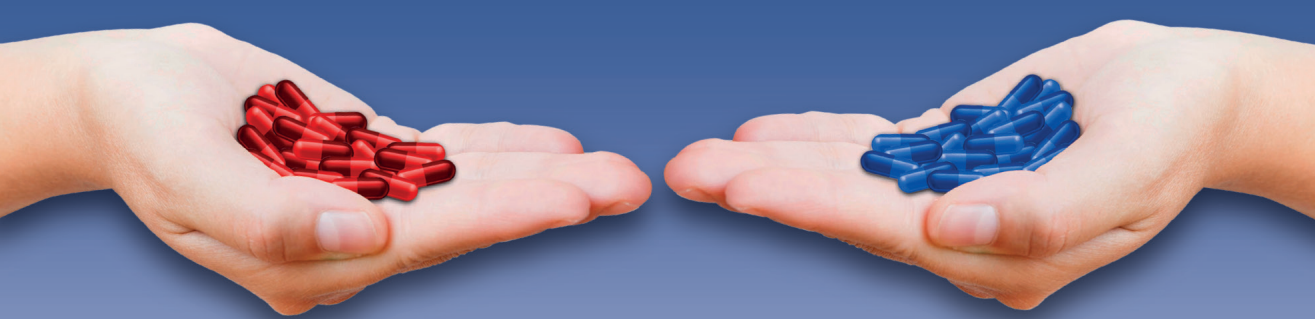
Rafael Santos Santana ▪ Tiago Marques dos Reis

FARMÁCIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Diretrizes do Cuidado Farmacêutico em Problemas de Saúde Autolimitados



UnB
Atheneu
Unifal MG
Universidade Federal de Alfenas

Farmácia Baseada em Evidências

Diretrizes do Cuidado Farmacêutico em Problemas de Saúde Autolimitados


SAL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR
Tel.: 08000267753
www.atheneu.com.br
(21) 99165-6798
Facebook.com/editoratheneu
Twitter.com/editoratheneu
Youtube.com/atheneueditora

Farmácia Baseada em Evidências

Diretrizes do Cuidado Farmacêutico em Problemas de Saúde Autolimitados

Organizadores

Rafael Santos Santana

Tiago Marques dos Reis

UnB

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo

2025

Unifal MG

Universidade Federal de Alfenas

Editora Atheneu

São Paulo – *Rua Maria Paula, 123 – 13º andar*
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro – *Rua Bambina, 74*
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Capa: MKX Editorial – Kadu Barriani
Produção Editorial: Arte & Ideia

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

F247

Farmácia baseada em evidências : diretrizes do cuidado farmacêutico em problemas de saúde autolimitados / organização Rafael Santos Santana, Tiago Marques dos Reis. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2025.
il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-833-3

1. Farmácia clínica - Pesquisa - Metodologia. I. Santana, Rafael Santos. II. Reis, Tiago Marques dos..

25-96106

CDD: 615.1
CDU: 615

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

Santana RS; Reis TM
Farmácia Baseada em Evidências – Diretrizes do Cuidado Farmacêutico em Problemas de Saúde Autolimitados

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2025.

1 Manejo de Problemas de Saúde Autolimitados

Rafael Santos Santana • Audinei de Sousa Moura • Yone de Almeida Nascimento • Laís Bié Pinto Bandeira • Alice Paiva da Costa • Bárbara Manuella Cardoso Sodré Alves • Janaína Gomes Moreira • Rosângela Maria Gomes • Francisco Danilo Melo de Sousa • André de Oliveira Baldoni • Leonardo Régis Leira Pereira • Dayde Lane Mendonça da Silva • Tiago Marques dos Reis

AUTOCUIDADO × AUTOMEDICAÇÃO

Uma parte da população não tem acesso aos serviços de saúde essenciais e há uma expectativa de que, nos próximos anos, haverá ainda mais escassez de profissionais de saúde em todo o mundo para prestar assistência, fazendo-se necessária a incorporação de novas estratégias de cuidado para atender, principalmente, às condições de fácil manejo e que possibilitem conter surtos de doenças.[1,2]

Nesse sentido, o autocuidado, que inclui medidas básicas de higiene, alimentação saudável, prática de atividades físicas e uso de medicamentos, podem vir a ser uma estratégia importante. Dessa forma, o paciente pode buscar por conta própria, para o seu autocuidado, o uso de medicamentos ou de outras estratégias terapêuticas, influenciado por seus conhecimentos, por pessoas próximas, pela mídia ou por um profissional de saúde. [3-5]

O autocuidado no uso de medicamentos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definido como automedicação responsável, e compreende uso de medicamentos aprovados pelas agências regulamentadoras, disponíveis sem receita médica e usados para tratar doenças ou sintomas autorreferidos.[6] Mesmo começando por iniciativa do usuário, é importante que esse processo aconteça com mediação de profissionais de saúde, especialmente do farmacêutico, orientando e esclarecendo sobre: como usar os medicamentos; como os efeitos do medicamento devem ser monitorados; possíveis interações; precauções e advertências; duração de uso; e quando procurar aconselhamento profissional.[7-9]

No Brasil, um inquérito populacional com mais de 40 mil pessoas, realizado pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), identificou que 16% da população brasileira estava ou tinha acabado de automedicar-se (últimos 15 dias), destacando-se entre a população as mulheres e os adultos jovens.[10] Das 32 mil pessoas com 20 anos ou mais que responderam à pesquisa, notou-se aumento significativo na automedicação dos indivíduos que consideravam seu estado de saúde geral como médio, ruim ou muito ruim.[11]

O resultado identificado na PNAUM corrobora com estudos publicados até 2013 e identificados em uma revisão sistemática, nos quais os estudos de alta qualidade metodológica e que utilizaram período recordatório de 15 dias, indicou prevalência da automedicação de 35%.[12] Em contrapartida, uma estimativa do Ibope em 2011 mostrou que **cerca de 70% da população, quando necessita tratar desses problemas de saúde, procura diretamente pelo farmacêutico** na farmácia na expectativa de recomendação de medicamento ou outros cuidados em saúde.[13]

Estudos que analisam impactos positivos ou negativos da automedicação e do autocuidado no sistema de saúde são escassos, apesar de se tratar de uma prática disseminada, uma vez que **no Brasil quase 80% das pessoas com mais de 16 anos relatam utilizar medicamentos sem prescrição médica** ou farmacêutica.[14] Ademais, pessoas que praticam a automedicação relataram que 65% dos medicamentos utilizados eram medicamentos isentos de prescrição (MIPs).[10] Estimativas apontam que até 88,5% dos medicamentos dispensados por farmacêuticos são MIPs e que a maior parte dos pacientes (52%) vai à farmácia em busca desse tipo de medicamento.[15,16]

Dentro desse contexto, sabe-se que a automedicação, na maioria das vezes, visa resolver uma condição/problema de saúde autolimitado. Não há um consenso na literatura científica quanto à definição e quais condições de saúde caracterizar-se-iam como "autolimitados", tornando mais difícil a sistematização dos dados e o levantamento do impacto clínico, humanístico e econômico. Essas condições são denominadas e descritas de forma diferente entre os países, mas normalmente as definições abordam a baixa gravidade desses problemas e o uso de MIPs, como iremos abordar ao longo deste livro.[17-22]

No **Quadro 1.1** identificamos os principais problemas de saúde autolimitados que têm MIPs no Brasil ou que são frequentemente referenciados em guias ou documentos de manejo pelo farmacêutico comunitário.

