciente; **N**atureza dos sinais e sintomas; **D**uração; **I**nciou algum tratamento; **C**omorbidades; e **O**utras situações.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Farmácia Baseada em Evidências: Elaboração, Validação e Implantação de Diretrizes Clínicas de Cuidado Farmacêutico para Problemas de Saúde Autolimitados.” sob responsabilidade do pesquisador Rafael S. Santana. O projeto visa inserir a prática clínica baseada em evidência no ambiente da farmácia comunitária. Esse projeto está estruturado em quatro etapas:

Etapa 01 - O desenvolvimento de diretrizes clínicas para manejo problemas de saúde autolimitados com rigorosa metodologia de análise de evidências.

Etapa 02 - Validação das diretrizes clínicas por grupo de especialistas da área de cuidados farmacêuticos.

Etapa 03 - Implantação das diretrizes elaboradas por meio do treinamento gratuito dos farmacêuticos brasileiros.

Etapa 04 - Avaliação do impacto do atendimento junto aos pacientes atendidos (desfechos de saúde, econômicos, humanísticos).

O objeto geral da pesquisa é Elaborar, Validar e Implantar Diretrizes Clínicas de Cuidado Farmacêutico para o manejo de Problemas de Saúde Autolimitados.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Apenas aos participantes selecionados para o curso, sua participação se dará por meio de um curso sobre o tema em questão para posterior emprego dos conhecimentos adquiridos em sua prática clínica diária. Será disponibilizado tutoria para espaços de tira-dúvidas, suporte online e feedback das atividades realizadas.

Por se tratar de uma pesquisa que avalia conhecimento e desempenho, o estudo tem como risco o constrangimento do participante caso não entenda ou não consiga responder os questionários e resolver as atividades, além do risco de invasão de privacidade e divulgação de dados confidenciais. Há também o risco do curso não corresponder às expectativas dos participantes-farmacêuticos que terão investido tempo no mesmo.

Dessa forma, garantiremos a disponibilidade para sanar quaisquer dúvidas e dar todas as explicações necessárias, ainda assim, os participantes terão a opção de não responder questões que considerem constrangedoras ou que não queiram responder. Também será assegurado a confidencialidade, a privacidade e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos participantes. Serão garantidas seções específicas de suporte individual para aqueles participantes que desejarem apoio adicional nos seus estudos. Os resultados de desempenho da pesquisa serão sempre publicados de forma agregada e mantendo anonimato de qualquer participante.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, contribuirá para qualificar e desenvolver melhores práticas clínicas aplicadas ao cuidado farmacêutico, promovendo continuamente o uso racional de medicamentos, posto que serão utilizadas as diretrizes elaboradas a partir as melhores e mais recentes evidências científicas. Terá treinamento gratuito em conteúdo inédito no país sobre cuidado farmacêutico em problemas de saúde autolimitados e manejo baseado em evidências científicas. Os farmacêuticos terão acesso a todos os materiais produzidos durante o estudo e contarão com feedbacks individuais do seu desempenho acadêmico e profissional, além de equipe disponível para aprendizagem.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Congresso de Científico da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Rafael S. Santana no telefone (61) 98132-3520, (61) 3107-1990 ou (61) 3107-2014, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou pelo endereço de e-mail rafael.santana@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assinale sua concordância. Ressalto a importância de que o(a) Senhor(a) guarde em seus arquivos uma cópia desse documento.

(Após o envio, receberá cópia por e-mail, com todas as respostas)

Sua participação é fundamental e muito valiosa em virtude da limitada quantidade de farmacêuticos que trabalham com esta temática. Desde já agradeço seu aceite quanto ao convite formulado.

APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA O MANEJO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE AUTOLIMITADOS

CEFALEIA	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresenta e cumprimenta o paciente, pergunta seu nome, explica sobre o serviço e o convida ao consultório farmacêutico se for o caso.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analizou os sinais e sintomas manifestados, identificando a presença de características compatíveis com cefaleia tensional.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou anamnese com perguntas-chave baseadas no INDICO, incluindo informações sobre sexo, idade, profissão, estilo de vida, localização e qualidade da dor, intensidade, sintomas associados, fatores desencadeantes, frequência, tratamentos prévios, histórico de saúde, uso de medicamentos contínuos (Losartana 50 mg/dia), gatilhos específicos e atividades durante a ocorrência da dor de cabeça. Percebeu que o paciente apresenta sinais de fadiga e desgaste, manifestando cansaço físico e emocional, associados ao receio de retornar ao trabalho e à hesitação em utilizar medicamentos analgésicos (AAS +Cafeína) e ibuprofeno.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Conduziu uma avaliação clínica minuciosa, concentrando-se na anamnese e no exame físico. Examinou a pressão arterial para descartar hipertensão (148 x 90 mmHg), observando uma leitura no limite superior. Todos os outros parâmetros avaliados indicaram estar dentro dos padrões normais.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metapas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicou a intenção de tratar a cefaleia tensional por meio de uma abordagem terapêutica farmacológica diferente daquela já empregada pelo paciente, além de considerar alternativas não farmacológicas.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Sugeriu medidas abrangentes de autocuidado, incluindo aprimorar a postura, realizar exercícios regulares, fazer pausas durante o trabalho, garantir a ingestão adequada de líquidos e evitar situações estressantes, moderação no consumo de cafeína, álcool e tabaco.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Sugeriu a incorporação de medidas não farmacológicas, como a extensão das horas de sono, tentar deitar-se para dormir mais cedo. Recomendou considerar a adoção de uma nova rotina que incluía alternativas não-farmacológicas como massagem terapêutica, acupuntura e <i>biofeedback</i> para alívio da dor.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	Realizou a prescrição de paracetamol 750mg para administração de 4 ou 6 vezes ao dia, embasando-se em nível de evidência moderado e grau de recomendação forte, conforme a sistema GRADE. Além disso, pode ser sugerido ibuprofeno 600mg a cada 6 ou 8 horas, bem como dipirona 500 mg a 1000 mg a cada 4 a 6 horas. Ademais, deve ter sido escolhida uma formulação que não contenha cafeína, uma vez que o paciente relatou poucas horas de sono

9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Por se tratar de cefaleia tensional, o paciente poderia utilizar o paracetamol, ibuprofeno ou dipirona e adotar as medidas não farmacológicas como escolhas de tratamento seguras e efetivas.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de cefaleia tensional, o paciente poderia utilizar o paracetamol, ibuprofeno ou dipirona e adotar as medidas não farmacológicas como escolhas de tratamento seguras e efetivas.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Orientou a administração do paracetamol, ibuprofeno ou dipirona junto com água, seguindo rigorosamente as instruções de intervalo entre as doses conforme prescrito. Essa orientação é crucial para garantir a correta absorção do medicamento e otimizar sua eficácia no controle da cefaleia tensional.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Ao analisar os indicadores físicos do paciente, observou-se uma pressão arterial no limite superior. Essa condição pode justificar a necessidade de encaminhamento ao médico cardiologista a fim de reavaliar a farmacológica anti-hipertensiva.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Ofereceu orientações para automonitoramento, com instruções sobre o uso do medicamento, por um período máximo de 3 a 5 dias. O manejo foi considerado bem-sucedido quando o alívio da dor for atingido em até 2 horas após a administração do medicamento. Adicionalmente, incentivou-se o paciente a manter um diário de cefaleia, registrando os episódios para estabelecer um parâmetro de comparação, bem como a manter um diário de hipertensão, realizando e anotando os resultados do autoexame de 2 a 3 vezes ao dia.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição. Fez uso de termos simples como “pressão do sangue”, “pontada” e outros.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Demonstrou habilidades de escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva de maneira profissional e acolhedora durante o atendimento. Evitou ser invasivo, respeitando a privacidade do paciente. Manteve expressões faciais amigáveis e contato visual consistente, evidenciando interesse e atenção ao paciente. Apresentou um tom de voz calmo e positivo, contribuindo para que o paciente se sentisse confortável e otimista em relação ao tratamento.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	O farmacêutico apresentou-se cordialmente de modo que a paciente se sinta confortável e confiante. Disse o seu nome e chamou a paciente pelo nome. Deu abertura para a paciente tirar suas dúvidas sobre contracepção de emergência.

Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Através do historio clínico e familiar avaliou que a paciente se encaixa nos critérios de usuária contracepção de emergência.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	<p>Identificação da paciente: Qual é a idade da paciente? Já esteve grávida? Se já esteve grávida, quantas gestações? 20 anos, nunca esteve grávida.</p> <p>Natureza dos sinais e sintomas: Por que a paciente deseja usar a contracepção de emergência? A paciente teve relação desprotegida, mas foi há mais de 72 horas.</p> <p>Há possibilidade de já estar grávida? (a última menstruação foi mais leve ou ocorreu mais tarde do que o habitual? Está atrasada?) Não há possibilidade de gravidez.</p> <p>Possui alguma suspeita de violência sexual ou necessidade de prevenção de ISTs? Não tem suspeita de violência sexual e nem IST's. Duração: Quando foi a última relação sexual? Quinta-feira (dia da consulta: segunda-feira) Iniciou algum tratamento? Faz uso de outro método contraceptivo? Como foi a falha? (Analisar com a paciente a falha de uso e como proceder após o uso da contracepção de emergência) A paciente já iniciou tratamento para contracepção de emergência e se sentiu mal, além ser asmática e usar Fluticasona e Salmeterol. Comorbidades: Se encaixa em algumas das contraindicações para não usar contracepção de emergência? A paciente se encaixa primeiramente por ter feito o uso da contracepção de emergência antes e não ter se sentido bem (faltou adesão) outro ponto: pacientes asmáticas tem que ser monitoradas ao usar contracepção de emergência pois há risco de agravamentos das crises asmáticas.</p>
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	O farmacêutico ofereceu a paciente um teste de gravidez (b-hcg capilar) e oximetria pois é asmática
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metabolíticas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientou a paciente sobre a proteção contra infecções sexualmente transmissíveis e identificar situações que demandem aconselhamento sobre medidas de prevenção; 2. Alertou a prevenção de potenciais falhas de adesão, orientando sobre a forma correta de uso, dosagem, tempo e situações de maior ou menor efetividade da contracepção; 3. Incentivou o uso do preservativo como dupla proteção e auxiliar na escolha de métodos contraceptivos de uso contínuo adaptados as necessidades da paciente 4. Identificou fatores de risco, situações de uso incorreto ou abuso de utilização do método, orientando sobre efeitos esperados e medidas de prevenção de eventos adversos;
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Foi feita orientação sobre contracepção regular (hormonal, dispositivo intrauterino, preservativos,

