

Série Mediações Tecnológicas em Educação & Saúde

Simulação Realística

prática e desafios no ensino em saúde

ORGANIZADORES

Benedito Carlos Cordeiro

Evani Leite de Freitas

Gabriela Bittencourt González Mosegui

Vanessa Maia Rangel

editora



redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES
Benedito Carlos Cordeiro
Evani Leite de Freitas
Gabriela Bittencourt González Mosegui
Vanessa Maia Rangel

Série Mediações Tecnológicas em Educação & Saúde

Simulação Realística

prática e desafios no ensino em saúde

1ª Edição
Porto Alegre
2024



Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Héider Aurélio Pinto**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);

Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);

Célia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);

Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);

Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);

Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);

Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);

Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);

Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Camila Fontana Roman

Revisão

Luiz Henrique Soares

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Este livro foi financiado pela FAPERJ - Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, Projeto Processo E-26/210.606/2019 (250388)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S588

Simulação Realística: prática e desafios no ensino em saúde / Benedito Carlos Cordeiro; Evani Leite de Freitas; Gabriela Bittencourt González Mosegui; Vanessa Maia Rangel (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

175 p. (Série Mediações Tecnológicas em Educação & Saúde, v. 4).

E-book: 3.10 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-186-1

DOI: 10.18310/9786554621861

1. Formação em Saúde. 2. Metodologias de Ensino. 3. Educação em Farmácia. 4. Exercício de Simulação.
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 18

CDU 378.147

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



PREFÁCIO

Um livro é sempre mais do que as páginas que lhe dão forma, ele tem vida própria, linguagem e afeto. Nômade, anda por lugares que seus criadores, os autores, nunca imaginaram para a criatura. Ele é um dispositivo, produz efeitos por onde anda, modifica cenários, ativa lembranças, constrói esperanças. O livro é uma maquinaria semiótica, construtora de mundos.

E são os mundos do trabalho e cuidado que este livro traz à cena, como insumos para vivências educacionais, voltados à formação no campo de conhecimento da farmácia. Fala também para todas as experiências no campo da Educação em Saúde, porque coloca em evidência no seu método, as experiências, o trabalho, experimentações do trabalho de cuidar. Esta é uma didática que traz muita potência, como pode se ver nos capítulos que virão à frente. Vem de muitos séculos a ideia de que são as vivências as grandes fontes de conhecimento, ou seja, o corpo aprende ao se expor e interagir com o outro, e o contexto em que se vive. E este é um cuidado de si, e do outro ao mesmo tempo.

Trazer as práticas de cuidado como dispositivo para o ensino é um esforço importante que os e as autores/as do livro demonstram, ao escrever suas experiências de formação em farmácia. Imprimiram às páginas que se seguem uma proposta que usa como estratégias a “simulação realística”, situações do cotidiano, casos que retratam relações de cuidado, experiências do cotidiano. A realidade quando viva, expressando o trabalho em saúde, como demonstrada no livro, aguça a atenção, é plena de sentidos, e se inscreve no espetacular, dinâmico e criativo ambiente de educação. Venho sugerindo há muito tempo que toda unidade de produção do cuidado, é também uma unidade de produção pedagógica, de campo de formação de sujeitos para o SUS. É esta a aposta fundamental deste livro, entendendo inclusive que os trabalhadores e usuários são protagonistas, e criativos, dinâmicos, intensos, nas relações cotidianas. É no encontro com as narrativas de vida,

com os fatos, a dor e a alegria de cada pessoa que cuida e é cuidada, que o aprendizado acontece, tanto como técnica quanto como afeto. Escrever é um trabalho artesanal, meticuloso, detalhista, cuidadoso. A palavra que encaixa, a sonoridade na frase, o afeto que flui. Aqui, todos os esforços são articulados para que as práticas no cuidado, tenham expressão real, e assim possam servir à função de ensino. Combinadas com as análises, discussões, recursos teóricos mobilizados, há uma mistura perfeita entre a técnica e o sensível, o pensamento e as expressões de desejos, esperanças, expectativas, na busca pelo conhecimento, possibilidades de amparar o outro, pela proteção, o alívio da dor e do sofrimento. Identificar que o trabalho em saúde se dá sempre nesta dobra, entre a objetividade da técnica e a subjetividade, nos faz ver a enorme potência que reside em um trabalho formativo, no qual a extrema complexidade do mundo do trabalho é colocada em evidência.

As vivências são fundamentais nas experiências de Educação em Saúde, porque elas se associam a uma proposta pedagógica que enfrenta o grande desafio do nosso tempo, uma educação que problematiza a realidade, tanto na sua objetividade, quanto na produção subjetiva do trabalho em saúde, e em toda atividade de produção do cuidado. As interações entre todos com base nos encontros vão deixando registros que se traduzem em memórias afetivas, e produção de sentidos. Nisto percebemos que cada pessoa age sempre com base na dualidade que opera de forma combinada, entre o pensamento como produto da razão, e formas de expressão da subjetividade, ou seja, o modo singular como cada um significa sua própria realidade, e a si mesma.

Enfim, o grande desafio da Educação em Saúde é como formar profissionais, que tenham habilidades técnicas e, ao mesmo tempo, afetivas. Isso é particularmente importante se imaginarmos, conforme nos diz Spinoza (1632-1677), que há em nós um “corpo afetivo”, onde reside o sentimento, o sensível, as formas imateriais de expressão, e que aprende pelas experiências no seu andar na vida. É o mesmo do que nos fala o dramaturgo francês, Antonin Artaud (1896-1948), mais contemporâneo, criou a expressão “Corpo sem Órgãos (CsO)”, para designar o nosso corpo afetivo. Esse é o nosso

desafio: como criar uma proposta pedagógica que se conecte ao corpo afetivo e produza conhecimento a partir das experiências de aprendizagem em curso? Como operar em processos cognitivos e de transformação da subjetividade, ou seja, em processos de subjetivação, simultaneamente? Pois é assim que formaremos “corpos-profissionais” com as habilidades técnicas necessárias ao exercício da profissão e, ao mesmo tempo, com capacidades afetivas para lidar com interações humanas, sensíveis e delicadas. A ideia de “corpo afetivo” não é substitutiva de um corpo representado pela sua materialidade biológica, ou “corpo-clínico” como propõe Foucault (1926-1984), são complementares. Deleuze e Guattari elucidam essa questão ao afirmar que nosso organismo é habitado por dois corpos: o “corpo com órgãos” e o “corpo sem órgãos”, este último sendo equivalente ao corpo afetivo. É a partir deste reconhecimento que trazemos a ideia de que, projetos educacionais devem ser capazes de lidar com esta extrema complexidade, ou seja, ensinar conteúdos e técnicas, e, produzir efeitos na subjetividade. Solidariedade, generosidade, condutas acolhedoras do sofrimento alheio, são partes do processo formativo, porque constituem a humanidade em nós. Este é o desafio pedagógico do nosso tempo. A aprendizagem quando conduzida por análises e autoanálises sobre as cenas do cotidiano, vivências, fala também ao corpo sensível, faz com que os conteúdos sejam incorporados, ou seja, passem a fazer parte do corpo, se funde a ele. Este é um conhecimento que se consolida.

Como o trabalho em saúde é sempre relacional, o cuidado se produz sempre com base nos encontros. O exercício criativo do ensino é a arte de produzir encontros, seja entre pessoas, ou com conceitos, pensamentos, sensações transmitidas por vivências novas, experiências inusitadas. Se lançar, mergulhar no mundo do cuidado é o modo de aprender.

Este é um ponto importante de expressão deste livro, no qual as experiências que aqui são descritas, ou sugeridas, quando colocadas em situações de ensino, provocam os efeitos necessários à proposta de formar pessoas, a partir da realidade, expondo-as às vivências, que são os dispositivos da Educação Permanente.

A docência é um exercício criativo permanente, e é esta criatividade que atravessa este livro, em diversas formas, saberes e fazeres docentes.

Um livro necessário.

Boa leitura!