MANEJO DE PROBLEMAS DE SAÚDE AUTOLIMITADOS NO MUNDO

Em 2016, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publicou o documento *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*, com a descrição e conceituação dos principais serviços clínicos desempenhados pelos farmacêuticos brasileiros. Nesse documento, o manejo de problema de saúde autolimitado está definido como: **"um serviço por meio do 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".**[4]

Apesar de comum em todo o mundo, o Reino Unido e o Canadá são os países

Quadro 1.1
Problemas de saúde autolimitados frequentemente manejados na farmácia[23-26]

Grupo	Problema de saúde	GITE	CIAP
Agravos respiratórios[27-33]	Dor de garganta (faringite e laringite)	Sim	R21
	Resfriado e síndrome gripal	Sim	R74 R80
	Tosse	Sim	R05
	Rinites e sinusites	Sim	R74 R75
Febre e condições dolorosas[27-31,33-35]	Febre	Sim	A03
	Cefaleia	Sim	N01
	Dor de pescoço, muscular e lombar	Sim	L18 L03 L83
	Dor dental, apoio à dentição pediátrica e profilaxia de cáries	Sim	D19 D82
	Dismenorreia	Sim	X02
	Otite e problemas do ouvido	Não	H70
Problemas do sistema gastrointestinal[27-31,33-35]	Aftas e estomatites	Sim	D83
	Azia e dispepsia	Sim	D03 D07
	Diarreia	Sim	D11
	Constipação intestinal	Sim	D12
	Náuseas, vômitos e gases	Sim	D09 D10
	Hemorroidas	Sim	I89
Problemas dermatológicos[27-31,33-35]	Acne vulgar	Sim	S96
	Calos e verrugas	Sim	S20
	Queimaduras térmicas e solares	Sim	S14 S80
	Feridas cutâneas	Sim	S18 S19
	Dermatite atópica e de contato	Sim	S87 S88
	Caspa e dermatite seborreica	Sim	S86
	Urticária	Sim	S89
	Picadas de insetos	Sim	S12
Condições infecciosas[27-31,33-35]	Herpes labial	Não	S71
	Conjuntivites e outros problemas oculares	Sim	F70 F71
	Dermatomicoses	Sim	S74
	Parasitoses intestinais	Sim	D96
	Pediculose, escabiose e outras acaríases	Sim	S72 S73
Saúde sexual e reprodutiva[27-31,33-35]	Contracepção de emergência	Não	W10
	Prevenção de mastite e cuidados na gestação	Sim	W19 W94 W29
	Candidíase, vulvovaginites e infecções vaginais	Sim	X14 X84
	Menopausa e sintomas do climatério	Sim	X11
Outros problemas comuns[27-31,33-35]	Tabagismo	Sim	P17
	Insônia leve	Não	P06
	Deficiências nutricionais e suplementação	Sim	T91

Fonte: Autoria própria. GITE: Grupos e Indicações Terapêuticas; CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária.

que mais avançaram nesse tipo de serviço: com regulamentação governamental do serviço, estratégias de direcionamento dos pacientes, treinamento adicional dos farmacêuticos e remuneração pela atividade.[22,36] No mundo, a estimativa é que o serviço ofertado nas farmácias para problemas de saúde autolimitados tenha alcançado bons níveis de efetividade, com proporção de pacientes que relataram resolução completa dos sintomas variando de 68% a 94%.[17,36]

Além disso, há evidências de que o manejo de problemas de saúde autolimitados na farmácia impacta diretamente a redução da demanda de outros níveis do sistema de saúde. Foram observadas reduções que variaram de 21,6% a 61,3% na demanda por consultas médicas para manejo de problemas como pediculose, diarreia, constipação, congestão nasal, tosse, dor de cabeça, herpes labial, candidíase entre outras, apesar de não ter sido observada uma redução na demanda global de consultas médicas.[22,36,37] A confiança nos farmacêuticos e a conveniência foram os motivos mais comuns para escolher o serviço; menos de 4% apresentaram algum evento adverso.[38]

O serviço de manejo de problemas autolimitados, estruturado e com base em evidências, também mostrou resultados melhores que o suporte farmacêutico tradicional. Um ensaio clínico randomizado mostrou que pacientes atendidos por farmacêuticos previamente treinados tiveram 1,5 vez mais probabilidade de receber um encaminhamento apropriado e cinco vezes mais probabilidade de aderir aos cuidados em comparação com o grupo controle (atendimento farmacêutico normal). Isso promoveu aumento de pontuação na avaliação geral de saúde e o grupo intervenção alcançou 94% de resolução dos sintomas.[39]

Um estudo português demonstrou que em localidades mais afastadas dos grandes centros os problemas de saúde mais atendidos por farmacêuticos eram respiratórios (26,2%), seguidos dos digestivos (20,8%), cutâneos (19,1%), musculares ou ósseos (15,4%) e, por fim, problemas do sistema nervoso (13,1%). Dos 242 pacientes que receberam orientação farmacêutica, 210 (86,8%) relataram ter melhorado muito os sintomas.[40]

Outro estudo belga com 63 farmácias comunitárias observou que os sintomas gastrointestinais mais frequentemente relatados foram desconforto retroesternal em queimação (49,2%), regurgitação ácida (53,2%) e incômodo pós-prandial (51,2%). Embora quase 21% dos pacientes tenham recebido encaminhamento médico, 95,1% do total de pacientes que foram atendidos pelos farmacêuticos relataram alívio dos sintomas com MIPs.[41]

Um estudo inglês, com farmacêuticos previamente treinados para atendimento de pacientes com problemas de ouvido, nariz e olhos, com 408 pacientes, mostrou que 96% relataram melhora dos sintomas e satisfação com o atendimento.[42] Outro estudo da Escócia, com 75 farmácias, cujos farmacêuticos foram treinados para atendimento de infecções do trato urinário (ITU), impetigo e exacerbação da doença pulmonar

obstrutiva crônica (DPOC), registrou o atendimento de 1.189 pacientes, dos quais 77,9% receberam medicamentos prescritos pelo farmacêutico, 9,1% receberam apenas aconselhamento e 16,7% foram encaminhados.