	outros) com cartilhas e materiais informativos para evitar gravidez indesejada
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Foi fornecido a paciente cartilhas e materiais informativos sobre educação sexual e solicitação para colocar Dispositivo Intrauterino de cobre, que seria mais eficaz que a contracepção emergencial oral.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	Por ter feito relação sexual desprotegida o farmacêutico dispensou a contracepção de emergência oral, mas enfatizou a perda de eficácia após 72 horas e com possibilidade de gravidez indesejada.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	LEVONOGESTREL 1,5 mg 1 cp porém com a observação que a eficácia é menor
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	O farmacêutico solicitou monitorar a paciente com retorno para saber se houve eficácia da contracepção de emergência oral.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Orientação de uso somente até 3 dias após relação desprotegida
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Alertou ao uso indiscriminado de contracepção de emergência e efeitos como náuseas, enjoos, tromboses e alteração do ciclo menstrual e até infertilidade. E monitorar por ser asmática para não ter agravamento das crises.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Após as orientações corretas de contracepção regular e o alerta ao uso indiscriminado da contracepção de emergência, o farmacêutico encaminhou a paciente ao ginecologista para melhor contracepção regular hormonal. Dispensar preservativos e materiais informativos de educação sexual.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	O farmacêutico usou de uma linguagem simples, sem julgamentos e termos técnicos. A paciente assimilou a conduta do plano de cuidado.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	O farmacêutico manteve uma postura confiante e tom de voz adequado, e fez o uso de um ambiente privado como consultório.

FEBRE	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresenta e cumprimenta o paciente, pergunta seu nome, explica sobre o serviço e o convida ao consultório farmacêutico se for o caso.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analizou os sinais e sintomas manifestados, identificando a presença de características compatíveis com febre leve, como uma elevação moderada da temperatura corporal, eventual desconforto, mal-estar geral.

<p>3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?</p>	<p>Realizou a anamnese conforme o protocolo INDICO, sendo possível obter informações essenciais sobre o paciente como idade, hábitos e estado geral. Observou que o paciente estava em bom estado geral, sem sintomas adicionais aparentes. Sua alimentação era normal, sem relatos de dificuldades para falar, andar ou dormir. Ainda, o paciente não apresentava dor corporal, alergias a alimentos ou medicamentos, e não fazia uso regular de medicamentos. Observou que o único sintoma relatado pelo paciente foi uma sensação de fraqueza, sem cefaleia, calafrios, coriza, congestão ou tosse. A febre era contínua, iniciando no dia anterior, e não era recorrente. Não houve viagens recentes ao exterior, contato com pessoas gripadas ou uso de antibióticos, contudo ouviu o relato de que sua esposa havia sido diagnosticada com dengue. Por fim, o paciente não possuía doença crônica ou imunodeficiência, e até aquele momento, durante esse episódio, não tinha feito uso de nenhum medicamento.</p>
<p>4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?</p>	<p>Conduziu uma avaliação clínica minuciosa, concentrando-se na anamnese e no exame físico. Não foram observados sinais associados ao episódio febril, e os parâmetros vitais, incluindo frequência respiratória, cardíaca e pressão arterial, encontravam-se dentro da normalidade.</p>
<p>Etapa 2: Plano de Cuidado</p>	<p>O que era esperado do caso</p>
<p>5. Definiu claramente os objetivos/metapas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?</p>	<p>Explicou que o plano de cuidado inclui o uso de antitérmico para alívio da febre, a realização de rastreio em saúde, além de encaminhamento para um centro de saúde a fim de solicitar exames para confirmatórios para a suspeita de dengue.</p>
<p>6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?</p>	<p>Recomendou a implementação de práticas de promoção da saúde em relação à dengue, concentrando-se na prevenção da propagação do vírus transmitido pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i>. Isso inclui a eliminação de criadouros, a limpeza adequada de reservatórios de água, o uso de telas e repelentes, o descarte apropriado de lixo e o cuidado com recipientes de água.</p>
<p>7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?</p>	<p>Incentivou o paciente a aumentar a ingestão de líquidos, como água, sucos naturais, chás ou outra bebida de sua preferência, destacando a importância de manter-se bem hidratado durante episódios de febre. Além disso, forneceu orientações sobre a adoção de medidas de descanso e a importância de evitar atividades extenuantes enquanto estava com febre, visando criar um ambiente propício para a recuperação. Recomendou a limitação do trabalho a apenas um turno por dois ou três dias. Adicionalmente, sugeriu o uso de repelentes como medida preventiva contra a dengue. Por fim, ofereceu a realização de um teste <i>point-of-care</i> para rastrear um possível caso de dengue.</p>
<p>8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?</p>	<p>Instruiu sobre a importância de utilizar medicamentos com cautela, enfatizando que nem todos os antitérmicos são apropriados para indivíduos com suspeita de dengue. Esclareceu a proibição do Ácido Acetilsalicílico (AAS) e alertou sobre a presença desse componente em medicamentos como Aspirina e similares. Adicionalmente, recomendou um</p>

	antitérmico mais adequado para o tratamento farmacológico.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Recomendou o uso de paracetamol na dose de 500mg a cada 6 horas ou ibuprofeno 600mg a cada 6 ou 8 horas ou dipirona 500 mg a 1000 mg a cada 4 ou 6 horas, para alívio da febre e desconforto
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Realizou a prescrição de paracetamol, ibuprofeno ou dipirona. Além disso optou pela NÃO prescrição de ácido acetilsalicílico, ou qualquer outro medicamento cuja formulação possa conter insumos farmacêuticos que desencadeiem processo de plaquetopenia.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Orientou a administração do paracetamol, ibuprofeno ou dipirona junto com água, seguindo rigorosamente as instruções de intervalo entre as doses conforme prescrito. Essa orientação é crucial para garantir a correta absorção do medicamento e otimizar sua eficácia no alívio da febre.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foram observados sinais de alerta que exigissem encaminhamento imediato; no entanto, foi recomendado que o paciente busque uma unidade de saúde para obter um diagnóstico preciso.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Instruiu o paciente a monitorar sua temperatura para acompanhar a evolução da febre, sugerindo que buscasse um centro de saúde para realizar exames e obter um diagnóstico preciso. Após a consulta médica, aconselhou o retorno à farmácia para dar continuidade ao acompanhamento e receber orientações adicionais.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição. Fez uso de termos simples como “febre”, “pressão do sangue” e “batimento do coração”.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Demonstrou habilidades de escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva de maneira profissional e acolhedora durante o atendimento. Evitou ser invasivo, respeitando a privacidade do paciente. Manteve expressões faciais amigáveis e contato visual consistente, evidenciando interesse e atenção ao paciente. Apresentou um tom de voz calmo e positivo, contribuindo para que o paciente se sentisse confortável e otimista em relação ao tratamento.

DISMENORREIA	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresenta e cumprimenta o paciente, pergunta seu nome, explica sobre o serviço e o convida ao consultório farmacêutico se for o caso.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analisou os sinais e sintomas manifestados, identificando a presença de características compatíveis com a dor pélvica como dismenorrea primária.

<p>3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?</p>	<p>Identificação do paciente: Nome/ Idade/Menarca/ Peso? Fuma? Paciente já engravidou alguma vez? Tem histórico de dismenorreia muito dolorosa na família? Se possível, obter informações de histórico menstrual e histórico sexual. Identificar fatores que aumentam a prevalência da dismenorreia. Identificação do paciente: Qual a idade da paciente? Qual a idade da menarca? Peso? Fuma? Paciente já engravidou alguma vez? Tem histórico de dismenorreia muito dolorosa na família? Se possível, obter informações de histórico menstrual e histórico sexual. Identificar fatores que aumentam a prevalência da dismenorreia. Natureza dos sintomas: A paciente possui algum sinal ou sintoma associado ao episódio de cólica? Observar localização, tipo e intensidade da dor, bem como sua relação com o ciclo menstrual e características dele (fluxo menstrual mais longo e pesado). Já precisou ir ao hospital por conta da dor? Quanto ela dificulta o trabalho ou ida à escola? Dor durante o ato sexual? Observar se há sintomas de depressão, ansiedade ou outros transtornos psiquiátricos. Duração dos sintomas: Quando iniciaram as cólicas? Quanto tempo tem durado a dor? Comparar com início do ciclo menstrual. Há quantos ciclos vem sentindo esses sintomas? Está pior, melhor ou igual? Iniciou algum tratamento? A paciente já fez uso de algum medicamento durante este episódio? Caso afirmativo, houve melhora? Quais os medicamentos usados anteriormente? A paciente possui alguma preferência de tratamento? Faz uso de algum medicamento de uso crônico? Comorbidades: Observar a existência de sangramento pós-coito, sangramento intermenstrual, corrimento vaginal ou dispareunia profunda. Presença de síndrome pré-menstrual, esterilização, suspeita de doença inflamatória pélvica, abuso sexual e sintomas psicológicos, como depressão? Presença de doenças sexualmente transmissíveis. Possui algum sintoma intestinal, difuso ou inespecífico? Outras situações especiais: A paciente está/esteve grávida recentemente ou é lactante?</p>
<p>4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?</p>	<p>Intensidade da dor, oferecer teste de gravidez</p>
<p>Etapa 2: Plano de Cuidado</p>	<p>O que era esperado do caso</p>
<p>5. Definiu claramente os objetivos/metap terapêuticas para o manejo do problema de saúde?</p>	<p>Objetivo: cessar desconforto da dor menstrual da paciente</p>
<p>6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?</p>	<p>Orientar de hábitos alimentares/atividade física/ uso racional de AINES e Anticoncepcionais.</p>
<p>7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?</p>	<p>Indicações não farmacológica: Medidas não farmacológicas como compressa com bolsa de água quente/adesivo térmico/ TENS (estimulação transcutânea)</p>
<p>8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?</p>	<p>Explicou que o plano de cuidado que inclui medidas farmacológicas :AINES (ibuprofeno/naproxeno) são</p>