Túlio Batista Franco

Professor universitário, diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF) e coordenador da “Frente pela Vida”

Sumário

PREFÁCIO	7
Túlio Batista Franco	
APRESENTAÇÃO	13
Capítulo 1 SIMULAÇÃO REALÍSTICA EM DESASTRES	16
Elaine Silva Miranda, Isabelle Ruiz Martins, Diana Legal Ferreira Paiva, Letícia Figueira de Castro	
Capítulo 2 VIVENCIANDO A TÉCNICA DA SIMULAÇÃO NO ENSINO DA FARMÁCIA	35
Mauro Silveira de Castro	
Capítulo 3 “UMA CERTA FAMÍLIA LINS DE VILA ESPERANÇA”: CASO PARA ENSINO SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA	60
Deison Alencar Lucietto, Gabriela Bittencourt González Mosegui, Claudia Pereira de Sousa, Verônica Alcoforado de Miranda, Carla Ribeiro Guedes, Amanda Ornela Hyppolito	
Capítulo 4 O ENSINO DAS CIÊNCIAS HUMANAS NAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE: A SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA AQUISIÇÃO DE HABILIDADES RELACIONAIS	78
Carla Ribeiro Guedes, Vanessa Maia Rangel, Gabriela Bittencourt González Mosegui, Anna Alice Amorim Mendes, Elaine Cristina Xavier Ferreira	
Capítulo 5 MEDICAMENTO, SAÚDE E CULTURA DO CUIDADO: UMA ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL PARA O ENSINO NAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE	93
Vanessa Maia Rangel, Gabriela Bittencourt González Mosegui, Carla Ribeiro Guedes, Evani Leite de Freitas	
Capítulo 6 SIMULAÇÃO REALÍSTICA ENVOLVENDO A PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA: UM RELATO DOCENTE	109
Benedito Carlos Cordeiro, Claudio dos Santos Silva (nome artístico Claudio Basttos), Monique Araújo de Brito	

Capítulo 7 | O USO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA PARA DISCUSSÃO SOBRE A ATUAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO: EXPERIÊNCIA COM RESIDENTES EM FARMÁCIA HOSPITALAR 119

Patrícia Kaiser Pedrosa Cava, Luciana Castilho Bokehi, Ana Clara Duarte dos Santos, Marina Soares Gonçalves, Taynah da Silva Pinheiro, Thaísa Amorim Nogueira, Selma Rodrigues de Castilho, Sabrina Calil Elias

Capítulo 8 | O USO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA PARA APRENDIZADO DE ATENDIMENTO FARMACÊUTICO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM PASSO PARA A TELEFARMÁCIA 129

Thays da Silva Rangel, Thiago Freire dos Santos, Bruno Paulino de Lima Costa, Ranieri Carvalho Camuzi, Thaísa Amorim Nogueira

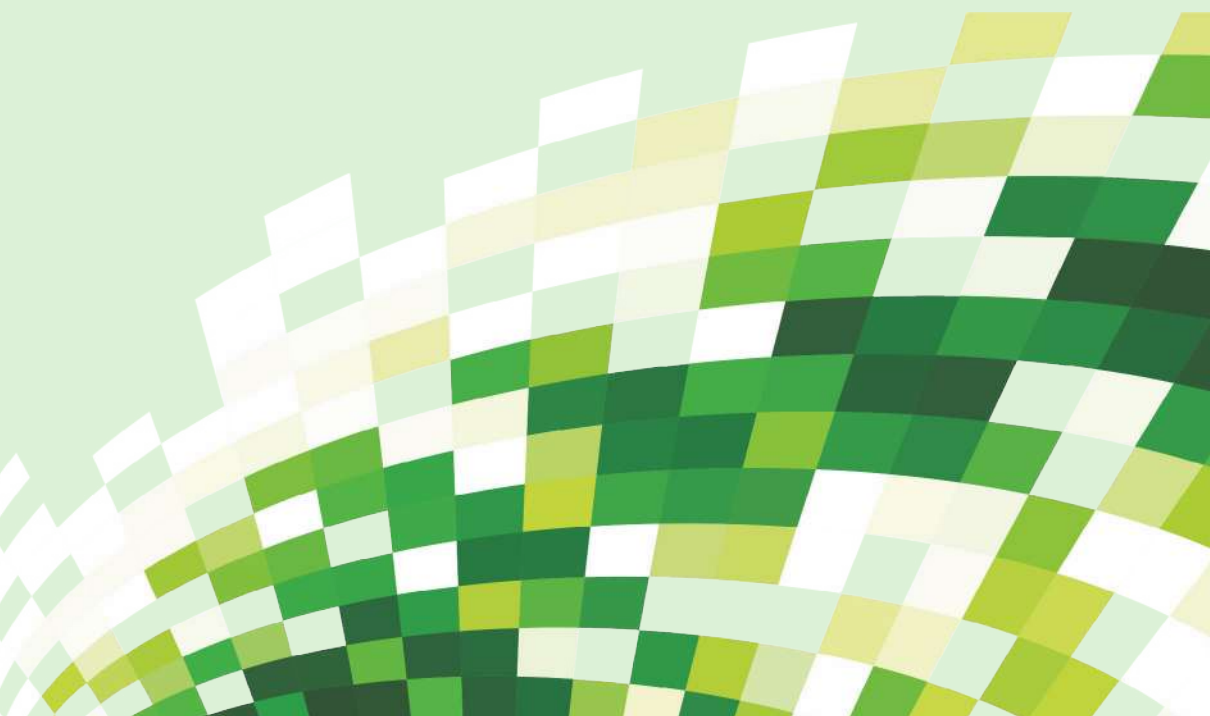
Capítulo 9 | SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA DISCUSSÃO DA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA: O USO DO JÚRI SIMULADO 142

Monique Araújo de Brito, Bárbara Dias Camarinha, Isabela Ramos Silvério, Benedito Carlos Cordeiro

Capítulo 10 | SIMULAÇÃO EM SAÚDE E O ESTADO DA ARTE NA FRANÇA 153

Tatiana Feitoza

LISTA DE AUTORES 169





APRESENTAÇÃO

A prática do cuidado em saúde nos diversos âmbitos profissionais evolui a partir de novos saberes derivados dos resultados de constantes e novos estudos. Da mesma maneira, o campo educacional deve progredir de modo a formar profissionais mais competentes e habilitados para o ambiente de trabalho. A educação em saúde se beneficia especialmente dos recursos de simulação realística (SR), processo educacional que replica cenários de cuidados ao paciente/usuário, em um ambiente próximo à realidade, com o objetivo de analisar e refletir as ações realizadas de forma segura. Este processo permite a criação de cenários complexos e específicos para o treinamento e desenvolvimento de habilidades técnicas e comportamentais em ambientes controlados, usando distintas metodologias. Este livro explora, de maneira inédita, a utilização da SR em contextos variados da área da saúde, com especial atenção à formação de farmacêuticos, para que sejam capacitados para enfrentar desafios práticos e éticos que se apresentam diariamente no campo de atuação profissional.

A obra é organizada em capítulos que exploram distintos cenários de aplicação das metodologias de SR. No Capítulo 1, as autoras abordam situações de desastre, contextualizando como a SR pode contribuir para a preparação de profissionais em eventos de alto risco e complexidade. O Capítulo 2 apresenta uma estrutura de utilização da SR, abordando o passo a passo necessário para sua realização, a partir de cenários que se apresentam ao docente que pretende praticar a metodologia.

O Capítulo 3 fornece uma proposta de SR direcionada para a aquisição de competências farmacêuticas no território da Atenção Primária, destacando a importância da sociabilidade na relação profissional-paciente, além da

capacitação técnica. No Capítulo 4, os autores aprofundam o tema, mostrando como a SR pode ser uma ferramenta eficaz para a aquisição de habilidades relacionais, fundamentais para o atendimento humanizado, discutindo o modelo biomédico frente às necessidades reais de pacientes, que vão além da utilização de medicamentos e procedimentos.

Temas como a cultura do cuidado, o ensino interprofissional e a prescrição farmacêutica são discutidos nos capítulos seguintes. O Capítulo 5 aborda a SR por uma perspectiva interprofissional, explorando a integração de conhecimentos sobre medicamentos e cuidados em saúde entre alunos de Farmácia e Medicina. O Capítulo 6 explora a proposta da prática na prescrição farmacêutica, onde o desenvolvimento de autonomia e da relação entre o profissional e o paciente é essencial para a obtenção de melhores resultados.

O uso da SR na pós-graduação é abordado no Capítulo 7, que utiliza os casos clínicos do contexto hospitalar para o desenvolvimento de competências específicas da formação de farmacêuticos na etapa da residência. A Farmácia Clínica é uma proposta essencial do contexto de aprendizado teórico e prático para além da graduação, que se beneficia dos casos que se transformam, na medida em que acompanham a aquisição e desenvolvimento de novas competências nesta área da saúde.

O Capítulo 8 aborda o desafio imposto pela Pandemia de covid-19, explorando o uso da SR em ambiente virtual para o treinamento de habilidades farmacêuticas, para a telefarmácia e para o atendimento remoto. O Capítulo 9 analisa o desenvolvimento do espírito crítico nos alunos, estimulando a construção do embasamento para a avaliação de condutas clínicas entre pares. O Capítulo 10 finaliza o livro, apresentando um recorte do contexto internacional da utilização da SR na França. Apresenta contribuições para uma compreensão global e inovadora dessa prática no ensino da saúde, que é utilizada no ensino da Medicina naquele país e aponta para caminhos e avanços em outras conjunturas.