Em um programa americano de suporte à cessação do tabagismo por farmacêuticos, observou-se que 52% dos pacientes pararam de fumar após três meses e 32% pararam após seis meses, consideradas taxas altas de abstinência e demonstrando grande potencialidade de benefício desses pacientes.[43]

Os cuidados relacionados com problemas de saúde autolimitados geram benefícios que podem ir além dos resultados clínicos. A estimativa de custos e ressarcimento de serviços para resolução de problemas de saúde autolimitados em farmácias ainda é um desafio a ser superado, em virtude da variedade de métodos usados para identificar, mensurar e avaliar esses custos. Estudos apontam que o valor pago por esse tipo de atendimento variou aproximadamente entre 1 e 16 libras.[17,22,36] Em serviços com apoio governamental como o *Pharmacists Prescribing for Minor Ailments Programs* (PPMA), do Canadá, há remuneração direta para o farmacêutico pela prestação desses serviços em 18 dólares por consulta.[44]

FLUXO DE ATENDIMENTO

Para o fluxo desse livro estruturou-se uma proposta com base em orientações nacionais,[4] considerando também os fluxos internacionais, em que, após o acolhimento, o atendimento do farmacêutico deve ocorrer num processo de três etapas simples:

1. Avaliação.
2. Plano de cuidado.
3. Monitoramento dos resultados, visualizado na **Figura 1.1**.

O tempo e a qualidade desse processo de trabalho irá variar de acordo com a complexidade do caso, disponibilidade do paciente-farmacêutico e estrutura do serviço. Problemas sem sinais de alerta ou já familiarizados pelo usuário geralmente demandam menos tempo que transtornos produtivos ou usuários apressados e profissionais atarefados, assim como a qualidade do local de atendimento (consultório ou balcão) também tende afetar o desempenho e os resultados desse serviço.[45,46]

Como mencionado, o manejo de condições de saúde autolimitadas é o serviço prestado para atender à demanda

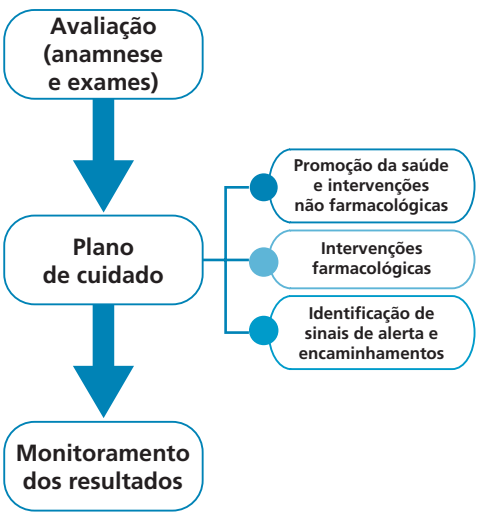


Figura 1.1. Fluxo de atendimento para manejo de problemas de saúde autolimitados (Brasil).
Fonte: Autoria própria.

de um paciente que, em geral, solicita ao farmacêutico a solução para uma queixa específica. Nesse serviço, o farmacêutico tem como objetivos:

1. Identificar necessidades e problemas de saúde do paciente.
2. Verificar sinais de alerta, que determinem a necessidade de encaminhamento ao médico e a outros serviços de saúde.
3. Propor melhor conduta para a resolução dos problemas, satisfação do paciente, otimização de recursos e do sistema de saúde.[17,47]

O farmacêutico deve estar consciente da responsabilidade profissional ao assumir atender à demanda relativa ao manejo de uma condição de saúde autolimitada. Esse é um contexto bem diferente de quando o paciente já foi avaliado previamente por outro profissional de saúde. Para decidir a melhor conduta a ser adotada, o profissional deve coletar as informações pertinentes, integrá-las para avaliar as necessidades do paciente e, em seguida, desenvolver, implementar e avaliar o plano de cuidado.[29]

ATIVIDADE PRÉVIA – ACOLHIMENTO

O usuário define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda o serviço de saúde.[48] Em geral, aborda o profissional com uma queixa, normalmente relacionada com a presença de um sintoma, ou questionamento específico. Assim, no contexto das farmácias comunitárias, o acolhimento da demanda, em geral, tem início quando o paciente aborda o auxiliar de farmácia ou o farmacêutico com sua demanda de medicamentos.[29,49]

O acolhimento do paciente pode ser feito imediatamente pelo farmacêutico ou inicialmente pelo auxiliar/técnico de farmácia. As atribuições desse profissional tendem a variar consideravelmente de acordo com as normas regulatórias de cada país, assumindo diferentes funções. Contudo, vem se observando uma tendência de organização das atribuições da equipe, de modo que os auxiliares de farmácia tornem-se aliados para que o farmacêutico possa dedicar-se cada vez mais às atribuições clínicas, seja assumindo maior protagonismo nas atividades logísticas, seja triando e identificando usuários que se beneficiariam do cuidado farmacêutico.[50]

Um treinamento prévio dos auxiliares de farmácia para acolhimento dos pacientes com problemas de saúde autolimitados e encaminhamento para o farmacêutico é recomendado e tende a qualificar o serviço, evitar conflitos organizacionais e danos aos pacientes.[51,52]

O exercício da empatia e a escuta ativa são atributos essenciais para a comunicação com o paciente. É recomendável iniciar o acolhimento com cumprimentos, breve explicação do serviço e perguntas abertas que permitam deixar o paciente à vontade para o relato do caso. É necessário falar com calma e usar frases simples, lembrando sempre de confirmar o entendimento. Termos mais técnicos podem eventualmente ser utilizados para fins pedagógicos (sempre explicados e

contextualizados) ou para pacientes com maior grau de letramento em saúde.[46,53]

Se o paciente tiver dificuldades de linguagem, leitura ou comunicação, o farmacêutico deve usar os meios adequados para fornecer-lhe as informações necessárias.[54] A adoção de uma boa estratégia de comunicação é fundamental para um bom acolhimento e uma consulta efetiva. A utilização exagerada de linguagem técnica confunde o paciente, impede a compreensão da informação e dificulta o estabelecimento da relação farmacêutico/paciente. O farmacêutico deve atentar-se às outras questões da comunicação verbal, como o tom de voz, a ênfase das palavras e as expressões culturais.[53]

Igualmente importante são os aspectos relacionados com a comunicação não verbal. Esta é considerada uma parte crítica e complexa da comunicação e envolve expressões faciais, movimentos de cabeça, gestos, toques, contato visual e posturas físicas. Na **Figura 1.2**, constam as principais sugestões aos profissionais de saúde para realização de uma consulta bem-sucedida, identificadas a partir de estudo com grande grupo de pacientes de quatro países.[55,56]

O acolhimento deve humanizar o atendimento e ser feito em ambiente adequado, que garanta conforto e privacidade ao paciente. Por esse motivo, recomenda-se que o farmacêutico, sempre que possível, encaminhe o paciente para um ambiente próprio para a realização do atendimento.