	com melhores evidências no tratamento de dismenorreia primária.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Medidas farmacológicas :AINES (ibuprofeno/naproxeno) já são os com melhores evidências de efetividade.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Realizou a prescrição de AINE com efeito mais rápido e menos reações adversas (IBUPROFENO) já que a paciente é alérgica a dipirona.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Orientou a administração do IBUPROFENO junto com água, seguindo rigorosamente as instruções de intervalo entre as doses conforme prescrito. Posologia correta (8 em 8 h-AINE) e após alimentar-se para não ter desconforto estomacal.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Após medidas farmacológicas e não farmacológicas orientar para uma consulta ao ginecologista para avaliar se há complicações da dismenorreia como endometriose/ovário policístico/outras.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Após o plano de cuidado e encaminhamento para o ginecologista pedir para a paciente retornar após uma semana pelo menos para acompanhar a evolução do tratamento.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Ser sucinto e seguro ao explicar o problema autolimitado em si, sintomas, tratamento, plano de cuidado com clareza e simplicidade no entendimento da paciente.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Olhar nos olhos da paciente, demonstrar que está o tempo todo com atenção nos relatos dos sintomas, coleta de informações de histórico clínico e familiar para elaborar o melhor plano de cuidado. Postura segura e confiante.

AFTAS	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e cumprimentou a paciente de forma amigável e respeitosa, criando um ambiente acolhedor. Perguntou o nome da paciente, explicou sobre o serviço e quais procedimentos seriam realizados. Convidou a paciente para o consultório farmacêutico (se necessário).
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analizou os sinais e sintomas de uma estomatite aftosa recorrente, caracterizada por ulcerações múltiplas, pequenas, redondas e dolorosas. Além disso, conseguiu definir que se tratava de uma estomatite aftosa recorrente maior (aftas maiores), com lesões de 1 a 3 cm de diâmetro e mais profundas, ocorrendo comumente nos lábios, palato mole e faringe. Também explicou a paciente que, na maioria dos casos, a causa das aftas não é conhecida, mas que não configuram doenças infecciosas; que o tempo de cura deve ser no máximo até um mês e que o objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas.

<p>3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?</p>	<p>Realizou a anamnese com perguntas-chave, como idade; se a paciente estava grávida; qual a profissão; padrão de alimentação e prática de atividade física; se possui diagnóstico prévio de estomatite aftosa recorrente; se há possibilidade de trauma oral; características típicas, localização, número e tamanho da úlcera; se houve presença de febre, sintomas de fadiga, tontura ou falta de respiração; se há histórico de doença de pele ou úlceras envolvendo outras partes do corpo; se há sinais de formigamento, inchaço, queimação e eritema focal; qual a duração dos sintomas e quando teve início; se fuma ou deixou de fumar nos últimos tempos; se colocou aparelho ortodôntico ou prótese dentária; se já fez uso de algum medicamento e se foi efetivo; em casos de episódios anteriores, como fez o tratamento; se a paciente apresenta outras condições de saúde ou se faz uso regular de algum medicamento; se possui alergias ou sensibilidade alimentar; se há histórico familiar de aftas; se suspeita de algum gatilho específico.</p>
<p>4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?</p>	<p>Observou o estado geral da paciente; aferiu a temperatura, pressão arterial e o peso da paciente; realizou a avaliação da cavidade bucal da paciente, pedindo para que ela demonstre o local das lesões para verificar o número e o aspecto das lesões; perguntou se o paciente tem exames hematológicos ou testes cutâneos recentes que avaliam a presença de alergias e deficiências nutricionais.</p>
<p>Etapa 2: Plano de Cuidado</p>	<p>O que era esperado do caso</p>
<p>5. Definiu claramente os objetivos/metas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?</p>	<p>Explicou que o objetivo era aliviar os sintomas, especialmente a dor, sensibilidade, inflamação local e ressecamento labial; reduzir o tempo de duração das úlceras e prevenção de complicações; instruir sobre cuidados e aplicação de medicamentos, especialmente produtos tópicos; incentivar a higiene bucal adequada; fornece orientações sobre dieta e nutrição, evitando alimentos que podem agravar as aftas; identificar causas subjacentes das aftas.</p>
<p>6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?</p>	<p>Forneceu orientações sobre possíveis medidas de prevenção e os fatores predisponentes a serem evitados, tais como trauma da mucosa bucal, utilização de pasta de dente contendo lauril sulfato de sódio ou alimentos e bebidas que podem desencadear a erupção da úlcera e prolongar a sua duração; manter boa higiene oral e usar escova de dente com cerdas macias.</p>
<p>7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?</p>	<p>Indicou práticas de manejo de estresse, tais como meditação, exercícios físicos ou ioga; evitar alimentos ácidos, nozes, chocolate, laticínios, trigo, temperos como sal, limão, vinagre, pimentão e curry, bebidas alcóolicas, ácidas ou carbonatadas; creme dental sem lauril sulfato de sódio; laserterapia (se possível).</p>
<p>8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?</p>	<p>É esperado a prescrição de clorexidina e benzocaína + cetipiridínio OU benzocaína + borato de sódio + cetipiridínio OU tirotricina + hidroxiquinolina OU tirotricina + hidroxiquinolina + lidocaína.</p>
<p>9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?</p>	<p>Com base no grau de recomendação, nível de evidência e possíveis alertas, a prescrição mais aconselhada seria clorexidina e benzocaína + cetipiridínio OU benzocaína + borato de sódio +</p>

	<p>cetipiridínio, pois contam com moderado nível de evidência e recomendação forte, conforme os critérios do sistema GRADE.</p>
<p>10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?</p>	<p>Por se tratar de uma afta maior, pode-se utilizar clorexidina para diminuir a probabilidade de uma superinfecção por bactérias e fungos. O cetipiridínio também possui ação semelhante de controlar a carga microbiana e prevenir infecções secundárias. Quanto aos anestésicos, apesar de serem efetivos no alívio da dor, possuem duração de efeito breve. Apesar de ser uma afta maior, as primeiras opções de tratamento podem incluir um antisséptico + uma combinação de anestésico. Em segundo caso, pode-se utilizar alguma combinação que tenha um antimicrobiano.</p>
<p>11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?</p>	<p>Explicou que ao utilizar medicamentos tópicos, deve-se aplicar na úlcera seca e evitar alimentos e bebidas por até 30 minutos após a aplicação; ao utilizar clorexidina, deve-se bochechar 15 mL de solução não diluída pela manhã e à noite, após as refeições e higiene bucal. Explicou que o uso recomendado é no máximo 21 dias e que o uso rotineiro pode causar manchas nos dentes; ao utilizar benzocaína + cetipiridínio, deve-se dissolver uma pastilha na boca OU fazer 3 a 6 nebulizações com solução spray, repetindo o procedimento a cada 2 a 3 horas, se necessário. Deve ser administrado com cuidado se a mucosa estiver muito traumatizada; para benzocaína + borato de sódio + cetipiridínio, fazer bochechos ou gargarejo com 1 colher de chá em um copo de 50 mL de água. Se preferir, pode umedecer um pedaço de algodão na solução e aplicar sobre a lesão. Não deve ser ingerido.</p>
<p>12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?</p>	<p>Não foi observado presença de úlcera bucal única com duração acima de três semanas; palidez, fadiga, fraqueza, dispneia; úlceras bucais associadas a feridas genitais e sintomas sistêmicos ou associadas a feridas nos pés e mãos; paciente sem resposta a intervenção tópica ou que demonstre necessidade de tratamento sistêmico; febre, aparências vitais muito alteradas, sinais de desidratação, lesões nos olhos; aftas induzidas por fármacos ou sistema imune comprometido.</p>
<p>Etapa 3: Monitoramento</p>	<p>O que era esperado do caso</p>
<p>13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonиторamento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?</p>	<p>Como a paciente já teve episódios anteriores, recomendou-se o automonиторamento, instruindo a paciente a acompanhar a progressão do agravo por meio da observação do incômodo, limiar de dor, tamanho do halo e características do processo de cicatrização.</p>
<p>Comunicação</p>	<p>O que era esperado do caso</p>
<p>14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?</p>	<p>Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que a paciente compartilhe informações sobre a condição, uso de termos simples e comuns de fácil compreensão pela paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições da paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.</p>
<p>15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais</p>	<p>Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a</p>

da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	privacidade da paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que a paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.
--	---

AZIA	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e cumprimentou o paciente de forma amigável e respeitosa, criando um ambiente acolhedor. Perguntou o nome do paciente, explicou sobre o serviço e quais procedimentos seriam realizados.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analizou os sinais e sintomas apresentados, bem como os gatilhos que poderiam desencadear o quadro, buscando-se identificar casos mais graves ou situações especiais que demandam encaminhamento. Em caso de conformidade de azia, explicou ao paciente do que se trata.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas-chave, como sexo e idade do paciente; quais sintomas e a localização deles; se houve mudança na dieta ou no estilo de vida; quando surgiram os primeiros sintomas e a frequência, bem como se é persistente; se fez uso de algum medicamento ou planta medicinal, bem como se foi efetivo; se apresenta outra condição de saúde e se faz uso regular de algum medicamento; se possui intolerância ou alergia a medicamentos e alimentos; se possui comprometimento renal ou cardíaco; se suspeita de algum gatilho; se observa melhora ou piora dos sintomas ao ingerir determinado alimento ou bebida; se ingere álcool ou fuma; se algum familiar apresenta os mesmos sintomas; qual a postura na hora de dormir.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Avaliou a presença de dor à palpação abdominal, distensão ou sensibilidade; mediu a pressão arterial. O restante da avaliação dos sinais vitais é opcional.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicou que o objetivo era proporcionar ao paciente o alívio rápido dos sintomas por meio de antiácidos; reduzir a frequência e a gravidade dos episódios por meio de mudança no estilo de vida e hábitos alimentares; identificar causas subjacentes da azia e encaminhar para o médico.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Orientou o paciente a evitar alimentos e bebidas desencadeantes dos sintomas; mudança na dieta e no estilo de vida; não fazer uso do estomazil ou qualquer outro medicamento da classe dos bicarbonatos e alginatos de sódio; elevar a cabeceira da cama; aguardar 2 horas após a administração do anti-hipertensivo para utilizar os antiácidos a fim de evitar uma alteração nos efeitos; evitar o uso de ENO pelo efeito rebote que pode estar causando.