Este livro foi construído com a colaboração de docentes, discentes, profissionais egressos da Universidade Federal Fluminense e autores

convidados. Destina-se a professores, alunos e profissionais das áreas da saúde e educação, servindo como guia para a implementação e ampliação das metodologias de SR em suas práticas de ensino. Em uma época de rápidas transformações e de novas demandas, trata-se de uma importante ferramenta para a formação de profissionais mais seguros e, espera-se, mais humanizados.



Capítulo 1

SIMULAÇÃO REALÍSTICA EM DESASTRES

Elaine Silva Miranda
Isabelle Ruiz Martins
Diana Legal Ferreira Paiva
Letícia Figueira de Castro

Introdução

Este capítulo tem como objetivo apresentar conceitos e estratégias de simulação realística em desastres e emergências de saúde pública empregados na formação de recursos humanos da área de saúde.

Os desastres consistem em rupturas no funcionamento de uma comunidade ou sociedade por consequência de um evento perigoso (UNDRR, 2024). Neste sentido, é importante considerar que os eventos não se configuram como desastres por si; desastres são produzidos pela interação de eventos de origem natural, ou não, com condições de exposição, vulnerabilidade e capacidade de resposta. Os desastres levam a perdas humanas, materiais, econômicas e ambientais em diferentes níveis, e caracterizam-se também por demandar suporte externo para lidar com seus efeitos, sejam eles imediatos ou prolongados, localizados ou generalizados (TFQCDM/WADEM, 2003; UNDRR, 2024).

O Decreto n.º 7.616/2011 (Brasil, 2011) estabelece diretrizes para a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no Brasil. Tais emergências são declaradas em função de ocorrências epidemiológicas, desastres ou falta de assistência à população. Nesse contexto, a emergência exige intervenção direta na área de saúde pública, com a finalidade de implementar ações de prevenção, controle e contenção

de riscos, danos e agravos à saúde. Entre os anos de 2000 e 2020, mais de 4.600 ocorrências de desastres relacionados ao clima foram documentadas no Banco de Dados Internacional de Desastres (The International Disaster Database, Centre for Research on Epidemiology of Disaster), impactando diretamente mais de 3,3 bilhões de pessoas em todo o mundo. No entanto, observa-se uma desigualdade na forma como o impacto é sentido em diferentes contextos. Países com mercados mais desenvolvidos sofreram menos impactos, mesmo não tendo menor número de eventos. O contrário acontece com os países africanos, que apresentam redução no número de eventos, mas aumento no número de pessoas afetadas ao longo do tempo (Donatti *et al.*, 2024).

No Brasil, percebe-se também um aumento no número de pessoas afetadas por desastres. Entre 2000 e 2010 foram 33,46 milhões, na década seguinte este número cresceu para 136,13 milhões. Apenas nos três primeiros anos da presente década, o número de pessoas afetadas alcançou 62,68 milhões. A maioria das ocorrências, em todos os períodos, foram relacionadas a eventos climatológicos e hidrológicos (MDR, 2024), refletindo as mudanças climáticas.

Dessa forma, são necessárias abordagens que favoreçam a adaptação aos impactos dessas mudanças e suas repercussões, especialmente para a saúde. Isso inclui a formação de recursos humanos a partir de uma base curricular orientada para a redução de riscos e a gestão de desastres já na graduação em saúde (Witt; Gebbie, 2016), além da educação permanente para profissionais de saúde.

Capacitação em desastres – da Graduação à Educação Permanente

A Educação Permanente em Saúde oferece uma estratégia contínua para promover relações orgânicas entre ensino, ações e serviços em saúde (Brasil, 2004). Ao mesmo tempo, a inclusão de simulações e conteúdos específicos sobre desastres e emergências nos currículos da área da saúde é fundamental para preparar adequadamente os futuros profissionais. A combinação desses

esforços fortalece a capacidade do sistema de saúde em responder de maneira eficiente a emergências e desastres.

A simulação em ambientes controlados é uma ferramenta para o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades, especialmente em áreas que recebem pouca atenção durante a graduação, como a gestão de Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV). O treinamento precoce e o trabalho em equipe incentivam o desenvolvimento do pensamento clínico, promovem a integração e aprimoram a comunicação, fatores essenciais, especialmente em cenários de escassez de recursos e informações (Lima *et al.*, 2019). O cenário de simulação desenvolve capacidades técnicas (conhecimento e habilidades) e sociais (comunicação, atitude e trabalho em equipe), proporcionando treinamento em um ambiente seguro e contextualizado (Soares *et al.*, 2019).

No processo de ensino e aprendizagem, as atividades práticas na estrutura curricular permitem aos estudantes compreender as reais necessidades da população em relação à saúde, integrando ensino, serviço e comunidade (Brasil, 2014). Entretanto, no Brasil não há recomendação formal para integrar o conteúdo de desastres nas Diretrizes Curriculares da área da Saúde, seja de forma teórica ou prática.

Por exemplo, no curso de Medicina, as diretrizes enfatizam o desenvolvimento de habilidades para atuar em situações de urgência e emergência, tanto em hospitais quanto em contextos comunitários (Brasil, 2014). A diretriz do curso de Enfermagem orienta para a garantia da integralidade da assistência, a gestão de cuidados imediatos, o trabalho em equipe e a capacidade de enfrentar situações em constante mudança (Brasil, 2001). Para o curso de graduação em Farmácia, destacam-se competências como a promoção da saúde, o uso racional de medicamentos e a gestão da assistência farmacêutica (Brasil, 2017). São temas que convergem com as necessidades relacionadas à atuação em desastres e emergências, mas, no entanto, não são referidos dentro desse contexto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Neste sentido, as ações desenvolvidas para estudantes de graduação no Brasil, ainda se configuram como experiências isoladas.

Um curso autoinstrutivo foi disponibilizado para estudantes da área da saúde em uma universidade do Sul do Brasil, por meio de um ambiente virtual. Os estudantes consideraram que o curso atendeu às expectativas, com conteúdo e organização adequados à inserção nos currículos (Witt *et al.*, 2023) e sugeriram a inclusão de atividades de simulação durante o curso. Embora exitosa, trata-se de uma tentativa pontual.

A disciplina Assistência Farmacêutica em Desastres e Emergências de Saúde Pública é ofertada em turmas distintas para alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense. Nela são abordados conceitos e normas fundamentais em desastres e emergências de saúde pública, além de apresentar conteúdos básicos voltados para a preparação da assistência farmacêutica e para atuação profissional na composição de uma equipe de resposta. Entre esses conceitos e normas para a atuação, destaca-se a ética, um tema considerado transversal à formação em saúde e aplicável a qualquer desastre ou emergência. Ao final do presente capítulo será apresentado um caso sobre ética utilizado na referida disciplina.

No contexto da educação permanente de profissionais, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa política tem como objetivo qualificar os profissionais para a atuação no SUS, promovendo a integração entre ensino e serviço, além de estimular a produção de conhecimento em saúde, o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade (Brasil, 2004). A Educação Permanente em Saúde integra aprendizagem e trabalho, utiliza os serviços de saúde como fonte de conhecimento e reflexão, permite que os profissionais ressignifiquem suas práticas e se adaptem às novas demandas (Brasil, 2018; D'Avila *et al.*, 2014). A EPS é um dispositivo que permite às equipes planejarem suas ações em saúde com base nas necessidades e realidades locais, bem como nos desafios que possam surgir no cotidiano do trabalho e em situações de desastre. A Educação Permanente em Saúde voltada para desastres promove a melhoria contínua das práticas de saúde, criando um ambiente de aprendizado adaptativo (Bruno, 2014). Santos e colaboradores (2024) observaram aumento de 2,58

vezes nas chances de farmacêuticos se sentirem preparados quando fornecidos treinamento ou orientações para o enfrentamento da Pandemia de covid-19 (Santos *et al.*, 2024). Este dado evidencia o impacto de ações educativas na capacitação profissional, cenário no qual diversas estratégias de simulação realística vêm sendo implementadas.

Simulação realística

A combinação de competências técnicas e habilidades de comunicação e trabalho em equipe, resulta em uma formação mais completa e adequada às demandas reais do setor de Saúde. A inclusão de ambientes simulados e conteúdos sobre desastres nos currículos dos cursos da saúde é necessária para a formação de profissionais aptos a lidar com emergências. A aprendizagem por meio de simulações permite o aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde pela prática em experiências guiadas que reproduzem contextos reais (Lateef, 2010). Neste tipo de treinamento, o conhecimento se constrói a partir de uma experimentação ativa, e permite a observação e reflexão dos problemas envolvidos (Magi *et al.*, 2023).