Antes de realizar o acolhimento propriamente dito do paciente, é recomendável preparar-se minimamente para consulta, verificando:[57]

1. **Ambiente e equipamentos**: avaliar sumariamente os equipamentos e as ferramentas



- Apresentar-se aos novos pacientes.
- Manter contato visual.
- Conversar calmamente e não demonstrar pressa.
- Evitar preconceito com o paciente ou com o caso e reconhecer a diversidade cultural.
- Tratar o paciente como um ser humano e não como um conjunto de sinais e sintomas.
- Prestar atenção às questões psicossociais e respeitar as pessoas como indivíduos únicos.
- Levar a sério informações e preocupações do paciente.
- Escutar com atenção e evitar interromper o paciente.
- Demonstrar compaixão e empatia.
- Ser sempre honesto, sem ser grosseiro.
- Evitar jargões técnicos e confirmar entendimento.
- Oferecer fontes de informação adicionais.
- Reconhecer que alguns grupos podem valer-se de práticas para promover a saúde e a cura que diferem da sua própria visão.

Figura 1.2. Sugestões de comunicação dos pacientes para os profissionais de saúde.[55,56]

Fonte: Adaptado de Besing et al. *e Jones.*

necessárias, a possibilidade de atendimento em ambiente mais reservado (idealmente consultório) ou a testagem prévia de sala virtual (telefarmácia).

2. **História do paciente**: no caso de consulta agendada e paciente frequente, pode ser estratégico revisar previamente sua história clínica.
3. **Autoavaliação**: estado emocional atual, necessidades fisiológicas, potenciais conflitos éticos ou profissionais do atendimento.

ETAPA 01 – AVALIAÇÃO

Nessa etapa, o farmacêutico deve coletar as informações necessárias para alcançar os objetivos do serviço. O paciente é a principal fonte de informação, mas o seu relato espontâneo pode ser insuficiente para o farmacêutico definir, com segurança, a conduta mais adequada, tornando-se necessária a realização da anamnese farmacêutica – entrevista de investigação – e a realização do exame físico e, eventualmente, de exames laboratoriais.[31,56]

Existem vários tipos de avaliação que podem ser conduzidas pelo farmacêutico. Entretanto, a avaliação com base nos sintomas é adequada quando o profissional busca atender à demanda para manejo de uma condição de saúde autolimitada.[31] Recomenda-se que o farmacêutico explique o motivo para a realização da anamnese, p. ex., *"para avaliar melhor o seu caso eu preciso fazer algumas perguntas; tudo bem?"*.[29]

A partir de então, o farmacêutico deve executar a anamnese combinando questões abertas com questões fechadas. Em geral, as questões abertas são usadas para permitir que o paciente relate a sua história, fornecendo informações a partir de sua perspectiva e englobam questões como: *"Como eu posso te ajudar"? "Você pode me falar um pouco mais sobre os sintomas/problemas que você está relatando"?* Por outro lado, as respostas a essas questões podem não fornecer o detalhamento necessário para o farmacêutico avaliar o paciente. Assim, ele deve mesclá-las com as questões fechadas, cujas respostas podem ser dadas com uma ou duas palavras e tem como objetivo coletar dados mais específicos, embora essas questões limitem as possibilidades de resposta do paciente.[29,56]

Cabe ressaltar que durante a avaliação do paciente o profissional deve ser capaz de coletar as informações importantes e organizá-las de forma eficiente. Assim, um processo de trabalho sistemático auxilia o profissional, evitando que ele esqueça de buscar informações importantes e evita que seja repetitivo, buscando por informações já coletadas.[31]

Para estabelecer o perfil do paciente são coletados dados gerais, como o nome do paciente, idade, gênero, estado civil e um contato. Também é importante obter informações sobre a profissão e ocupação para identificar possíveis problemas ocupacionais. Informações como escolaridade, possíveis limitações e existência de cuidador são essenciais para nortear a consulta.[31,58]

No momento da avaliação dos sintomas, o farmacêutico deve atentar-se para as várias maneiras pelas quais os sintomas são expressos pelos pacientes, em decorrência da variação no significado atribuído e da percepção dos sintomas por estes. É importante que o profissional não espere que o paciente expresse os sintomas ou queixas da maneira como ele espera, a partir de sua posição cultural. Essa é uma parte essencial do processo de cuidado para garantir uma prática centrada no paciente. **O farmacêutico deve estar atento a questões importantes como:**

a. **Tempo de início dos sintomas/sinais.**
b. **Localização precisa.**
c. **Características específicas do sintoma.**
d. **Gravidade.**
e. **Ambiente e horário do dia no qual os sintomas manifestaram-se.**
f. **Fatores que aliviam e agravam os sintomas.**
g. **Sinais e sintomas associados.**[31,54,56]

A anamnese pode ser facilitada com o uso de práticas mnemônicas que tendem a ampliar a completude de informações coletadas. Existem vários acrônimos na língua inglesa e todos apresentam, em geral, as mesmas questões a serem avaliadas. Em português, seguindo o acrônimo **"INDICO"**, o farmacêutico deve realizar perguntas para:[46,59]

- **I**dentificação do paciente: se homem, mulher, criança, idoso, qual o estado geral de saúde, grau de letramento em saúde, interesse pelo serviço ou pela resolução do problema.
- **N**atureza dos sinais e sintomas: qual a queixa principal, características da manifestação, localização, sintomas associados.
- **D**uração: desde quando acontece, se é recorrente, se está piorando, estável ou sente melhora.
- **I**niciou algum tratamento: se utilizou ou está utilizando algo no momento para essa queixa, caso seja recorrente, quais medicamentos normalmente utiliza ou quais condutas adota.
- **C**omorbidades: doenças adjacentes, grau de controle atual, medicamentos que utiliza para condições crônicas ou de uso contínuo.
- **O**utras situações: questões específicas relevantes como se está grávida ou amamentando, tem história de alergias medicamentosas, apresenta condições socioeconômicas para aquisição ou armazenamento adequado.

Cabe salientar que essas são questões gerais, que se aplicam a quase todas as demandas relativas às condições de saúde autolimitadas, mas que devem ser complementadas por questões específicas de cada queixa/sintoma avaliado.[31] Entretanto, não é objetivo desse guia discutir essas questões específicas, sendo recomendado que o farmacêutico procure guias de conduta específicos.