7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Orientou sobre o consumo de porções menores e diminuição na ingestão de gordura; evitar cafeína, alimentos apimentados, álcool, tabaco e o uso de anti-inflamatórios não esteroidais; evitar refeições tardias; se possível, realizar acupuntura.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de hidróxido de alumínio OU hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio OU hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio + simeticona OU magaldrato.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Com base no grau de recomendação, nível de evidência e possíveis alertas, a prescrição mais aconselhada seria hidróxido de alumínio OU hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio OU hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio + simeticona, pois contam com evidências moderadas e recomendações fortes, conforme os critérios do sistema GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de azia e ser um paciente com hipertensão, o hidróxido de alumínio OU hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio OU hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio + simeticona consideram as contraindicações e alertas. Apesar de terem múltiplas interações, é importante orientar o paciente sobre aguardar 2 horas após a administração do anti-hipertensivo para utilizar os antiácidos a fim de evitar uma alteração nos efeitos e não usar por um período maior que 14 dias.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Recomendou aguardar duas horas após a administração de qualquer medicamento para utilizar os antiácidos; orientou sobre a técnica adequada para o uso de comprimidos mastigáveis e pó efervescentes; evitar uso de hidróxido de alumínio com frutas ácidas e alimentos muito condimentados; a suspensão deve ser agitada antes de usar; não ultrapassar a dose máxima recomendada.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foi observado pirose frequente por mais de três meses; grupos de risco como idosos, gestantes e pacientes com histórico familiar de câncer gastrointestinal; portadores de insuficiência renal; dor epigástrica intensa, disfagia ou odinofagia; massa palpável abdominal; suspeita de reação adversa a medicamentos; ou sangramento gastrointestinal, nas quais indicariam sinais de alerta para realizar o encaminhamento.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Recomendou-se ao paciente que acompanhasse de perto a evolução dos sintomas, visando alcançar a remissão e uma melhora significativa na qualidade de vida. Além disso, é importante investigar qualquer surgimento de novos sintomas ou a presença de sinais de alerta. Se o paciente experimentar reações adversas, a orientação é interromper imediatamente o tratamento e procurar um profissional especializado para uma avaliação mais detalhada. Essa abordagem visa garantir um monitoramento efetivo, ajustando o tratamento conforme necessário para otimizar os resultados e a segurança do paciente. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso

14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados. É importante enfatizar a contraindicação da magnésia bisurada para crianças e a necessidade de encaminhamento médico para essa faixa etária.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

NÁUSEAS	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e cumprimentou a paciente de forma amigável e respeitosa, criando um ambiente acolhedor. Perguntou o nome da paciente, explicou sobre o serviço e quais procedimentos seriam realizados. Convidou a paciente para o consultório farmacêutico.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analisou os sinais e sintomas de náusea e vômito relacionado a cinetose, visto que houve sintomas desagradáveis ao experimentar estímulos visuais e de movimento enquanto a paciente viajava.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas-chave, como idade; se a paciente estava grávida; se a paciente apresentava palidez ou sinais de desidratação; se houve mudança na dieta; se está sentido dor, febre ou outros sintomas associados; qual o aspecto do vômito; se há presença de sangue ou muco no vômito; se está relacionado a viagens ou movimento; em quais ambientes os sintomas costumam aparecer; qual o início e a duração dos sintomas, se houve intervalo e se persiste por mais de 24 horas; se é frequente e se teve episódios anteriores; se há algum horário ou período do tempo específico para o surgimento; se fez uso de algum medicamento e se foi efetivo; se observou piora ou melhora dos sintomas com a ingestão de algum alimento ou medicamento; se apresenta outras condições de saúde e se faz uso regular de algum medicamento; se fez procedimento cirúrgico recentemente; se sofre de enxaqueca, diabetes, hipertensão, labirintite; se possui intolerância ou alergia a algum alimento ou medicamento; se ingere álcool com frequência ou se

	faz uso de tabaco; se há história de câncer ou tratamento quimioterápico; se suspeita de algum gatilho específico.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Observou o estado geral da paciente (atenta, letárgica, sonolenta, entre outros); aferiu a pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, glicemia basal e peso corporal.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metap terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicou que o objetivo era ajudar a paciente a identificar as causas e gatilhos, orientando sobre as formas de prevenção e manejo precoce; estabelecer o manejo com medidas não farmacológicas e, quando necessário, associação de um tratamento farmacológico ou encaminhamento; evitar a desidratação resultante da perda de líquidos devido aos vômitos frequentes.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Fornecer orientações sobre a importância de evitar o estímulo, seja ele visual ou de movimento; realizar exposições curtas e repetidas ao estímulo até que a paciente se acostume com o movimento; garantir um boa noite de sono antes da viagem; manter-se hidratado antes e durante a viagem; realizar refeições leves.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Orientou sobre evitar odores fortes e desagradáveis; evitar o movimento em atividades que exijam atenção (como ler ou mexer no celular); dirigir mais lentamente e de maneira mais suave possível; manter-se firme no veículo e evitar mexer a cabeça; sentar-se no banco da frente e fixar os olhos no horizonte ou mantê-los fechados; pressionar o ponto de acupuntura P6 ou Neiguan, localizado na região anterior do pulso, três dedos acima do punho; realizar controle da respiração e relaxamento pode ajudar a reduzir a ansiedade associada à cinetose.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de Zingiber officinale (Gengimin®).
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Com base no grau de recomendação, nível de evidência e possíveis alertas e ser isento de prescrição, a prescrição mais aconselhada seria o Zingiber officinale (Gengimin®). Apesar de contar um nível de evidência baixo, o grau de recomendação é forte, conforme os critérios do sistema GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de uma cinetose, o Zingiber officinale (Gengimin®) é um fitoterapico com propriedades antieméticas e isento de prescrição, no qual estudos sugerem que pode ser uma opção eficaz e segura para aliviar a cinetose. A opção é segura porque a paciente não apresenta cálculos biliares, irritação gástrica, desordens na coagulação, diabetes ou hipertensão arterial. Também é seguro na gravidez e lactação.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Explicou que deve tomar 1 comprimido a cada 8 a 12 horas, se necessário, respeitando a dose máxima de 3 comprimidos/dia. Orientou a paciente tomar o comprimido pelo menos 30 minutos antes da viagem; que a administração pode causar diminuição dos níveis de glicose; e que os comprimidos devem ser ingeridos por inteiros e com quantidade suficiente de água para que possam ser deglutidos.

12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foi observado sinais de desidratação; suspeita de intoxicação que não apresentou melhoras ou suspeita de reação adversa a medicamentos; presença de úlcera ou sangramento severo; presença de melena; grupos de risco; sintomas associados, como presença de febre e/ou diarreia, ferimentos na cabeça, torcicolo com ou sem cefaleia e fotossensibilidade; dor abdominal ou sensibilidade quando o abdômen é tocado.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonиторamento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Como a paciente está viajando, recomendou-se o automonиторamento para evitar sinais de desidratação e investigar se há o aparecimento de outros possíveis sintomas; se automonиторar quanto a possíveis efeitos adversos ao Zingiber officinale (Gengimin®) ou piora dos sintomas, suspender o uso e procurar atendimento médico.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que a paciente compartilhe informações sobre a condição, uso de termos simples e comuns de fácil compreensão pela paciente, explicando o que era a cinetose. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições da paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a privacidade da paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que a paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