No Brasil, a simulação realística como metodologia educacional ainda é pouco difundida (Alves *et al.*, 2020). Entre os principais desafios para sua implementação estão o investimento financeiro em equipamentos e infraestrutura, a carga de trabalho necessária para a criação de cenários e situações-problema, a capacitação dos facilitadores, a correlação entre os objetivos das aulas e as competências curriculares, entre outros (Brandão; Collares; Marin, 2014).

Apesar desses obstáculos, ao avaliar a eficácia das simulações realísticas em relação às DCNs, observa-se uma consonância entre essa metodologia educacional e as exigências de formação profissional no país. Trata-se de uma ferramenta pedagógica que permite ao estudante desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes exigidos para a atenção, a gestão e a Educação em Saúde (Alves *et al.*, 2020).

Tradicionalmente, as simulações aplicadas aos desastres dividem-se em duas categorias, baseadas em discussão ou em operação. A primeira é subdividida em exercícios de orientação e os exercícios de mesa; a segunda inclui exercícios de treinamento ou treino, exercício funcional (de posto de comando) e simulação de campo, também chamado de exercício em escala real. O Quadro 1 apresenta exemplos de objetivos e detalhamento de cada um dos tipos de exercícios simulados.

Quadro 1. Panorama descritivo dos tipos de exercícios baseados em simulação

Tipos de exercícios	Exemplos de objetivos	O que	Onde	Como
Baseados em discussão				
Exercícios de orientação	Familiarizar os envolvidos com o plano de preparação e resposta.	Seminário ou workshop.	Sala de aula ou de reunião	Aprendizado por meio de reflexão/discussão
Exercício de mesa	Estimular a discussão sobre a simulação em ambientes controlados.	Discussão de planos, procedimentos, com ou sem um cenário/narrativa de gatilho.	Sala de aula ou de reunião	Aprendizado por meio de reflexão/discussão
Baseados em operação				
Treino	Testar o treinamento da equipe, tempo de resposta, cooperação interorganizacional, recursos e equipamentos.	Treinamento de equipe, tempo de resposta, força de trabalho, capacidade de equipamentos.	Local de trabalho/escritório/clínica ou local de treinamento específico	Aprendizado pela prática Alarme, alerta, árvore de chamadas e ação física (por exemplo, evacuação).
Exercício funcional	Testar e avaliar as capacidades de um sistema de resposta a emergências.	Teste e avaliação das capacidades de um sistema de resposta a emergências.	Centro de operações de emergência (COE) ou equivalente	Aprendizado pela prática Testando a capacidade dos envolvidos de se adaptarem às suas funções e responsabilidades.
Simulação em campo	Testar e avaliar as operações de emergência de forma interativa.	Testes interativos de capacidades, procedimentos e respostas a emergências da organização e da equipe.	COE e em cenários	Aprendizado pela prática Informações simuladas transmitidas em papel, por telefone ou por meio de pseudomídia e vítimas etc. simuladas por atores.

Fonte: Adaptado de ECDC, 2014.

Os exercícios de orientação têm como principal finalidade a identificação de melhorias a serem implementadas, por meio da apresentação de Planos de Preparação e de Procedimentos Operacionais Padrão (POP). A maior integração da equipe e o conhecimento compartilhado de práticas e protocolos, proporcionadas por esse tipo de exercício, contribuem para uma resposta mais eficiente diante das emergências. Apresenta baixo custo e pode ser realizado em ambientes informais (ECDC, 2014).

Em exercícios de mesa, um cenário é criado e apresentado aos participantes, que discutem a tomada de decisões e a implementação de ações para enfrentar a situação proposta. Nesta estratégia pode-se obter uma visão ampla da situação, avaliando a compreensão de cada envolvido sobre suas responsabilidades no Sistema de Gestão de Desastres (SGD) e o impacto de suas atitudes frente aos casos abordados. Esse tipo de exercício requer poucos recursos e é capaz de conscientizar os profissionais de forma efetiva, além de sensibilizá-los a identificar possíveis lacunas nas estratégias adotadas (Biddinger *et al.*, 2010; Pandya *et al.*, 2024; Sena *et al.*, 2021).

Os treinos ou treinamentos são exercícios controlados e supervisionados que visam aperfeiçoar uma operação de forma repetitiva, sendo o tempo de execução um aspecto crucial (WHO, 2017; ECDC, 2014). Por sua vez, os exercícios funcionais são desenvolvidos em Centros de Operações de Emergências (CEO) e visam simular um ambiente real por meio de condições de estresse e restrições de tempo. Isso permite que os participantes pratiquem suas respostas em situações que refletem cenários reais, além de testar a eficácia das comunicações, tomadas de decisão e procedimentos operacionais (WHO, 2017; ECDC, 2014).

As simulações de campo são conduzidas de forma totalmente realista, com infraestrutura, ferramentas e participantes reais. São projetadas para avaliar a capacidade operacional de emergências em um ambiente altamente estressante. Dessa forma, é recomendável haver um plano de desastres para ser testado (WHO, 2017). Um estudo conduzido na Arábia Saudita descreveu um exercício de desastre em grande escala baseado em simulação de covid-19,

realizado em um hospital, sem aviso prévio aos profissionais envolvidos. Nesta atividade, foram identificadas fragilidades e, posteriormente, propostas medidas corretivas, o que permitiu aprimorar a preparação dos profissionais para enfrentar a pandemia (Lababidi *et al.*, 2020).

Schumacher e colaboradores (2022) demonstraram melhorias na preparação de farmácias hospitalares na Suíça após a realização de dois exercícios de simulação em larga escala. Os resultados mostraram uma redução do tempo para reunir a equipe de gestão em desastres, de 23 minutos no primeiro exercício, para cinco minutos no segundo. Além disso, a taxa média de conclusão das ações necessárias aumentou substancialmente (Schumacher *et al.*, 2022).

Apesar das vantagens que as simulações de campo oferecem, alguns desafios envolvendo a logística, o alto custo associado e as limitações dos cenários “reais” são pontos críticos desta estratégia (Elendu *et al.*, 2024; Jung, 2022). Dessa forma, outras alternativas são implementadas para qualificar os profissionais de saúde.

Simulações de mídia e tecnologia são exercícios de Realidade Estendida (RE) que proporcionam uma experiência imersiva aos usuários. Esta técnica pode ser conduzida a partir de Realidade Virtual (RV), Realidade Aumentada (RA) ou Realidade Mista (RM) (Logeswaran *et al.*, 2021). A RV permite a criação de ambientes tridimensionais que podem ser acessados por meio de óculos de realidade virtual, onde o participante é completamente imerso pelo cenário e pode interagir com os desafios elaborados em tempo real. A RA é uma tecnologia que não isola o usuário da realidade. Neste modelo é possível sobrepor objetos, estruturas e informações digitais no ambiente real. A RM, por sua vez, refere-se à hibridização do mundo real com o digital, possibilitando a interação com os dois mundos (real e virtual) simultaneamente (Jung, 2022; Magi *et al.*, 2023; Milgram; Kishino, 1994).

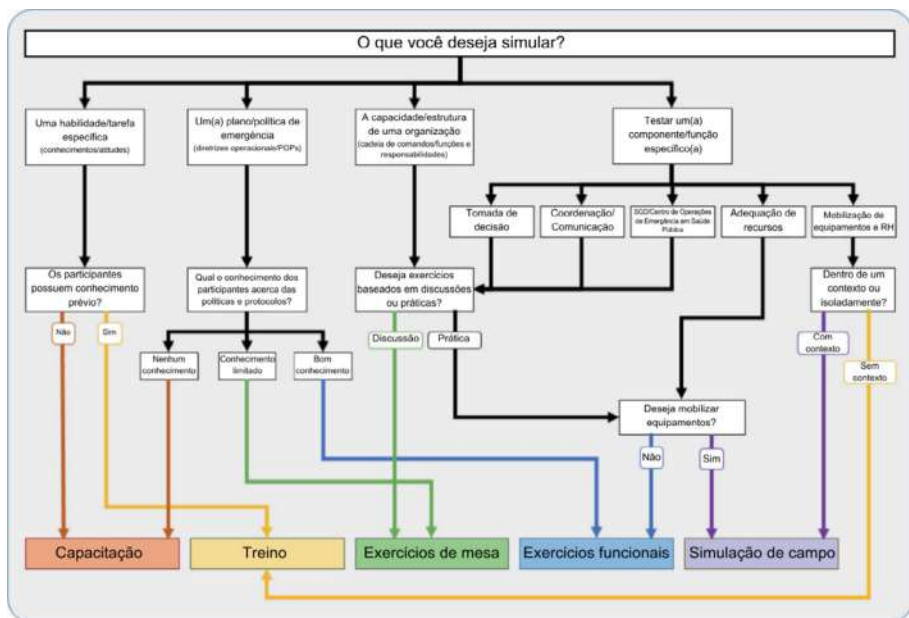
Os exercícios que utilizam estas tecnologias oferecem como vantagens a repetição até que os resultados desejados sejam alcançados; atualização dos cenários com níveis de dificuldade crescentes à medida que as habilidades são aprimoradas, além da possibilidade de serem realizados a qualquer momento

e lugar, uma vez que os equipamentos estejam disponíveis (Perron *et al.*, 2021; Ragazzoni *et al.*, 2020; Mehrfard *et al.*, 2020).