É fundamental que os farmacêuticos avaliem sempre o risco de agravamento

da demanda apresentada pelo paciente. Assim, o profissional deve coletar uma breve história clínica e medicamentosa, pois a presença de determinadas condições, podem constituir-se em sinais de alerta que indicam a necessidade de atendimento imediato ou encaminhamento a profissionais/serviços de saúde.[31,48]

A avaliação da **história clínica** irá auxiliar o farmacêutico a definir se o paciente apresenta uma condição de saúde autolimitada ou se está diante do agravamento de condições de saúde preexistentes. A investigação sobre **história medicamentosa** também irá contribuir para o farmacêutico avaliar se o sintoma apresentado pelo paciente é decorrente do uso de algum medicamento que necessite de manejo junto ao profissional prescritor.[54,60]

Informações sobre **preferências e crenças do paciente, experiências de medicação, condição econômica do paciente, bem como sua acessibilidade a medicamentos e serviços de saúde** também contribuem para o processo de tomada de decisão do farmacêutico, especialmente no Brasil, dado o grande número de pacientes com dificuldades de acesso a medicamentos.[58,61]

Quando a avaliação estiver completa pode ser útil fazer um rápido resumo para o paciente, permitindo que ele concorde ou não com a interpretação do profissional e, se necessário, permitindo a sua correção ou a coleta de informações adicionais.[31,56]

Outra etapa na coleta e avaliação do paciente inclui a realização de exame físico. Comparados com outros profissionais e, em virtude de seu escopo de prática profissional, os farmacêuticos, em geral, não realizam um exame físico completo. Entretanto, algumas informações podem ser rapidamente obtidas por meio da observação do paciente. É importante notar questões como:[29,31,56]

- Idade.
- Cor da pele (palidez, cianose, sinais de icterícia).
- Presença de lesões.
- Expressões faciais, que devem ser consistentes com o discurso do paciente.
- Nível de consciência e orientação (pessoal, tempo, espaço).
- Sinais de estresse agudo (p. ex., sinais de dificuldade respiratória ou sinais de ansiedade aguda).
- Estado nutricional, que deve ser compatível com a altura e estrutura corporal.
- Mobilidade (postura adequada, ambos os lados do corpo devem mover-se ao mesmo tempo; caminhar equilibrado).
- Comportamento (cooperativo, com discurso claro e compreensível).
- Forma de vestir-se (de acordo com o clima e a higiene).

A aferição dos sinais vitais (pressão arterial – PA, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e nível de dor) pode ser importante para descartar sinais de alerta ou condições que demandem encaminhamento. São verificações relativamente simples e

recomendadas para a maioria dos profissionais de saúde.[46] A própria Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial recomenda que "*a PA deve ser medida em toda avaliação por médicos, de qualquer especialidade, e por todos os profissionais da saúde devidamente capacitados*".[62]

Se disponível, podem ser realizados determinados exames bioquímicos de menor complexidade do tipo *Point-of-Care Testing*, com intuito de descartar condições crônicas ou situações especiais, como exames de glicemia capilar, beta-HCG, perfil lipídico ou testes rápidos para doenças infecciosas como Covid-19, HIV ou dengue, por exemplo.[63,64]

ETAPA 02 – PLANO DE CUIDADO

O plano de cuidado deve ser construído em conjunto com o paciente, contemplando suas crenças e preferências. É fundamental que o paciente participe, inclusive, da definição das intervenções e alternativas terapêuticas.[27,65,66] No manejo de problemas de saúde autolimitados o conjunto de intervenções é variado, mas normalmente está contido em três categorias principais (**Figura 1.3**). Essas intervenções podem ocorrer como alternativas excludentes ou como atividades que se somam para alcance dos objetivos e das metas terapêuticas.[66,67]

Traçando objetivos ou metas terapêuticas

Uma vez identificado o problema de saúde autolimitado, traçar adequadamente os objetivos terapêuticos (alvos principais das intervenções) e as metas (detalhamento dos alvos e prazos esperados) permite aos profissionais monitorar de forma adequada o plano de cuidado, pois eles estabelecem os resultados esperados com as intervenções propostas. **Os objetivos e as metas terapêuticas devem ser individualizados**,

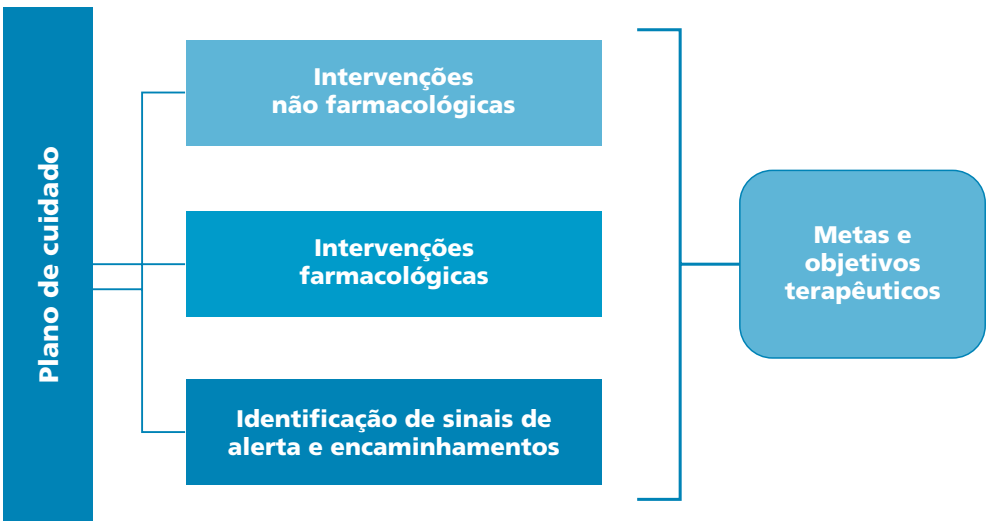


Figura 1.3. Intervenções comuns do plano de cuidado para manejo de problemas de saúde autolimitados.
Fonte: Autoria própria.

realistas, facilmente observáveis e pactuados com o paciente.[29,31]

De maneira geral, os objetivos terapêuticos da maioria dos problemas de saúde autolimitados estão focados no alívio dos sintomas e na abreviação da duração para promover qualidade de vida ao paciente. Os prazos definidos nas metas são variáveis, mas é muito comum que estejam dentro do intervalo de 1 a 2 semanas, pois a não remissão dos sintomas é sinal de alerta.[17,29]

Promoção da saúde e intervenções não farmacológicas

Sabe-se que o futuro dos sistemas e serviços de saúde está em investir cada vez mais nas ações de promoção da saúde dado o crescente número de condições crônicas e problemas de saúde decorrentes do estilo de vida das populações.[68-70] É importante que os farmacêuticos entendam seu papel nesse novo cenário e preparem-se para ofertar mais ações de educação em saúde e promoção do autocuidado. É necessário observar que grande parte dos problemas de saúde autolimitados é decorrente de hábitos nocivos do estilo de vida.[21,71,72]