DIARREIA	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e cumprimentou tanto o paciente de forma amigável e respeitosa, criando um ambiente acolhedor. Perguntou o nome do paciente, explicou sobre o serviço e quais procedimentos seriam realizados. Convidou o paciente para o consultório farmacêutico (se necessário).
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analisou os sinais e sintomas de uma diarreia aguda, com início repentino, etiologia presumivelmente infecciosa, potencialmente autolimitada, com duração menor que 14 dias, aumento no volume e/ou frequência de evacuações com consequente aumento das perdas de água e eletrólitos. Além disso, buscou identificar gatilhos que poderiam desencadear o quadro, bem como os sinais mais graves que poderiam demandar encaminhamento.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de	Realizou a anamnese com perguntas-chave, como a idade; se o paciente está pálido ou com sinais de

perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	desidratação; se houve mudança na dieta recentemente; se está sentindo dor; se teve febre, vômito ou outros sintomas associados; se perdeu peso; perguntou o aspecto, consistência e frequência das fezes; se houve presença de muco ou sangue; se possui fissuras anais ou hemorroidas; se viajou recentemente; perguntou o início e a duração dos sintomas, se houve intervalo ou é ininterrupta; se teve episódios anteriores; se já foi feito uso de algum medicamento e se foi efetivo; se utilizou algum antibiótico recentemente; se observou melhora ou piora dos sintomas com a ingestão de algum alimento ou medicamento; se o paciente apresenta outras condições de saúde e se faz uso regular de algum medicamento; se tem alergia ou intolerância a algum alimento; se há algum parente ou conhecido com os mesmos sintomas; se suspeita de algum gatilho específico.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Observou o estado geral do paciente e se apresentava sinais de desidratação ou desnutrição juntamente com a análise da aparência geral do paciente (olhos, pele), pulso, turgor cutâneo, membranas, mucosas (secas ou não) e tempo de enchimento capilar (sinal da prega); aferiu a temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e o peso do paciente.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicou que o objetivo era apoiar o paciente no desconforto e redução dos sintomas associados a diarreia aguda, focando principalmente na prevenção da desidratação; orientar medidas de prevenção de infecções e cuidados não farmacológicos para o manejo da diarreia; reduzir a duração e gravidade da diarreia por meio de suporte farmacológico, se necessário; identificar sinais de alerta típicos como desidratação e encaminhar para outros profissionais da saúde, se necessário.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Forneceu orientações ao paciente acerca de educação em saúde, abordando as diversas formas de transmissão; lavar as mãos após ir ao banheiro, antes e depois de preparar algum alimento, e antes de comer; garantir a disponibilidade de água potável; descartar adequado de resíduos humanos; manuseio e processamento seguro de alimentos; uso de saneamento adequado; vacina contra o rotavírus.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Indicou ao paciente sais de reidratação oral para prevenir e corrigir quadros de desidratação (citrato de potássio + cloreto de sódio + citrato de sódio + glicose OU citrato de potássio + cloreto de sódio + citrato de sódio + glicose + gliconato de zinco); recomendou líquidos caseiros (água de arroz, chás, sucos e sopas); dieta apropriada, evitando interrupções na administração de alimentos superiores a quatro horas; evitar alimentos gordurosos, ricos em açúcares e picantes; evitar bebidas que contêm cafeína, bebidas alcóolicas, refrigerantes e água com gás; indicou amidos e cereais ferveridos (batata, macarrão, arroz e trigo); indicou biscoitos, bananas, sopa e vegetais cozidos.

8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de probióticos Bacillus cereus OU L. acidophilus + L. rhamnosus + L. paracasei + B. lactis OU Saccharomyces boulardii.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Com base no grau de recomendação, nível de evidência e possíveis alertas, a prescrição mais aconselhada seria o Bacillus cereus OU L. acidophilus + L. rhamnosus + L. paracasei + B. lactis OU Saccharomyces boulardii., pois conta com moderado nível de evidência e recomendação forte, conforme os critérios do sistema GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de um quadro de diarreia que começou há três dias e não aparenta sinais de desidratação, o Saccharomyces boulardii está relacionado a redução do episódio diarreico, melhora o quadro e redução de complicações em muitos estudos. Os probióticos são microrganismos administrados para restabelecer a microbiota intestinal, restaurando a função intestinal normal e suprimindo o crescimento de microrganismos patogênicos.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Explicou que deve tomar 1 flaconete do Bacillus cereus a cada 4 horas por dia OU 1 a 2 sachês de L. acidophilus + L. rhamnosus + L. paracasei + B. lactis por dia, no qual o sachê deve ser consumido assim que aberto, devendo usar preferencialmente a noite quando não for mais se alimentar OU 1 sachê de 200 mg de Saccharomyces boulardii diluído em água ou alimentos semissólidos uma vez ao dia ou 1 comprimido de 100 mg a cada 12 horas, alertando sobre não misturar com bebidas ou alimentos carbonatos, devendo usar em jejum ou pelo menos meia hora antes das refeições.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foi observado presença de sangue ou muco nas fezes; diarreia persistente por um período ≥ 14 dias; sinais de desidratação grave (sede, diminuição na frequência urinária, inquietação e olhos ou bocas secas, taquicardia, hipotensão ortostática, letargia); potencial surto infeccioso; sintomas associados que sugerem doença grave (febre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, desidratação grave, perda de peso e/ou vômitos intensos).
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Recomendou-se ao paciente que acompanhasse a evolução dos sintomas e observar se houve melhora da diarreia e dos sintomas relacionados, bem como se houve aparecimento de sinais de desidratação. O paciente deve ser monitorado para verificar a desidratação medindo o peso corporal, os sinais vitais e o estado de alerta mental. Pediu que ao que paciente retornasse entre 24 a 48 horas a fim de acompanhar a evolução e necessidade de um novo tratamento ou encaminhamento. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre a condição, uso de termos simples e comuns de fácil compreensão. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.

15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.
--	--

CONSTIPAÇÃO	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e cumprimentou a paciente de forma amigável e respeitosa, criando um ambiente acolhedor. Perguntou o nome da paciente, explicou sobre o serviço e quais procedimentos seriam realizados. Convidou a paciente para o consultório farmacêutico (se necessário) ou foi para algum lugar mais reservado.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analisou os sinais e sintomas de uma defecação insatisfatória, com evacuações pouco frequentes, e esforço excessivo. Além disso, identificou os gatilhos que poderiam desencadear o quadro, bem como sinais mais graves que poderiam demandar encaminhamento. Em caso de conformidade de constipação primária, explicou a paciente do que se trata e mostrou/falou sobre a Escala de Bristol.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas-chave, como idade e se a paciente está grávida; se houve mudança na dieta; se há consumo de fibras e a quantidade de água que ingere; se pratica atividade física; pergunta sobre o aspecto, consistência das fezes e frequência de evacuações; se está sentindo dor; se incomoda de forma leve, moderada ou grave; se apresenta sangue, hemorroidas ou fissura anal; se há evacuação incompleta e se precisa realizar alguma manobra que possibilite uma evacuação mais facilitada; quanto tempo gasta no banheiro; se observa piora ou melhora dos sintomas com a ingestão de algum alimento ou bebida; se houve episódios anteriores, se há intervalo ou é ininterrupta; quando foi a última evacuação; se já foi feito uso de algum medicamento e se tem sido efetivo; se fez uso de laxantes/purgantes; se o paciente apresenta outras condições de saúde; se faz uso regular de algum medicamento; se tem intolerância ou alergia a algum alimento ou medicamento; se possui histórico familiar de algum transtorno gastrointestinal; se está passando por um momento de estresse ou dificuldade emocional; se suspeita de algum gatilho específico.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Observou o estado geral da paciente e se apresentava sinais de desidratação ou desnutrição; aferiu o peso da paciente; mediu a pressão arterial, frequência cardíaca

	e a temperatura corporal. O restante da avaliação dos sinais vitais é opcional.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metapas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicou que o objetivo era apoiar a paciente na identificação das causas e manejo precoce para evitar complicações; promover o alívio dos sintomas de constipação e o restabelecimento do fluxo normal do intestino por meio de mudança no estilo de vida com ingestão adequada de fibras e água, bem como atividade física; revisar os medicamentos em uso; identificar se há causas subjacentes a constipação primária e encaminhar para o médico, se necessário.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Orientou a paciente sobre hábitos alimentares mais saudáveis, como incluir frutas e legumes na dieta; evitar alimentos industrializados e priorizar alimentos frescos e cozidos; tomar café da manhã; evitar pular refeições; beber água suficiente ao longo do dia; limitar o consumo de álcool; realizar atividade física; evitar adiar a ida ao banheiro.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Orientou a paciente a incluir alimentos ricos em fibra na alimentação; dieta rica em ameixas secas e outras frutas ricas em pectina; aumentar o consumo de água; evitar alimentos constipantes; diminuir o consumo de carne vermelha, alimentos fritos ou gordurosos, leite e queijo; treinamento do uso do vaso e rotina de defecação.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de laxantes formadores de volume fecal, como policarbofila cálcica OU Plantago ovata; ou prescrição de laxantes osmóticos, como glicerina OU lactulose.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Com base no grau de recomendação, nível de evidência e possíveis alertas, a prescrição mais aconselhada seria o Plantago ovata, pois conta com alto nível evidência e recomendação forte, conforme os critérios do sistema GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Considerando que a paciente não incorpora hábitos alimentares ricos em fibras, mantém uma rotina alimentar variada e não se envolve em atividades físicas, o tratamento pode ser iniciado para prevenção a longo prazo. As opções terapêuticas mais apropriadas, devido à sua relação risco-benefício favorável, são a policarbofila cálcica e o plantago ovata. Essas substâncias mimetizam a função fisiológica de evacuação, aumentando o volume das fezes e estimulando o movimento intestinal.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Explicou que os laxantes formadores de volume fecal podem demorar até 3 dias para fazer efeito; orientou a tomar 1 a 2 comprimidos de policarbofila a cada 12 horas; recomendou não usar a policarbofila por mais de 7 dias; recomendou tomar cada dose de policarbofila com 200 mL de água, durante ou após as refeições; orientou a tomar 1 envelope de plantago ovata em 240 mL de água, podendo aumentar gradualmente até 3 doses diárias; recomendou tomar um copo de água fria após a ingestão de plantago ovata para obter um melhor efeito. Explicou que os antiácidos podem induzir a constipação, tais como compostos de alumínio, bismuto e cálcio. Alertou sobre o uso excessivo de certos laxantes e que pode causar efeito rebote.