A escolha do tipo de exercício deve basear-se em propósitos e objetivos previamente estabelecidos, além da disponibilidade de tempo, recursos e infraestrutura. A Figura 1 demonstra uma sugestão de diagrama de decisão.

Os exercícios funcionais e as simulações em campo exigem um emprego robusto de recursos físicos e humanos. Neste sentido, podem ser planejadas por meio de parcerias, inclusive com a comunidade. Os exercícios práticos, embora custosos, são ferramentas estratégicas para organizar funções da equipe de saúde e a liderança, até mesmo no sentido de orientar a população para situações reais.

Figura 1. Diagrama de decisão para escolha do tipo de exercício simulado



Fonte: Adaptado de WHO (2017).

Proposta de exercício simulado

Cenário de aprendizagem

Este caso é abordado no contexto da disciplina “Assistência farmacêutica em desastre e emergências de saúde pública”, ofertada para estudantes de graduação do curso em Farmácia da Universidade Federal Fluminense. Esta disciplina consta entre o conjunto de optativas ofertadas pelo Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica, e tem como pré-requisito a disciplina Assistência Farmacêutica. O tema da ética em contextos de desastres e emergências sanitárias é abordado nas últimas aulas do curso, momento em que o estudante já estará familiarizado com os conceitos e normas essenciais sobre desastres, suas consequências e a gestão de riscos. A inclusão de discussões sobre casos que envolvem questões éticas é motivada pela constatação de que desastres e emergências geram crises, geralmente marcadas pela escassez de recursos e pela necessidade de decisões rápidas, criando cenários em que dilemas éticos emergem.

Material utilizado na simulação

A ética no contexto de desastres e emergências é inicialmente apresentada por meio de uma aula teórica que contextualiza o tema a partir da perspectiva de como vemos e tratamos uns aos outros. Oportuniza a reflexão sobre o que é bom ou mal, tanto na perspectiva individual como na coletiva. A análise ética consiste em identificar os princípios relevantes, aplicá-los a uma situação específica e fazer julgamentos sobre como equilibrar princípios concorrentes quando não for possível satisfazê-los plenamente. Durante a aula é apresentado um “Guia Ético para o Planejamento em Pandemias”, que foi desenvolvido por um grupo de trabalho sobre “Gripe Pandêmica” do Centro Conjunto de Bioética da Universidade de Toronto (University of Toronto Joint Centre for Bioethics (JCB)). O guia foi desenvolvido com base na experiência da SARS e aborda a ética

em casos de pandemia a partir de 15 pontos para o planejamento e a tomada de decisão, dos quais 10 são valores substantivos e cinco são valores procedimentais (Quadros 2 e 3). Os valores substantivos definem os objetivos a serem alcançados em uma situação de desastre, enquanto os valores procedimentais orientam a forma como esses objetivos são perseguidos. Os autores do JCB enfatizam que esses valores formam um conjunto interdependente, essencial em qualquer sociedade democrática (JCB, 2005).

Quadro 2. Dez valores substantivos para orientar a tomada de decisões éticas em um surto de gripe pandêmica

Valor substantivo	Descrição
Liberdade individual	Em uma crise de saúde pública, podem ser necessárias restrições à liberdade individual para proteger o público de danos graves. As restrições à liberdade individual devem: ser proporcional, necessário e relevante; empregar os meios menos restritivos; e ser aplicado de forma equitativa.
Proteção do público contra danos	Para proteger o público de danos, as organizações de saúde e as autoridades de saúde pública podem ser obrigadas a tomar medidas que interferem com a liberdade individual. Os tomadores de decisão devem: Ponderar o imperativo para conformidade; Fornecer razões para as medidas de saúde pública tomadas que encoraje o seu cumprimento; e Estabelecer mecanismos para revisar decisões.
Proporcionalidade	A proporcionalidade exige que as restrições à liberdade individual e as medidas tomadas para proteger o público contra danos não excedam o que é necessário para atender ao nível real de risco ou às necessidades críticas da comunidade.
Privacidade	Os indivíduos têm o direito à privacidade na área de saúde. Em uma crise de saúde pública, pode ser necessário ignorar esse direito para proteger o público de danos graves. Mas isto deve ser cuidadosamente ponderado.
Dever de fornecer cuidados	Inerente a todos os códigos de ética dos profissionais de saúde está o dever de prestar assistência e responder ao sofrimento. Os profissionais de saúde terão que pesar as demandas de suas funções profissionais em relação a outras obrigações que competem à sua própria saúde, à família e aos amigos. Além disso, os profissionais de saúde enfrentarão desafios significativos relacionados à alocação de recursos, ao escopo da prática, à responsabilidade profissional e às condições do local de trabalho.
Reciprocidade	A reciprocidade exige que a sociedade apoie aqueles que enfrentam um ônus desproporcional na proteção do bem público e tome medidas para minimizar esses encargos o máximo possível. As medidas para proteger o bem público provavelmente imporão um ônus desproporcional aos profissionais de saúde, pacientes e suas famílias.

Equidade	Todos os pacientes têm o mesmo direito de receber os cuidados de saúde de que precisam em condições normais. Durante uma pandemia, será necessário tomar decisões difíceis sobre quais serviços de saúde devem ser mantidos e quais devem ser adiados. Dependendo da gravidade da crise de saúde, isso poderia restringir não apenas as cirurgias eletivas, mas também limitar a prestação de serviços emergenciais ou necessários.
Confiança	A confiança é um componente essencial das relações entre médicos e pacientes, funcionários e suas organizações, o público e os profissionais ou organizações de saúde, e entre as organizações de um sistema de saúde. Os tomadores de decisão serão confrontados com o desafio de manter a confiança das partes interessadas e, ao mesmo tempo, implementar medidas de controle durante uma crise de saúde em evolução. A confiança é reforçada pela defesa de valores de processo como a transparência.
Solidariedade	Requer-se uma visão de solidariedade global e uma visão de solidariedade entre as nações. Uma pandemia pode desafiar as ideias convencionais de soberania nacional, segurança ou territorialidade. Ela também exige solidariedade dentro e entre as instituições de saúde. Demanda abordagens colaborativas que deixem de lado os valores tradicionais de interesse próprio ou territorialidade entre profissionais, serviços ou instituições de saúde.
Administração	Aqueles a quem são confiadas funções de governança devem ser guiados pela noção de administração. Inerentes à administração estão as noções de confiança, comportamento ético e boa tomada de decisões. Isso implica que as decisões relativas aos recursos têm o objetivo de obter os melhores resultados para a saúde do paciente e para a saúde pública, dadas as circunstâncias únicas da crise da influenza.

Fonte: Adaptado de University of Toronto JCB (2005).

Quadro 3. Cinco valores procedimentais para orientar a tomada de decisões éticas em caso de surto de gripe pandêmica

Valores procedimentais	Descrição
Razoável	As decisões devem ser baseadas em razões (ou seja, evidências, princípios e valores) que as partes interessadas possam concordar que são relevantes para atender às necessidades de saúde em uma emergência. As decisões devem ser tomadas por pessoas que tenham credibilidade e sejam responsáveis.
Aberto e transparente	O processo pelo qual as decisões são tomadas deve ser aberto ao escrutínio, e a base sobre a qual as decisões são tomadas deve ser acessível ao público.
Inclusivo	As decisões devem ser tomadas explicitamente levando em conta os pontos de vista das partes interessadas, e deve haver oportunidades para envolver as partes interessadas no processo decisório.
Responsivo	Devem existir oportunidades para visitar e revisar as decisões à medida que surgem novas informações durante a crise. Deve haver mecanismos para tratar de disputas e reclamações.
Responsável	Devem existir mecanismos para garantir que os tomadores de decisão respondam por suas ações e omissões. A defesa de ações e omissões deve ser fundamentada nos outros 14 valores éticos propostos acima.

Fonte: Adaptado de University of Toronto JCB (2005).

O caso apresentado em aula deve ser analisado pela perspectiva de que todos os componentes de um grupo de estudantes são profissionais de saúde, designados para atuar em uma Emergência de Saúde Pública, recentemente declarada.