Condições dolorosas como cefaleia, torcicolo ou dores na lombar estão intimamente associadas a ritmos de vida estressantes, má conduta postural ou sedentarismo. Problemas do trato intestinal, como diarreia, constipação e dispepsia são recorrentes em pacientes com hábitos alimentares danosos, abuso de bebidas alcoólicas ou baixo grau de autoconhecimento corporal. Condições respiratórias e infecciosas, como resfriados, rinossinusites, dermatomicoses ou herpes labial, estão muitas vezes associadas ao desconhecimento de práticas de higiene social ou hábitos de vida que deprimem seu sistema imunológico.[21,71,72]

Estudo com 2.066 pacientes de farmácias comunitárias apontou que os participantes gostariam de receber orientações de farmacêuticos para cessação do tabagismo (56%), prevenção da obesidade (57%) e promoção de estilo de vida saudável (52%).[73] Portanto, é imperativo que o farmacêutico assuma maior protagonismo nas ações de promoção da saúde, pelo seu papel estratégico de profissional de saúde e cidadão.[74,75]

Além das recomendações de mudanças de hábitos de vida e intervenções educativas, o farmacêutico, muitas vezes, tem à sua disposição um bom arsenal de produtos não farmacológicos na farmácia que podem frequentemente substituir ou complementar as demais intervenções, com destaque para:

- Suplementos nutricionais.
- Produtos de uso odontológico.
- Produtos de primeiros socorros.
- Contraceptivos e produtos de saúde sexual e reprodutiva.
- Hidratantes, protetores solares e outros cosméticos.
- Equipamentos para autocuidado (termômetros, inaladores, glicosímetros e outros).
- Artigos de higiene pessoal.

Na seleção de terapia não farmacológica é importante levar em consideração as necessidades e especificidades

do paciente, as precauções de uso e as melhores evidências de efetividade e segurança. Importante lembrar que as intervenções e recomendações não farmacológicas também fazem parte da prescrição farmacêutica como regulamentado pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) e, como tal, podem e devem constar nos registros da farmácia e do paciente.[67,76]

Intervenções farmacológicas

No Brasil, está regulamentada a **prescrição, por farmacêuticos, de medicamentos cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais (alopáticos ou dinamizados), plantas medicinais e fármacos vegetais**.[67,76]

A seleção da terapia farmacológica deve resultar de um processo de decisão que considere as demandas e necessidades identificadas, a avaliação do impacto real daquela condição na saúde do paciente, assim como as consequências de não tratar, como mostra a **Figura 1.4**. Caso o farmacêutico identifique que o paciente pode beneficiar-se de um tratamento farmacológico (necessidade), ele deve, então, escolher a melhor opção disponível, levar em consideração aspectos relacionados com a efetividade, a segurança e a conveniência das opções farmacológicas disponíveis. Além disso, deve considerar as características individuais do paciente, como estado geral de saúde, idade, alergias e eventos adversos anteriores, comorbidades e medicamentos em uso.[17,30]

Em conformidade com a Resolução CFF nº 586 de 2013, a prescrição farmacêutica deverá conter os seguintes

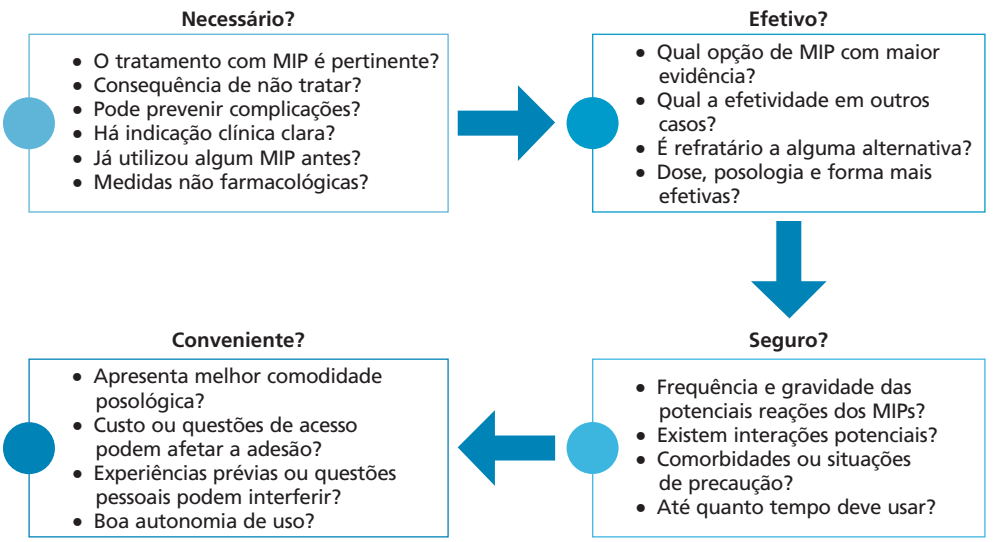


Figura 1.4. Parâmetros usados no processo de avaliação das alternativas farmacológicas para o manejo das condições de saúde autolimitados. MIP: medicamentos isentos de prescrição.

Fonte: Autoria própria.

componentes mínimos, conforme descritos na **Figura 1.4**:

1. Identificação do estabelecimento farmacêutico, consultório ou do serviço de saúde ao qual o farmacêutico está vinculado.
2. Nome completo e contato do paciente.
3. Descrição da terapia farmacológica, quando houver, incluindo as seguintes informações:
   a. Nome do medicamento ou formulação, concentração, forma farmacêutica e via de administração.
   b. Dose, frequência de administração do medicamento e duração do tratamento.
   c. Instruções adicionais, quando necessário.
4. Descrição da terapia não farmacológica ou de outra intervenção relativa ao cuidado do paciente, quando houver.
5. Nome completo do farmacêutico, assinatura e número de registro no Conselho Regional de Farmácia.
6. Local e data da prescrição.

Após a prescrição é fundamental deixar claro para o paciente quais e quando os sintomas irão melhorar e, principalmente, o que fazer caso o resultado esperado não seja alcançado.[29,49]

Importante destacar que apenas o conhecimento dos fármacos não é suficiente para o manejo adequado do problema de saúde ou mesmo para realizar de forma satisfatória a prescrição farmacêutica. O conhecimento do problema, suas características, sinais de alerta, opções terapêuticas com maior e menor evidência são fundamentais para um cuidado exitoso. O farmacêutico deve fazer uso de diretrizes clínicas, protocolos ou guias de prática clínica sobre esses problemas de saúde, de preferência adaptados ao manejo na farmácia.

Identificação de sinais de alerta e encaminhamento a outro serviço/profissional

Ao identificar um sinal/sintoma ou uma situação que se caracterize como alerta, o profissional deve encaminhar o paciente ao serviço de saúde adequado. Enquadram-se nessa condição, em geral, pessoas:[17,29]

1. Que apresentam sinais e/ou sintomas de maior gravidade.
2. Que apresentam sintomas aparentemente autolimitados, mas com uma duração maior que o previsto, indicando a necessidade de um diagnóstico preciso.
3. Que apresentam um quadro pouco claro, e o farmacêutico apresenta dúvidas acerca da condição de saúde relatada.
4. Em condições especiais (gravidez, primeira infância, imunodeprimidos, outros) com manejo difícil para aquele problema específico.