12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foi observado possibilidade de impactação fecal; constipação persistente por mais de duas semanas; dor abdominal severa; grupos de risco, como crianças, gestantes, idosos, constipação alternada com diarreia; perda de peso involuntária; sangue vivo nas fezes ou fezes escuras.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonиторamento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Recomendou-se a paciente que acompanhasse a evolução dos sintomas e observar se os episódios de constipação poderiam levar a fissuras anais, hemorroidas ou impactação fecal. Pediu que a paciente retornasse após 14 dias a fim de acompanhar a evolução e necessidade de um novo tratamento ou encaminhamento. Explicou que a paciente pode entrar em contato fornecendo feedbacks ou se apresentasse algum tipo de reação adversa. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que a paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns de fácil compreensão pela paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições da paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a privacidade da paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção a paciente, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que a paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

ACNE VULGAR	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e realizou um cumprimento amigável para criar um ambiente acolhedor, perguntou seu nome, explicou sobre o serviço e o convidou ao consultório farmacêutico (se necessário).
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analizou os sinais e sintomas apresentados e em caso de conformidade de acne vulgar de grau I com cravos e processo inflamatório sem secreção purulenta, explicou ao paciente do que se trata.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas chaves (baseado no INDICO) como: Idade da paciente, características da lesão, se tem hábito de espremer

	ou extrair, quando surgiram as primeiras lesões, se utilizou medicamentos ou cosméticos, se está grávida ou lactante.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Realizou inspeção visual, avaliou as características da pele do paciente (oleosa/seca/mista) e as características da acne/comedão (presença ou não de secreção purulenta), neste caso a avaliação dos sinais vitais é opcional.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicou que pretende tratar a acne diminuindo a oleosidade, a inflamação e se possível encaminhando para realizar a extração manual de comedões com profissional capacitado.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Orientou o paciente a evitar espremer os cravos e acne sem limpeza adequada das mãos e rosto e sem auxílio de equipamentos específicos, evitar exposição ao sol e alimentos de alto teor glicêmico.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Orientou sobre a utilização de fotoprotetores, uso de cosméticos não-comedogênicos, realizar a higienização e limpeza com produtos próprios para face e de acordo com o tipo de pele para retirar o excesso de sebo produzido e evitar alimentos de alto teor glicêmico.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de ácido azeláico em creme ou gel, na concentração 15% ou 20%. Ou prescrição de ácido salicílico em soluções de limpeza (cremes, géis ou sabonete) 0,5% a 2%. Ou prescrição de peróxido de benzoíla em gel 2,5%.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Baseado no grau de recomendação e nível de evidência, a opção de prescrição do ácido azeláico ou peróxido de benzoíla seriam os mais recomendados visto suas evidências moderada/alta e recomendação forte segundo o GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de acne vulgar de grau I ou leve, a paciente poderia utilizar o ácido azeláico ou peróxido de benzoíla e seguir as medidas não-farmacológicas como escolha de um tratamento seguro e efetivo.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Informar que a lavagem de mãos deve ser realizada antes da aplicação do produto de uso tópico (ácido azeláico), a seguir, aplicando uma película fina duas vezes ao dia (manhã e noite) durante 12 semanas. Se utilizar o gel de peróxido de benzoíla, aplicaria 1x a noite antes de dormir. Recomendou que evite exposição ao sol e utilize fotoprotetores, além disso, em caso de lavagem do rosto, evitar o uso de limpadores alcoólicos.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foram observadas características de acne grau 2 ou 3, com secreção purulenta ou com cicatrizes evidentes, com questões específicas que indicariam sinal de alerta para realizar o encaminhamento.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Pediu o paciente retornasse após 12 semanas para avaliar o tratamento, explicou que o paciente pode entrar em contato fornecendo feedbacks ou se apresentasse alguma reação alérgica. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso

14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns como espinhas, cravos pretos, inflamação, etc. de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

DERMATOMICOSE	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e realizou um cumprimento amigável para criar um ambiente acolhedor, perguntou seu nome, explicou sobre o serviço e o convidou ao consultório farmacêutico (se necessário).
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analisou os sinais e sintomas apresentados e explicou ao paciente que se trata de onicomicose (infecção fúngica na unha)
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas chaves (baseado no INDICO) como a idade do paciente, principais sintomas, tempo de duração, presença de doenças crônicas, condições de saúde e hábitos diários.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Realizou inspeção visual, avaliou as características das unhas, coloração apresentada e presença de manchas utilizando luvas descartáveis, como a paciente é pré-diabética realizou também uma verificação da glicemia.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicou que pretende realizar o tratamento com a utilização de antifúngicos, promovendo a cura das unhas afetadas e prevenindo recorrências, assim melhorando a saúde e aparência das unhas.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Enfatizou a importância da higiene pessoal rigorosa e do tratamento adequado, enfatizando que esse pode ser demorado e a adesão rigorosa às orientações é fundamental para o sucesso terapêutico.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Recomendou a higiene constante das unhas, corte adequado, evitar decorações, calçados que proporcionem ventilação aos pés, evitar compartilhamento de meias e calçados e sempre desinfetá-los, certificar-se que os utensílios de pedicure estão sempre esterilizados, evitar ambientes úmidos e controlar a glicemia com a alimentação.

8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de solução de Terbinafina 1%, creme ou em comprimidos (250mg).
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Baseado no grau de recomendação e nível de evidência, a opção de prescrição do comprimido, creme ou solução de terbinafina seria a mais recomendada avaliando qual a forma farmacêutica que terá maior adesão pelo paciente.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de onicomicose, o paciente poderia utilizar a solução de terbinafina 1% e seguir as medidas não-farmacológicas como escolha de um tratamento seguro e efetivo.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Orientou sobre o uso correto do comprimido de terbinafina 250mg (1x ao dia por 12 a 16 semanas). Se prescrito a solução ou creme a 1%, aplicar 1 a 2 vezes por dia por 1 a 2 semanas.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Avaliou que se tratava de um paciente pré-diabético, que pode apresentar disfunções circulatórias nos pés, que ao apresentarem feridas, seriam mais difíceis de cicatrizar, por se tratar de uma infecção dermatofítica, faz-se necessário o acompanhamento conjunto a um médico dermatologista.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Explicou que o paciente poderia entrar em contato fornecendo feedbacks ou retornasse se houvesse reinfecção ou recorrência, visto o grau de dificuldade no tratamento completo do problema. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns fungo na unha, ou infecção de unhas, que são de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

PEDICULOSE	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e realizou um cumprimento amigável para criar um ambiente acolhedor, perguntou seu nome, explicou sobre o serviço e o convidou ao consultório farmacêutico (se necessário).
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso

2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analisou os sinais e sintomas apresentados e explicou ao paciente que se trata de irritação no couro cabeludo causada por piolhos (pediculose).
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas chaves (baseado no INDICO) como motivo da consulta, duração dos sintomas, histórico médico, uso de medicamentos, detalhes sobre os sintomas, alergias e ações prévias tomadas.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Realizou inspeção visual, avaliou o couro cabeludo utilizando luvas descartáveis, realizou a passagem do pente fino para confirmar a presença de piolhos, neste caso a avaliação dos sinais vitais é opcional.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metapas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicou que pretende tratar a pediculose (piolho) com métodos mecânicos para remoção e utilização de xampu específico e assim diminuir o prurido no couro cabeludo.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Enfatizou a importância da higiene pessoal rigorosa evitando o compartilhamento de objetos pessoais e a comunicação na escola, visto que outros amigos apresentam sintomas parecidos. Orientou sobre o não uso de intervenções alternativas como raspagem da cabeça.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Recomendou o isolamento do paciente até 24h após o tratamento para prevenir a propagação das condições, além disso recomendou a catação manual e uso de pente-fino.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de xampu de permetrina 1%.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Baseado no grau de recomendação e nível de evidência, a opção de prescrição do xampu de permetrina seria a mais recomendada.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de pediculose, o paciente poderia utilizar o xampu de permetrina e seguir as medidas não-farmacológicas como escolha de um tratamento seguro e efetivo.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Orientou sobre o uso correto do xampu de permetrina, que seria deixar agir no couro cabeludo por 10 minutos durante o banho para ser eficaz e posteriormente realizar o enxágue. A repetição do tratamento pode ser feita após uma ou duas semanas dependendo do nível de infestação.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foram observadas características específicas que indicariam sinal de alerta para realizar o encaminhamento.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Explicou que o paciente pode entrar em contato fornecendo feedbacks ou se apresentasse alguma reação alérgica. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns como piolhos e lêndeas que são de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.

15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.
--	--

QUEIMADURA	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e realizou um cumprimento amigável para criar um ambiente acolhedor, perguntou seu nome, explicou sobre o serviço e o convidou ao consultório farmacêutico (se necessário).
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analisou os sinais e sintomas apresentados e explicou ao paciente que se trata de queimadura leve/superficial devido o contato com água aquecida (morna).
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas chaves (baseado no INDICO) como características da queimadura, o tempo em que ocorreu a lesão, qual a fonte de calor (agente causal), possíveis complicações da lesão, histórico de comorbidades e medicações em uso.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Realizou inspeção visual, avaliou as características da queimadura, realizou o exame de glicemia já que a paciente em questão é diabética.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metap terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Realizou o tratamento de uma queimadura superficial e fez orientações de prevenção de futuros acidentes domésticos. Além de indicações de medidas farmacológicas e não-farmacológicas.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Enfatizou sobre o cuidado no manuseio de produtos com temperaturas elevadas (quentes ou mornas), interrompeu o uso de creme dental ou qualquer outro tipo de produto com finalidade diferente da indicada para tratar queimaduras.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Recomendou a utilização de fotoprotetor com reaplicação periódica na área afetada, evitar a exposição a fontes de calor excessivo (fogão), além da limpeza da lesão com sabão neutro e água fria e os cuidados necessários como a hidratação após a pele começar a descamar.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de solução de clorexidina 1% ou iodopovidona 1%
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Baseado no grau de recomendação e nível de evidência, a opção de prescrição de clorexidina 1% ou iodopovidona 1% possui recomendação forte e evidência moderada para esse tipo de problema.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de queimadura superficial, recomenda-se a utilização da solução de clorexidina 1% ou

	iodopovidona 1% e seguir as medidas não-farmacológicas como escolha de um tratamento seguro e efetivo.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Primeiramente orientou a limpeza das mãos antes e depois da aplicação do medicamento, orientou sobre o uso correto da solução de clorexidina ou iodopovidona 1%, aplicando topicamente sob as lesões 3 a 4x ao dia como primeiros socorros ou até as lesões estarem cicatrizadas. Se a solução for em spray, orientou antes da primeira utilização acionar a válvula três vezes para que haja saída do produto.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Importante encaminhar ao médico que cuida do Diabetes e ou monitorar a glicemia capilar em outros horários (orientar o paciente para monitoramento remoto ou realizar na farmácia).
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Explicou que por se tratar de um caso de paciente com diabetes confirmada, devia monitorar a possibilidade de lesões não cicatrizadas.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns que são de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, o tempo dos tratamentos e os efeitos esperados de descamação.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