Parte-se do estabelecido no Regulamento Sanitário Internacional (ANVISA, 2005), que define uma emergência como um evento extraordinário que representa risco à saúde pública para outros Estados, devido ao potencial de disseminação internacional de doenças, e que pode requerer uma resposta coordenada em nível internacional. Nesse contexto, torna-se essencial uma tomada de decisão ágil e eficaz para evitar a disseminação de doenças que podem ultrapassar fronteiras ou representar uma ameaça grave à população local.

Inicialmente a/o docente solicita a participação voluntária de uma pessoa para fazer a leitura do caso:

Somos um grupo de profissionais de saúde designados para cuidar de pacientes na ala de isolamento do maior Hospital Geral, em uma cidade do interior de um país onde está ocorrendo um surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave causada por uma nova cepa de um vírus altamente letal e infectante.

A informação sobre o mecanismo da doença é desesperadamente necessária para melhor gerir os casos e reduzir a taxa de mortalidade. Não há laboratório de referência no local, mas a equipe dispõe de alguns equipamentos.

Nos sentimos, portanto, compelidos a realizar uma série de análises de amostras de pacientes internados e dos que vieram a óbito, entre as quais autópsias limitadas. No entanto, a população local está amedrontada e desconfiada da capacidade e motivação das equipes de saúde envolvidas na resposta. Procurar o consentimento dos familiares para obter autorização para obtenção de amostras pode levar a percepções erradas, e ainda colocar em risco as equipes de resposta.

Ao final da leitura, o debate tem início a partir das seguintes perguntas norteadoras:

Como você procederia?

Esta análise deve passar por uma revisão ética e/ou consulta à comunidade? Se sim, quem deveria estar envolvido nestes processos?

O que deve ser dito para a população ou diretamente para os responsáveis antes que autorizem a coleta de amostras dos pacientes para análise?

As informações sobre os resultados das análises devem ser comunicadas às famílias das pessoas que forneceram as amostras?

Quais valores podem ser aplicados na tomada de decisão?

Com base nas perguntas e partindo da análise dos dilemas éticos que emergem do caso apresentado, são discutidos posicionamentos a serem adotados pela equipe de resposta. Tais posicionamentos devem considerar a análise dos valores propostos pelo JCB.

Nos exercícios simulados aplicados a preparação para desastres, onde normalmente são abordadas questões críticas e estressantes, uma parte importante é o processo de revisão da simulação (*debriefing*). Neste momento os participantes analisam o que aconteceu durante o exercício, e são revisitados os objetivos e capturadas as impressões dos participantes de modo a construir consenso sobre as principais ações necessárias a curto, médio e longo prazo. Para tanto, recomenda-se que o condutor do exercício deixe claro que a etapa de revisão não pretende avaliar qualquer pessoa individualmente, mas promover o desenvolvimento de competências necessárias para a atuação em desastres. É essencial que os participantes se sintam seguros para compartilhar suas opiniões, sem que se sintam julgados (WHO, 2024).

Considerações finais

A formação de profissionais de saúde para atuar em desastres é uma necessidade urgente, que deve ser abordada tanto no âmbito da graduação como na educação permanente.

No presente capítulo foi apresentado um panorama sobre os diversos tipos de exercícios simulados voltados para campo dos desastres e emergências em saúde pública e suas aplicações, além da descrição de um caso de simulação útil para o desenvolvimento de competências sobre a ética nestes contextos.

As simulações são recursos com base teórica e técnica e podem contribuir para melhor preparar profissionais de saúde. Em cenários críticos, torna-se evidente a necessidade de que os envolvidos estejam preparados para responder com base em evidências científicas e práticas multiprofissionais. Neste sentido, recomenda-se a formação iniciando na graduação, incluindo horas adicionais de gestão de desastres, para preparar os futuros profissionais.

Tendo em vista o papel das instituições de saúde para responder a desastres, é evidente que a preparação de profissionais de saúde é imperativa. Desse modo, com a oferta de experiências efetivas de formação, por meio de simulações realísticas, reforça-se o compromisso social e ético com a segurança da sociedade.

Referências

ALVES, C. O. *et al.* Experiência em simulação realística na formação em urgência e emergência. **Revista Ciência em Extensão**, v. 16, p. 495-505, 2020. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1679-4605.2020v16p495-505. Acesso em: 12 set. 2024.

ANVISA. **Regulamento Sanitário Internacional (RSI) – 2005**. Organização Mundial de Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>. Acesso em: 16 set. 2024.

BIDDINGER, P. D. *et al.* Public health emergency preparedness exercises: lessons learned. **Public health reports**, 125 Suppl 5(Suppl 5), p. 100–106, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00333549101250S514>. Acesso em: 16 set. 2024.

BRANDÃO, C. F. S.; COLLARES, C. F.; MARIN, H. F. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. **Scientia Medica**, v. 24, n. 2, p. 187-92, 2014. Disponível

em: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2014.2.16189>. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de novembro de 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de outubro de 2017. Seção 1, p. 30. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file>. Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014, Seção 1, p. 8-11. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192. Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-956>. Acesso em: 19 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

BRUNO, B. S. **Educação permanente como dispositivo para enfrentamento dos desastres naturais: uma experiência na Região Serrana do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/3034/Bruna%20Salgueiro%20Bruno.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 set. 2024.

CENTRE FOR RESEARCH ON THE EPIDEMIOLOGY OF DISASTERS (CRED). **Emergency Events Database (EM-DAT)**. Institute of Health & Society (IRSS), Université catholique de Louvain (Brussels), Belgium, 2023. Disponível em: <https://www.emdat.be/>. Acesso em: 17 set. 2024.

D'AVILA, L.S. *et al.* Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da região sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 401-16, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013>. Acesso em: 18 set. 2024.

DONATTI, C. I. *et al.* Global hotspots of climate-related disasters. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, v. 108, p. 104488, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j>.

ijdr.2024.104488. Acesso em: 13 set. 2024.

ELENDU, C. *et al.* The impact of simulation-based training in medical education: A review. **Medicine (Baltimore)**, v. 103, n. 27, e38813, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038813>. Acesso em: 16 set. 2024.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). **Handbook on simulation exercises in EU public health settings** – How to develop simulation exercises within the framework of public health response to communicable diseases. Stockholm: ECDC, 2014. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/simulation-exercise-manual.pdf>. Acesso em: 18 set. 2024.

GILLANI, A. H. *et al.* How Prepared Are the Health Care Professionals for Disaster Medicine Management? An Insight from Pakistan. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 1, p. 200, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010200>. Acesso em: 12 set. 2024.

GOWING, J. R. Disaster Preparedness among Health Professionals and Support Staff: What is Effective? An Integrative Literature Review. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 32, n. 3, p. 321-328, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1049023X1700019X>. Acesso em: 15 set. 2024.

JOINT CENTRE FOR BIOETHICS (JCB). **Stand on guard for thee** – Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. University of Toronto Joint Centre for Bioethics, 2005. Disponível em: https://jcb.utoronto.ca/wp-content/uploads/2021/03/stand_on_guard.pdf. Acesso em: 21 set. 2024.

JUNG, Y. Virtual Reality Simulation for Disaster Preparedness Training in Hospitals: Integrated Review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 24, n. 1, p. e30600, 2022. Disponível em: <https://www.jmir.org/2022/1/e30600>. Acesso em: 12 set. 2024.

KAUFMAN, B. *et al.* Disaster preparedness for clinics – further study from Haiti. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 35, n. 2, p. 170-173, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1049023x20000199>. Acesso em: 12 set. 2024.

LABABIDI, H. M. S. *et al.* Simulation-based training programme and preparedness testing for COVID-19 using system integration methodology. **BMJ simulation & technology enhanced learning**, v. 7, n. 3, p. 126-133, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2020-000626>. Acesso em: 12 set. 2024.

LATEEF, F. Simulation-based learning: Just like the real thing. **Journal of emergencies, trauma, and shock**, v. 3, n. 4, p. 348-352, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70743>. Acesso em: 12 set. 2024.

LIMA, D. S. *et al.* Simulação de incidente com múltiplas vítimas: treinando profissionais e ensinando universitários. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 46, n. 3, p. e20192163, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192163>. Acesso em: 17 set. 2024.

LOGESWARAN, A. *et al.* The role of extended reality technology in healthcare education: Towards a learner-centred approach. **Future Healthcare Journal**, v. 8, n. 1, p. e79-e84, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0112>. Acesso em: 15 set. 2024.

MAGI, C. E. *et al.* Virtual Reality and Augmented Reality Training in Disaster Medicine Courses for Students in Nursing: A Scoping Review of Adoptable Tools. **Behavioral Sciences**, v. 13, n.

7, p. 616, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/bs13070616>. Acesso em: 12 set. 2024.