O encaminhamento é o documento que formaliza a comunicação entre o farmacêutico e outros profissionais e deverá ocorrer de forma orientada, de modo que o paciente compreenda seu

estado e possa seguir as orientações. Do mesmo modo, deve fazer uma breve descrição do raciocínio clínico que o guiou a ao encaminhamento do paciente para que o outro profissional entenda a situação atual do paciente.[67,77]

Ao decidir pelo encaminhamento, o farmacêutico deve diferenciar claramente:[31]

1. Casos de maior gravidade, que requerem atendimento imediato e, eventualmente, acionamento de serviços de transporte.
2. Casos de gravidade leve ou moderada, que não exigem atendimento imediato, podem eventualmente beneficiar-se de MIPs ou orientações, mas necessitam de acompanhamento especializado.

É aconselhável que o farmacêutico coloque-se à disposição do profissional que dará continuidade ao cuidado e, se possível, verifique os resultados obtidos após algum tempo.

ETAPA 03 – MONITORAMENTO DOS RESULTADOS

Uma etapa crítica no processo de atendimento desses pacientes é o acompanhamento do caso e a avaliação dos resultados. A monitorização adequada do paciente possibilita identificar se as intervenções adotadas foram suficientes para resolver o problema apresentado, se surgiram novos problemas e se é necessário adotar medidas adicionais.[49,56]

O foco dessa etapa é a reavaliação dos sinais e sintomas apresentados inicialmente pelo paciente, sua evolução e efetividade das intervenções realizadas.[29,31]

A escolha do tratamento será realizada considerando os critérios de necessidade, efetividade, segurança e conveniência. Portanto, a monitorização e a avaliação dos resultados também devem considerar esses critérios, e pode ser resumida em duas grandes questões:[31,66]

"O tratamento indicado foi efetivo, ou seja, atingiu os objetivos traçados?

"Houve o aparecimento de alguma reação adversa ou evento inesperado?"

A **monitorização pode ser passiva**, quando o profissional explica ao paciente o que fazer, e/ou quando o tratamento não se mostra mais necessário, efetivo, seguro ou conveniente. Nesse caso, a monitorização é realizada pelo próprio paciente. Nas situações nas quais o farmacêutico está atendendo à demanda de uma situação clínica autolimitada, que irá se resolver em poucos dias, a monitorização passiva pode ser indicada. Mas, nesse caso, é importante salientar a responsabilidade do profissional em garantir que o paciente saiba o que fazer caso os resultados esperados não sejam alcançados e quando o paciente deve procurar ajuda de outro profissional se os sintomas não melhorarem.[27,31,49,66]

Por outro lado, algumas situações podem exigir a **monitorização ativa**, na qual é necessário marcar um novo atendimento para verificar o progresso do tratamento proposto.

Poderão evidenciar-se quatro diferentes resultados:[27,66]

1. Resolução completa do problema de saúde autolimitado.
2. Melhora parcial, porém mantendo um progresso positivo.
3. Ausência de melhora (quadro em estabilidade não esperada).
4. Piora dos sinais e sintomas e aparente progressão do problema de saúde.

No primeiro caso, o farmacêutico evidencia a efetividade das intervenções realizadas. No segundo e, especialmente, no terceiro caso, deve suscitar alterações no plano de cuidado. No último caso, é necessário o encaminhamento do paciente.

Referências bibliográficas

1. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: No health without a workforce. World Health Organization. 2013.
2. Mohammadi D. Research brief. Lancet Infect Dis. 2020;20(2):177.
3. Senn HJ. Treatment-induced complications and frequent errors in cytostatic therapy. Schweiz Med Wochenschr. 1978;108(32):1216-22.
4. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Vol. 4. 2016. 200 p.
5. NMA. The nonprescription medicine academy's definition of self care. 2020.
6. World Health Organization, WHO. The role of the pharmacist in self-care and self-medication contents. Who. 2014;1-11.
7. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Araújo PC, Silva MT, Pereira MG. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. Epidemiol Serv Saude. 2017;26(2):319-30.
8. Schweim H, Ullmann M. Media influence on risk competence in self-medication and self-treatment. GMS German Medical Science. 2015;13:1-14.
9. Brass EP, Lofstedt R, Renn O. Improving the decision-making process for nonprescription drugs: a framework for benefit-risk assessment. Clin Pharmacol Ther. 2011;90(6):791-803.
10. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol TD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. Rev Saude Publica. 2016;50(suppl 2):13s.
11. Pons EDS, Knauth DR, Vigo Á, Mengue SS. Predisposing factors to the practice of self-medication in Brazil: Results from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM). PLoS One. 2017;12(12):e0189098.
12. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Sá PTT, Silva MT, Pereira MG. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. Rev Saude Publica. 2015;49:36.
13. IBOPE. Percepções sobre medicamentos. Disponível na Internet: https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/29-ibopeinterfarmasite.pdf. 2011.
14. ICTQ. Pesquisa – Automedicação no Brasil. 2018. Disponível na Internet: https://www.ictq.com.br/pesquisa-do-ictq/871-pesquisa-automedicacao-no-brasil-2018.
15. Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição. Principal motivo das compras nas farmácias são MIPs. Disponível na Internet: https://abimip.org.br/noticia/16-conexao-abimip-no-5-02052018. 2021.
16. Mota K F, Pereira ML, Coelho EB, Reis TM, Nascimento MMG, Obreli-Neto PR, et al. Medicamentos isentos de prescrição (MIP): o farmacêutico pode prescrever, mas ele sabe o que são? Revista de la OFIL. 2020;30(1):52-5.
17. Amador N, Baixauli V, Climent MT, Colomer V, García-Agudo O, García-Cárdenas MV et al., IndicaPro. Evaluación del impacto clínico, humanístico y económico del Servicio de Indicación Farmacéutica en el ámbito de la farmacia comunitaria. Granada, España; 2019.
18. Health Rights Information Scotland. The NHS Minor Ailment Service at your local pharmacy. 2017.
19. NHS England. Advanced Service Specification – NHS Community Pharmacist Consultation Service. 2019.
20. NPA. Community Pharmacist Consultation Service (CPCS) – NPA. National Pharmacy Association Ltd. 2021.
21. Davies NM. Minor ailments and self-limiting conditions NOT. Can Pharm J. 2014;147(3):137.
22. Lee R, McCarthy L. Canadian "minor ailments" programs. Can Pharm J. 2015;148(6):302-4.
23. WONCA WO of FD. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2nd ed. 2009. 200 p.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 138, de 29 de maio de 2003, que dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. 2003.