LARINGITE	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	O acolhimento deve ser iniciado com um cumprimento e a apresentação do farmacêutico ao paciente, perguntar o nome do paciente, explicar sobre o serviço.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analisar os sinais e sintomas apresentados e em caso de conformidade de laringite, explicou ao paciente do que se trata.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizar a anamnese com perguntas chaves (baseado no INDICO) como: Idade da paciente, qual a profissão, qual a localização da dor, apresentou febre ou tosse, relatou disfagia, se está grávida ou lactante, iniciou algum tratamento, apresenta outras condições de saúde, sofre de hipertensão, rinosinusite,

	distúrbios oftalmológicos ou do ouvido, intolerância a determinados alimentos, alteração hormonal significativa, Existe história atual ou prévia de câncer ou imunossupressão (neuroinfecção), histórico de tabagismo.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Realizar inspeção visual, avaliou os sinais vitais para constatar ou não alterações (temperatura corporal, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio), visto a normalidade destes parâmetros, não precisando de encaminhamento.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metapas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicar que o objetivo é promover o alívio dos sintomas de dor na garganta, dificuldade para engolir, tosse, febre e rouquidão e revisar os medicamentos em uso.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Orientar que a laringite infecciosa aguda geralmente se trata de uma enfermidade autolimitada. Se manter repouso vocal e uma boa hidratação, em poucos dias a voz voltará para a sua normalidade. Quando se faz um uso extenso e contínuo da voz, isso faz com que se tenha uma lesão nas pregas vocais verdadeiras. Podendo assim resultar em disфонia de tensão muscular, que seria o caso da paciente já que sua profissão exige muito da sua voz.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Recomendar fazer o repouso da voz, fazer uma boa hidratação, o paciente deve fazer inalação de vapor aquecido com o objetivo de aliviar o desconforto e diminuir a inflamação da laringe; uma fonação do suspiro suave além de que deve ser evitado o sussurro, para que não se tenha prejuízos maiores a sua saúde, além de evitar uso de tabaco, locais fechados e redução de bebidas que possuem cafeína.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de dipirona, paracetamol e ibuprofeno.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Baseado no grau de recomendação e nível de evidência, as opções de prescrição da dipirona, paracetamol e ibuprofeno seriam recomendados visto evidências altas e recomendações fortes segundo o GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de laringite, a paciente poderia utilizar dipirona, paracetamol e ibuprofeno e seguir as medidas não farmacológicas como escolha de um tratamento seguro e efetivo
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Informar a posologia dos medicamentos indicados DIPIRONA: solução oral 500 mg/mL frasco 10 mL, tomar a quantidade de gotas de acordo com o peso de 6 em 6 horas. PARACETAMOL: comprimido 500 mg ou solução oral 200 mg/mL frasco 15 ml. 1 gota/kg/dose a cada 6 a 4 horas. IBUPROFENO: 400mg a 800 mg de 6em 6 horas.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foi observado comprometimento das vias aéreas, suspeita subjacente grave, rouquidão fora do curso normal que indicariam sinal de alerta para realizar o encaminhamento.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Pedir para que o paciente retorne após 1 semana para avaliar o tratamento, explicou que o paciente pode entrar em contato fornecendo feedbacks ou se apresentasse alguma reação alérgica. Registrou todo o processo e documentou.

Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usar uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns, de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhar a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitar a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentar tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

RESFRIADO	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e realizou um cumprimento amigável para criar um ambiente acolhedor, perguntou seu nome, explicou sobre o serviço.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analisar os sinais e sintomas apresentados e em caso de conformidade de resfriado, sem sinais de alerta e explicar ao paciente do que se trata.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizar a anamnese com perguntas chaves (baseado no INDICO) como: Idade da paciente, se tem asma, DPOC, tabagismo, se possui alguma doença crônica ou é imunodeficiente, se utilizou medicamentos durante o episódio, se está grávida ou lactante.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Realizar inspeção visual, avaliou os sinais vitais para constatar ou não alterações (temperatura corporal, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio), visto a normalidade destes parâmetros, não precisando de encaminhamento.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicar que pretende tratar os sintomas causados pelo resfriado e fazer o monitoramento do quadro.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Orientar sobre uso contínuo e demorado do neosoro pode ser altamente prejudicial à saúde. Isso porque é possível que o paciente desenvolva vício em descongestionantes nasais, expondo o organismo a quantidades excessivas da substância e correndo o risco de sofrer complicações. Hábitos gerais de higiene são recomendados para limitar a disseminação, como lavar as mãos com frequência e evitar tocar a boca, o nariz e os olhos.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Orientar sobre importância da ingestão de fluidos, as medidas de prevenção e fazer irrigação nasal.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	Espera-se a prescrição de Paracetamol, Oximetazolina e Cloreto de sódio para irrigação nasal.

9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Baseado no grau de recomendação e nível de evidência, a opção de prescrição do paracetamol, da oximetazolina e do cloreto de sódio seriam as mais recomendadas visto suas evidências moderada e recomendação forte segundo o GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de um resfriado, a paciente poderia utilizar o paracetamol, a oximetazolina e o cloreto de sódio e seguir as medidas não farmacológicas como escolha de um tratamento seguro e efetivo.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Espera-se que o farmacêutico indique a posologia correta: Paracetamol: 1 a 2 comprimidos de 500mg ou 1 comprimido de 750mg. Se necessário, repetir a cada 4 a 6 horas. Dose máxima: 4000mg/dia (8 comprimidos de 500mg). Cloreto de sódio: uma a duas aplicações nasais, várias vezes ao dia, principalmente à noite, ao deitar-se, até o desaparecimento dos sintomas. Oximetazolina: Duas ou três atomizações em cada narina, de 12 em 12 horas por até 3 dias.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foi observado febre persistente, desconforto contínuo, altas temperaturas, alterações de pele, respiratórias ou neurológicas, gravidez, comorbidades ou sinais e sintomas confusos, que indicariam sinal de alerta para realizar o encaminhamento.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonиторamento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Pediu o paciente retornasse após 1 semana para avaliar o tratamento, explicou que o paciente pode entrar em contato fornecendo feedbacks ou se apresentasse alguma reação alérgica. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns, de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhar a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitar a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentar tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

COVID-1G	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	O acolhimento deve ser iniciado com um cumprimento e a apresentação do farmacêutico ao paciente, perguntar o nome do paciente, explicar sobre o serviço e o convidar ao consultório farmacêutico (se necessário).
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analizou os sinais e sintomas apresentados e em caso de conformidade de COVID-19, explicou ao paciente do que se trata.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas chaves (baseado no INDICO) como: - Natureza dos sinais e sintomas: O paciente apresenta febre, tosse e dificuldade para respirar? Espirros ou Congestão? Cefaleia ou dor muscular? Teve contato com pessoas confirmadas para Covid-19? - Duração: Quando iniciou os sintomas? Há quanto tempo teve contato com alguém que testou positivo? E com algum caso suspeito? - Iniciou algum tratamento? Já fez uso de algum medicamento? Já utilizou algum medicamento como prevenção para a Covid-19? E para febre ou dor? - Comorbidades: Checar se o paciente possui miocardiopatias, hipertensão arterial, pneumopatias, obesidade, imunodepressão, doenças renais crônicas, diabetes mellitus, doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica, neoplasia maligna ou gestação de alto risco.
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Espera-se que faça a avaliação dos sinais vitais: temperatura corporal, saturação de oxigênio, pressão arterial, batimentos cardíacos e se há presença de dor. Oferecer o exame de COVID-19, explicando como ele funciona.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metap terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Por se tratar do vírus SARS-Cov-2 espera-se que seja realizado o rastreamento da infecção por meio da realização de testes rápidos disponíveis na farmácia. Espera-se também que indique os medicamentos corretos para tratar os sintomas causados pelo vírus, assim como medidas não farmacológicas.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Orientar o paciente sobre medidas de prevenção e autocuidado efetivas com foco no processo de vacinação; Indicação correta da intervenção farmacológica e orientar o indivíduo, sua família e a comunidade onde vive sobre o uso desnecessário de medicamentos “preventivos” e a automedicação desassistida.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Espera-se que haja explicação sobre as medidas preventivas: Realizar higienização das mãos com água e sabão ou álcool em gel com frequência; Não compartilhar objetos de uso pessoal (talheres, pratos, copos ou garrafas); Manter os ambientes ventilados; Limpeza de superfícies com detergente neutro e soluções desinfetantes; Evitar contato com pessoas que apresentem sinais ou sintomas da doença; Ao sair de casa, utilizar máscara que esteja bem ajustada,

	cubra totalmente a boca e o nariz. Realizar distanciamento social.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	Espera-se que indique Paracetamol como medicamento de primeira escolha, para tratar febre e cefaleia causada por COVID-19 OU dipirona.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Baseado no grau de recomendação e nível de evidência, a opção de prescrição do paracetamol OU dipirona seriam a mais recomendada visto sua evidência moderada e recomendação forte segundo o GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de COVID-19, o paciente poderia utilizar o paracetamol OU dipirona para tratar os sintomas e seguir as medidas não farmacológicas como escolha de um tratamento seguro e efetivo.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Espera-se que o farmacêutico indique a posologia correta: Paracetamol: 1 a 2 comprimidos de 500mg ou 1 comprimido de 750mg. Se necessário, repetir a cada 4 a 6 horas. Dose máxima: 4000mg/dia (8 comprimidos de 500mg). Dipirona: 1 a 2 comprimidos. Se necessário, repetir a cada 6 horas. Dose máxima: 4g (8 comprimidos 500mg ou 4 comprimidos 1g)
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Como não foi observado nenhum sinal de alerta no paciente: falta de ar em repouso, níveis baixos de saturação de oxigênio, tosse com sangue, rosto ou lábios azuis, sensação de frio com pele pálida ou manchada, colapso ou desmaio (síncope), confusão mental e/ou redução da produção de urina, não teve necessidade de encaminhamento.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Pediu o paciente retornasse no sétimo e no décimo dia após o início da manifestação para avaliar o tratamento, explicou que o paciente pode entrar em contato fornecendo feedbacks ou se apresentasse algum dos sinais de alerta ou piora do quadro. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usou uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns, de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhou a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitou a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentou tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