MEHRFARD, A. *et al.* On the effectiveness of virtual reality-based training for surgical robot setup. *Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering: Imaging & Visualization*, v. 9, n. 3, p. 243–252, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21681163.2020.1835558>. Acesso em: 18 set. 2024.

MDR. Atlas Digital de Desastres no Brasil. Brasília: MIDR, 2024. Disponível em: <https://atlasdigital.mdr.gov.br/paginas/graficos.xhtml#>. Acesso em: 17 set. 2024.

MILGRAM, P.; KISHINO, F. A taxonomy of mixed reality visual displays. **IEICE Transactions on Information and Systems**, v. E77-D, n. 12, p. 1321-1329, 1994. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/231514051_A_Taxonomy_of_Mixed_Reality_Visual_Displays. Acesso em: 18 set. 2024.

PANDYA, J. *et al.* A tabletop exercise approach to global disaster preparedness: insights from Nepal's first international conference on disaster preparedness and management. **Frontiers in Public Health**, v. 12, p. 1400588, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1400588>. Acesso em: 16 set. 2024.

PERRON, J. E. *et al.* Resuscitating cardiopulmonary resuscitation training in a virtual reality: prospective interventional study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 7, p. e22920, 2021. Disponível em: <https://www.jmir.org/2021/7/e22920>. Acesso em: 17 set. 2024.

RAGAZZONI, L. *et al.* Just-in-time training in a tertiary referral hospital during the COVID-19 pandemic in Italy. **Academic Medicine**, v. 96, n. 3, p. 336-339, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003575>. Acesso em: 18 set. 2024.

SANTOS, S. C. M. *et al.* Profile, performance, and perception of pharmacist preparedness for the COVID-19 pandemic. **Research in Social Administrative Pharmacy**, v. 20, n. 4, p. 451-456, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2024.01.011>. Acesso em: 12 set. 2024.

SENA, A. *et al.* Disaster Preparedness Training for Emergency Medicine Residents Using a Tabletop Exercise. **MedEdPORTAL**, v. 17, p. 11119, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11119. Acesso em: 13 set. 2024.

SOARES, E. A. *et al.* Cultura de segurança do paciente e a prática de notificação de eventos adversos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 36, p. e1657-e1657, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1657.2019>. Acesso em: 14 set. 2024.

TAN, Y. *et al.* Disaster preparedness among university students in Guangzhou, China: assessment of status and demand for disaster education. **Disaster medicine and public health preparedness**, v. 11, n. 3, p. 310-317, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.124>. Acesso em: 17 set. 2024.

TASK FORCE ON QUALITY CONTROL OF DISASTER MANAGEMENT (TFQCDM); World Association for Disaster and Emergency Medicine (WADEM); Nordic Society for Disaster Medicine (NSDM). Health disaster management: guidelines for evaluation and research in the Utstein Style. Volume I. Conceptual framework of disasters. **Prehospital and disaster medicine**, 17 Suppl 3, p. 1-177, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12938951/>. Acesso em: 17 set. 2024.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DISASTER RISK REDUCTION (UNDRR). **Sendai Framework Terminology on Disaster Risk Reduction**. 2024. Disponível em: <https://www.undrr.org/>

undrr.org/terminology/disaster. Acesso em: 18 set. 2024.

WHO. **WHO Simulation Exercise Manual**. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254741/WHO-WHE-CPI-2017.10-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 set. 2024.

WHO. COVID-19 Simulation Exercises Packages – Simulation exercises. **World Health Organization**, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/training/simulation-exercise>. Acesso em: 24 set. 2024.

WITT, R. R.; GEBBIE, K. M. Tailoring curricula to fit health professionals needs in a disaster: a proposal for Brazilian nurses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p. 1-7, e56229, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.56229>. Acesso em: 17 set. 2024.

WITT, R. R. *et al.* Formação de profissionais para a participação na gestão de desastres e emergências em saúde. **Vittale – Revista de Ciências da Saúde**, v. 35, n. 1, p. 32-43, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/vittale.v35i1.15125>. Acesso em: 17 set. 2024.

As autoras agradecem a Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro pela revisão cuidadosa da versão final do capítulo.



Capítulo 2

VIVENCIANDO A TÉCNICA DA SIMULAÇÃO NO ENSINO DA FARMÁCIA

Mauro Silveira de Castro

Para obter habilitação para dirigir um veículo automotor, é necessário que as pessoas passem por um processo de aprendizado, que inclui o conhecimento da legislação e das regras de condução, além do desenvolvimento das habilidades necessárias para a direção. Devem também ter tranquilidade para, enfim, executar as atividades. Não se aprende da noite para o dia. Nenhuma das fases do aprendizado pode ser abolida, sob pena de colocar em risco a própria vida e a de outras pessoas. Você pode saber tudo sobre legislação e regras de trânsito, mas sem ter as devidas habilidades, não pode dirigir. A recíproca é verdadeira. E se o componente emocional não estiver em equilíbrio, não será possível dirigir com tranquilidade e sem riscos. No desenvolvimento da habilidade de dirigir, os primeiros movimentos incluem desde ligar o motor e engatar a marcha até movimentar o veículo e realizar as trocas de marcha conforme necessário. Com o tempo, o motorista passa a prestar atenção às movimentações de pessoas, outros veículos e objetos estacionados no percurso. É essencial que as ações sejam coordenadas e realizadas de forma automática para garantir a segurança no trânsito. Sentimentos de medo, nervosismo e ansiedade podem dificultar esse processo, afetando a qualidade e a segurança ao dirigir. Realizar a dispensação de um medicamento, o acompanhamento farmacoterapêutico de um paciente, a entrevista para a detecção de problemas relacionados a medicamentos, a discussão sobre a melhor opção terapêutica, entre outros serviços, necessita não apenas de conhecimento, mas do

desenvolvimento de algumas habilidades. Por outro lado, existe inegavelmente um grande risco nas atividades dos profissionais da saúde relacionadas aos erros de medicação, estando estes imbricados na morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Se a habilidade não é desenvolvida, como no caso da condução de veículos, não existe garantia de que um profissional farmacêutico possa realizar adequadamente atividades profissionais. Outro fator é: qual o sentimento do profissional frente a essas atividades?

Existe um hiato entre o ensino farmacêutico e as práticas profissionais em muitos cursos de Farmácia. O problema está na falta de desenvolvimento de habilidades que propiciem ao profissional sentir-se apto a realizar atividades em que aplica seus conhecimentos. Atualmente, existe uma onda de simulações realísticas utilizando-se manequins para o desenvolvimento de habilidades clínicas. Mas isso é apenas uma parte muito pequena das necessidades de uso da simulação como uma metodologia ativa.

No Brasil, em 1985, foi realizado o Curso de Especialização em Farmácia Hospitalar para o Controle de Infecção Hospitalar, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Uma das práticas de ensino voltadas à farmácia clínica foi o *role-play* – uma metodologia ativa. Como participante, vivenciei a simulação de uma dispensação que aparentemente seria algo muito fácil, depois de toda a abordagem teórica recebida, desde o processo de comunicação até o conceito de dispensação de medicamentos. Após a finalização da simulação, veio o *feedback* ou *debriefing* dos professores Júlio Maia e Lúcia Noblat, e a realidade veio à tona: vícios de linguagem, cacoetes linguísticos, postura corporal inadequada, não abordagem de todos os detalhes relacionados aos medicamentos a serem dispensados. E o mesmo foi acontecendo com as simulações dos colegas. A arrogância profissional caiu por terra! As certezas se tornaram incertezas. Depois, em 1989, durante o curso de Farmácia Clínica da Universidade do Chile, mais *role-play*. De fato, foi a partir da troca de experiências com essa Universidade que foi implementada a técnica do *role-play* na UFRN. Foi muito importante ver como os professores do Chile empregavam o *role-play*, até mesmo na resolução de problemas em

um centro de informação sobre medicamentos. Veio-me à mente: como treinar os estudantes de Farmácia em estágio para responder perguntas via telefone?

Em 2001, durante o *Máster en Atención Farmacéutica* na Universidad de Granada, mais simulações: como ser profissional durante uma entrevista de rádio, de televisão e em uma reunião entre profissionais da saúde? A Escola Andaluz de Saúde Pública nos brindava com laboratórios especiais, sala de rádio, estúdio de TV e espaços para simular uma reunião. Como fazer um programa de rádio para ações de Educação em Saúde? Como apresentar para a população situações problemas? Mais simulações, mais formação.

Em minhas atividades como professor na Faculdade de Farmácia da UFRGS e no Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, utilizei metodologias ativas em diversas situações. O desenvolvimento dessas práticas foi amplamente impulsionado pelo trabalho dedicado dos estudantes de pós-graduação e dos profissionais envolvidos no Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica (GPDAF). Os cenários de prática profissional em que utilizamos a técnica da simulação estão abaixo relatados e apresentados de forma sucinta.