25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 98, de 1º de agosto de 2016. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências. 2016.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 11, de 29 de setembro de 2016. Dispõe sobre a lista de medicamentos isentos de prescrição. 2016.
27. Blenkinsopp A, Paxton P, Blenkinsopp J. Symptoms in the pharmacy – a guide to the management of common illness. Hoboken: Wiley; 2018. p. 432.
28. Santos PCJ L, Rocha Ce, Caleb P. Cuidado Farmacêutico aos pacientes com distúbios menores. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
29. Krinsky DL, Ferreri SP, Hemstreet B, Hume AL, Newton GD, Rollins CJ, et al. Handbook of nonprescription drugs: an interactive approach to self-care. 20th ed. Washington, Apha, 2020.
30. Marques LAM. Prescrição farmacêutica: em problemas de saúde autolimitados. Farma Editora; 2019.
31. Mahmoud SH. Patient assessment in clinical pharmacy. Mahmoud SH, editor. Springer International Publishing; 2019.
32. Galato D, Silva WB, Melo AC, Frade JCQPF. Curso online: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados: módulo 2: unidade 3: documentação do processo de atendimento e da prescrição farmacêutica. Brasília; 2015.
33. Baos V, Dáder MJF. Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Madrid: GIAF, 2008.
34. Winck LM. Análise das diretrizes clínicas para manejo da tosse aguda segundo agree ii e proposta de diretriz para cuidado farmacêutico. Universidade de Brasilia; 2020.
35. Conselho Federal de Farmácia. Guia de prática clínica: sinais e sintomas não específicos – febre. Conselho Federal de Farmácia, Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2018.
36. 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? Br J Gen Pract. 2013;63(612):e472-81.
37. Bojke C, Gravelle H, Hassell K, Whittington Z. Increasing patient choice in primary care: the management of minor ailments. Health Econ. 2004;13(1):73-86.
38. Mansell K, Bootsman N, Kuntz A, Taylor J. Evaluating pharmacist prescribing for minor ailments. International J Pharm Pract. 2015;23(2):95-101.
39. 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;29(11):921-31.
40. Coelho RB, Costa FA. Impact of pharmaceutical counseling in minor health problems in rural Portugal. Pharmacy Practice. Pharm Pract. 2014;12(4):451.
41. Mehuys E, Van Bortel L, De Bolle L, Van Tongelen I, Remon JP, De Looze D. Self-medication of upper gastrointestinal symptoms: A community pharmacy study. Ann Pharmacother. 2009;43(5):890-8.
42. 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;19(1):285.
43. Zillich AJ, Ryan M, Adams A, Yeager B, Farris K. Effectiveness of a pharmacist-based smoking-cessation program and its impact on quality of life. Pharmacotherapy. 2002;22(6):759-65.
44. 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; 15(1):1-11.
45. Blenkinsopp A, Paxton P, Blenkinsopp J. O doente na Farmácia: Guia de Conduta nas doenças comuns. São Paulo, Andrei; 2017.
46. Correr CJ, Otuki MF. A Prática Farmacêutica na Farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013.
47. Correr CJ. Farmácia Clínica e a prestação de serviços farmacêuticos. São Paulo, Practice; 2016.
48. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica. 2013.
49. De-Vries T, Henning R, Hogerzeil H, Fresle D. Guide to good prescribing: a practical manual. World Health Organization Action Programme on Essential Drugs Geneva WHO/DAP/94.11. 2003.
50. Koehler T, Brown A. A global picture of pharmacy technician and other pharmacy support workforce cadres. Res Social Adm Pharm. 2017;13(2):271-9.
51. Gregory PAM, Austin Z. Conflict in community pharmacy practice. Can Pharm J. 2017;150(1):32-41.
52. Myers CE. Opportunities and challenges related to pharmacy technicians in supporting optimal pharmacy practice models in health systems. Am J Health Syst Pharm. 2011;68(12):1128-36.
53. Berger B. Habilidades de comunicação para farmacêuticos. Washington: Apha; 2011.
54. College of Pharmacists of Manitoba. A Guide to Pharmacy Practice in Manitoba. Winnipeg; 2018.
55. Bensing JM, Deveugele M, Moretti F, Fletcher I, van Vliet L, Van Bogaert M, et al. How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. Patient Educ Couns. 2011;84(3):287-93.
56. Jones RM. Patient assessment in pharmacy practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
57. Ramos V. A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 2009;25(2):208-20.
58. Paz MAS, Fernández VJB, Jiménez AB, Martínrz AND, Garralda MAG, Olmedo JEG, et al. Guía práctica para

los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales en la farmacia comunitaria. Foro de Atención Farmacéutica; 2019.
59. Vaz JMDA. Qualidade das diretrizes clínicas para manejo da cefaleia segundo agree II e proposta de diretriz para cuidado farmacêutico. Universidade de Brasília; 2020.
60. Ordem dos Farmacêuticos de Portugal. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. Lisboa; 2009.
61. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in brazil. Rev Saude Publica. 2016;50.
62. Barroso WKS, Markman Filho B, Bortolotto LA, Brandão AA, Feitosa ADM, Nobre F, et al. Diretrizes Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. Arq Bras Cardiol. 2020;ahead prin:1-139.
63. Gubbins PO, Klepser ME, Dering-Anderson AM, Bauer KA, Darin KM, Klepser S, et al. Point-of-care testing for infectious diseases: Opportunities, barriers, and considerations in community pharmacy. Journal of the Am Pharm Assoc. 2014;54(2):163-71.
64. Kehrer JP, James DE. The role of pharmacists and pharmacy education in point-of-care testing. Am J Pharm Educ. 2016;80(8):129.
65. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa. 3ª ed. Porto Alegre:Artmed; 2017.
66. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management services. 3th ed. McGraw-Hill Medical; 2012.
67. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União Brasil; 2013.
68. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília; 2012.
69. Quemelo PRV, Milani D, Bento VF, Vieira ER, Zaia JE. Literacia em saúde: Tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. Cad Saude Publica. 2017;33(2).
70. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. 2011.
71. NHS. Community Pharmacy Management of Minor Illness Final Report. Pharmacy Research UK. 2014;(January):1-38.
72. 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):165-72.
73. Kazaryan I, Amirkhanyan A, Sevikyan A, Vardanyan L, Melikyan M. Patients' perception of role of pharmacists in health promotion. Eur J Public Health. 2020;30(Supplement_5).
74. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Cien Saude Colet. 2007;12(1):213-20.
75. Rozenfeld S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. Cien Saude Colet. 2008;13(suppl):561-8.
76. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Brasil;2013. p. 487-92.
77. Taylor J, Joubert R. Pharmacist-led minor ailment programs: a Canadian perspective. Int J Gen Med. 2016;Volume 9:291-302.