RINITE	
Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	O acolhimento deve ser iniciado com um cumprimento e a apresentação do farmacêutico ao paciente, perguntar o nome do paciente, explicar sobre o serviço.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analizou os sinais e sintomas apresentados e em caso de conformidade de rinite alérgica, explicou ao paciente do que se trata.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas chaves (baseado no INDICO) como: Idade da paciente, apresenta alguma dificuldade para falar, andar ou dormir? O paciente apresenta tosse, prurido nasal, bloqueio e pressão facial? Tem Febre? Dor é leve ou moderada? Apresenta secreção purulenta? Chiado no peito? Foi exposto a algum alérgeno? Sabe identificar os gatilhos para a crise? Quando iniciou os sintomas? É recorrente? Já apresentou esses sintomas alguma vez? Já fez uso de algum medicamento? Qual foi o medicamento utilizado? Melhorou? Fez uso de dispositivos descongestionantes? Os sintomas persistiram? O paciente apresenta outras condições de saúde? Tem asma? Bronquite? DPOC? Possui alergias? Suspeita de algum gatilho específico para início do quadro e recorrência?
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Realizar inspeção visual, avaliou os sinais vitais para constatar ou não alterações (temperatura corporal, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio), visto a normalidade destes parâmetros, não precisando de encaminhamento.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicou que pretende tratar a rinite alérgica diminuindo os sintomas e orientando sobre a prevenção da exposição a alérgenos.
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Orientou o paciente a aderir o tratamento indicado pelo médico anteriormente, explicando como se usa o medicamento prescrito. Evitar a exposição a alérgenos, umidificar o ambiente, manter o local de dormir bem ventilado, deixar a luz solar adentrar o ambiente, evitar contato com produtos irritantes, realizar exercício físico a fim de favorecer a vasoconstrição, manter dieta equilibrada, aumentar o consumo de líquidos e realizar lavagens nasais.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Orientou sobre terapias nasais, acupuntura, irrigação salina, homeopatia e evitar alérgenos.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição de um anti-histamínico sistêmico e um anti-histamínico tópico (solução spray).
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Baseado no grau de recomendação e nível de evidência, a opção de prescrição da loratadina e azelastina seria a mais recomendada visto sua evidência moderada e recomendação forte segundo o GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de rinite alérgica, o paciente poderia utilizar a loratadina e azelastina e seguir as medidas não farmacológicas como escolha de um tratamento seguro e efetivo.

11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Informar que a lavagem das narinas deve ser realizada antes da aplicação do produto de spray nasal, a azelastina solução spray 1 mg/mL terá 1 aplicação em cada narina 2 vezes ao dia e a loratadina: 1 comprimido de 10 mg ao dia
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foi observado características de obstrução unilateral, muco espesso verde ou amarelo, perda de olfato consistente, rinorréia posterior, obstrução nasal, sangramento nasal, sintomas de asma não diagnosticada ou dor de ouvido (otite), com questões específicas que indicariam sinal de alerta para realizar o encaminhamento.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonitoramento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Pedi para que o paciente retornasse após 1 semana para avaliar o tratamento, explicou que o paciente pode entrar em contato fornecendo feedbacks ou se apresentasse alguma reação alérgica. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso
14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?	Usar uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns, de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.
15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?	Trabalhar a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitar a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentar tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.

TOSSE AGUDA

Etapa Prévia: Acolhimento	O que era esperado do caso
1. Cumprimentou o paciente, se apresentou e explicou o serviço de forma adequada?	Farmacêutico se apresentou e realizou um cumprimento amigável para criar um ambiente acolhedor, perguntou seu nome, explicou sobre o serviço.
Etapa 1: Avaliação	O que era esperado do caso
2. Definiu ou confirmou claramente o problema de saúde autolimitado ou a queixa principal do paciente?	Analizou os sinais e sintomas apresentados e em caso de tosse aguda, explicou ao paciente do que se trata.
3. Realizou a anamnese farmacêutica corretamente, utilizando-se de técnicas (como a INDICO*) ou de perguntas essenciais para avaliação do quadro clínico?	Realizou a anamnese com perguntas chaves (baseado no INDICO) como: Idade da paciente, Tosse seca ou produtiva? Apresenta algum sinal de alerta (febre, falta de ar, dor no peito, azia, vômito e/ou cefaleia)? Sangramento? Sibilância ou chiado no peito? Desde quando o sintoma está presente? Já teve outros episódios de tosse (tosse recorrente)? Se sim, por quanto tempo durou o sintoma? Tosse noturna? Fez uso de terapia farmacológica? Por quanto tempo

	utilizou? Modo de uso da terapia? Eficaz ou não? Asma? Bronquite crônica? DPOC? Alergias? Hipertenso em uso de iECA? Gravidez? Lactação? Fumante? Cirurgia ou internação anterior? Faz uso de medicamentos? Quais? Para quais comorbidades? Alergias a medicamentos?
4. Aferiu os sinais vitais do paciente ou realizou outros exames físicos/laboratoriais de forma adequada (caso se aplique)?	Realizar inspeção visual, avaliou os sinais vitais para constatar ou não alterações (temperatura corporal, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio), visto a normalidade destes parâmetros, não precisando de encaminhamento.
Etapa 2: Plano de Cuidado	O que era esperado do caso
5. Definiu claramente os objetivos/metapas terapêuticas para o manejo do problema de saúde?	Explicar que pretende tratar a tosse aguda com xarope para reduzir o desconforto associado às crises de tosse e orientar o paciente para medidas não farmacológicas que podem ser empregadas
6. Orientou sobre medidas de prevenção de novos episódios do quadro atual e ações de promoção da saúde?	Orientar a paciente a seguir os cuidados de etiqueta respiratória e a higienização das mãos constantemente. Após o uso de lenço, descartá-lo imediatamente e higienizar as mãos com água e sabão. Caso não haja água e sabão disponíveis, utilizar álcool em gel e evitar tocar os olhos, nariz e boca. E orientar a importância que o paciente com infecção respiratória viral mantenha os ambientes arejados, evite locais fechados, aglomerações, contato próximo com as outras pessoas e o compartilhamento de objetos de uso pessoal (como copo, talher e toalha) para diminuir a transmissão dos vírus.
7. Indicou corretamente intervenções não-farmacológicas para o manejo do quadro atual, como práticas e produtos para saúde?	Orientou sobre a utilização do uso de mel, inalação de vapor e ingestão de fluídos.
8. Indicou um tratamento farmacológico necessário para o manejo do problema de saúde autolimitado?	É esperado a prescrição dos xaropes de guaifenesina OU bromexina.
9. Selecionou o tratamento farmacológico disponível mais eficaz para o problema de saúde autolimitado?	Baseado no grau de recomendação e nível de evidência, a opção de prescrição da guaifenesina OU bromexina seria a mais recomendada visto sua evidência moderada e recomendação forte e fraca, respectivamente, segundo o GRADE.
10. Selecionou um tratamento farmacológico seguro para o paciente?	Por se tratar de tosse aguda, a paciente poderia utilizar a guaifenesina OU a bromexina e seguir as medidas não farmacológicas como escolha de um tratamento seguro e efetivo.
11. Orientou corretamente o paciente sobre a forma e cuidados na utilização do(s) medicamento(s)?	Informar a posologia dos medicamentos: Guaifenesina – 12,5 mL a cada 4 horas OU Bromexina – Para xarope e solução, tomar 8mg a cada 8 horas sendo a dose máxima 24mg/dia.
12. Soube analisar os sinais de alerta e quando necessário realizou o encaminhamento de forma adequada?	Não foi observado características de dispneia, taquipneia, hemoptise, taquicardia, hipotensão arterial, febre alta, perda de olfato ou paladar, exacerbação de doenças respiratórias ou tosse persistente ou recorrente, com questões específicas que indicariam sinal de alerta para realizar o encaminhamento.
Etapa 3: Monitoramento	O que era esperado do caso
13. Definiu com o paciente a melhor forma de avaliação dos resultados (automonиторamento ou monitoramento ativo pelo farmacêutico)?	Pediu para que o paciente retornasse após 1 semana para avaliar o tratamento, explicou que o paciente pode entrar em contato fornecendo feedbacks ou se apresentasse alguma reação alérgica. Registrou todo o processo e documentou.
Comunicação	O que era esperado do caso

<p>14. Comunicação verbal: Falou de forma clara com o paciente sem utilização de jargão técnico ou explicando termos técnicos quando necessário?</p>	<p>Usar uma linguagem adequada, cumprimento amigável, com perguntas abertas para permitir que o paciente compartilhe informações sobre sua condição, uso de termos simples e comuns, de fácil compreensão pelo paciente. Além disso, realizou explicações claras sobre as condições do paciente, os possíveis tratamentos e os efeitos esperados.</p>
<p>15. Comunicação não verbal: Foram utilizadas adequadamente expressões e habilidades não verbais da comunicação como gestos, postura, olhar atento, escuta ativa e empatia?</p>	<p>Trabalhar a escuta ativa, empatia e postura corporal receptiva, de forma profissional e acolhedora no atendimento, sem ser invasivo, respeitar a privacidade do paciente, apresentou expressões faciais amigáveis com contato visual consistente demonstrando interesse e atenção ao paciente, apresentar tom de voz calmo e positivo fazendo com que o paciente se sinta confortável e otimista em relação ao tratamento.</p>