- Comunicação: entrevistar um paciente internado em leito de unidade de internação hospitalar, utilizando-se a técnica correta de comunicação;
- Dispensação de medicamentos em farmácia comunitária, principalmente em situações especiais como: antibiótico que necessita de reconstituição para uso; medicamento que utiliza dispositivo para administração;
- Redispensação de medicamentos: a maioria dos casos de abandono de um tratamento devido a reações adversas ou de uso incorreto se dá trinta dias após o início do uso, portanto a redispensação deve ser realizada de uma forma que oportunize identificar esses problemas;
- Simulação de métodos de cuidado farmacêutico como o de orientação farmacêutica (*Indian Health Service/USA*) e o de

acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico;

- Treinamento de recursos humanos: como treinar um auxiliar de farmácia nas atividades de armazenagem;
- Treinamento de recursos humanos: distribuição de medicamentos, métodos na farmácia hospitalar – treinar principalmente para minimizar os erros de medicação que acontecem nesses sistemas;
- Treinamento de recursos humanos: implantação de uma rotina ou procedimento. Os alunos deveriam escrever uma rotina bem simples, por exemplo, como fazer café para quatro pessoas. Após a escrita, os alunos trocavam suas propostas de rotinas e as avaliavam. Muitas das conclusões eram de que não era possível fazer o café com as rotinas apresentadas. Também se pode utilizar como objetivo fazer chimarrão. Após, simulava-se uma rotina mais complexa;
- Implantação de serviços: como implantar um sistema de diagnóstico em uma rede de farmácias. O professor é o gerente de uma rede de farmácias e em aula apresenta para os alunos um aparelho com as informações disponibilizadas pelo fabricante; os alunos são os farmacêuticos da rede de farmácia indicados para preparar a implantação do serviço de medida de glicose, colesterol etc.;
- Educação em Saúde: uso racional de medicamentos, uso de antimicrobianos, perigos da automedicação, uso de dispositivos inalatórios. Os participantes devem produzir uma determinada forma de material educativo e planejar o processo de validação;
- Tribunal do Júri: é apresentada ao grupo uma situação real, por exemplo, farmácia vendeu medicamento para crianças e trocou o medicamento. A criança menor veio a óbito. Os alunos são divididos em três grupos de forma aleatória: acusação, defesa e júri. O professor ou grupo de avaliadores são os juízes e esses avaliam o júri e os demais. O júri avalia os grupos. Importante salientar que deve ser apresentada aos alunos a necessidade de argumentos

- técnicos, tanto na acusação como na defesa e no parecer do júri;
- Informação sobre medicamentos ou situações em saúde (morte por erro de medicação) por meio de entrevista em rádio ou TV. Simular um programa de rádio ou um de TV;
 - Reunião de uma comissão de farmácia e terapêutica: onde os participantes representam papéis como membros da direção de um hospital, médico(s), enfermeiro(s) e farmacêutico(s) na discussão de incorporação ou não de um medicamento. Um dos participantes é o relator do processo de inclusão, os outros avaliam;
 - Informação sobre medicamentos: atendendo uma solicitação de informações sobre medicamentos por via telefônica ou mensagem de celular.

Outra forma de aprender com simulações é a apresentação de um vídeo com determinada situação. Após a visualização do vídeo, os participantes devem avaliar o que foi realizado e como seria o correto proceder. Os temas tratados por nós foram: resolução de conflitos na farmácia; tomada de decisão no cuidado farmacêutico; identificação de erros na realização de atendimentos farmacêuticos e demonstração de como fazer uma anamnese farmacêutica. Essas filmagens de simulações foram disponibilizadas na plataforma Moodle da UFRGS e os alunos tinham a oportunidade de assistir quantas vezes quisessem e quando tivessem disponibilidade. Depois de um período de estudo desse material simularam, em duplas, presencialmente.

Com o Laboratório de Habilidades Clínicas e financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), conseguimos montar um estúdio e comprar manequins-braço para treinamento de aferição da pressão arterial e aparelho para medidas bioquímicas em farmácia. A farmacêutica Agnes N. Gossenheimer (2018), em seu doutorado, nos ajudou a implantar o Exame Clínico Objetivo Estruturado, onde foi utilizada a técnica da simulação como componente do mesmo. Chegamos até o desenvolvimento de um simulador virtual de cuidado farmacêutico, por meio do doutorado de Ana Paula de Oliveira Barbosa (2015, 2016). Mas esse desenvolvimento não avançou, em função da falta de recursos financeiros.

Em situações especiais, desenvolvemos duas outras formas de simulação. A primeira foi a simulação reversa ou decolonial: alunos farmacêuticos do curso de aperfeiçoamento na saúde indígena (Farmacêuticos na Atenção Básica/Primária à Saúde Indígena: trabalhando em Rede – DAF-MS/GPDAF, 2016) foram convidados a serem os pacientes de uma simulação de um caso clínico e foram atendidos por estudantes indígenas da UFRGS, segundo a medicina tradicional Kaingang ou Guarani (pajelança). O objetivo era que o aluno conseguisse discutir o que acontece quando outra pessoa é submetida a um tratamento fora de sua cultura tradicional e as implicações disso.

A segunda foi a simulação de construção coletiva do conhecimento: uma turma de 40 alunos era convidada a atender um paciente por meio do método de seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico. Como o atendimento leva muito tempo, um aluno iniciava segundo sua prática e se alguém do grupo discordava da abordagem colocava a mão no ombro do colega e anunciava “eu faria diferente” e demonstrava como proceder. Nessas duas formas de proceder à simulação, é muito importante a participação do preceptor.

No primeiro caso, deve-se atentar para o desconforto que a situação causa para muitos alunos, e a analogia com o que os indígenas sentem é primordial. Essa discussão contribui para uma nova forma de cuidado farmacêutico. No segundo caso, é importante que a turma compreenda que estamos construindo coletivamente um conhecimento, que o seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico é uma atividade complexa. O que ajudou bastante foi o fato de os alunos terem assistido vídeos com todo o processo e questões que envolvem o cuidado farmacêutico nesse caso.

Com a utilização constante das técnicas de simulação, verificamos a necessidade de estabelecer critérios de boas práticas. Algumas instituições publicaram suas recomendações e existe uma série de artigos publicados sobre como realizar uma simulação (Barbosa *et al.*, 2016; INACSL, 2021). Abaixo se apresenta um passo a passo de como proceder para a utilização da técnica de simulação para a melhor aplicação no contexto brasileiro:

1. Planejando a simulação: é fundamental planejar a simulação tendo por base as respostas às questões abaixo, as quais permitem desenvolver o cenário onde acontecerá a simulação.

- Quais habilidades ou aplicação de conhecimentos o participante necessita desenvolver, ou praticar para sua formação profissional?
- Existe a possibilidade de ser utilizada a metodologia ativa simulação no evento identificado?
- Qual a situação específica a ser simulada?
- Qual a base teórica ou justificativa para a situação ser simulada?
- Qual o público-alvo?
- Quais os objetivos e metas a serem atingidas?

Um bom exemplo é o caso da comunicação entre profissional da saúde e a pessoa que utiliza o sistema de saúde. Essa é uma habilidade que deve ser desenvolvida. Existe a possibilidade de usar a metodologia com ou sem um laboratório específico. Tudo vai depender de como será construído o cenário e qual a infraestrutura disponível. Existe a possibilidade de se realizar uma entrevista de uma pessoa que utiliza medicamento(s), na qual o nível da simulação pode ser adaptado para o conhecimento do participante. Também existe uma base teórica que reforça a necessidade de que o profissional de saúde deve ter habilidade nessa área, inclusive delimitando domínios e variáveis a serem observados. Como exemplo, na disciplina de Farmácia Hospitalar, as turmas práticas contavam com um público-alvo de 12 alunos, enquanto na disciplina de atenção farmacêutica/cuidado farmacêutico, cada turma prática tinha 35 alunos. Para essa simulação, estabeleceu-se como objetivo o desenvolvimento da comunicação entre farmacêutico e paciente em leito hospitalar, por meio de entrevista sobre medicamentos, tendo-se como meta três domínios: comunicação verbal, comunicação não verbal e postura no ambiente, sendo estabelecidos itens de avaliação em cada um dos domínios. No primeiro caso, com a turma de 12 alunos, estabeleceu-se simular na sala de

aula, em duplas, que depois trocavam de papéis. No segundo caso, em função do maior número de alunos na turma (35), utilizou-se a técnica da simulação em tríade. Ambas as técnicas de simulação serão detalhadas no item 2.

Outro exemplo de simulação foi o caso dos erros de medicação na distribuição de medicamentos para pacientes internados em hospitais. É difícil estabelecer uma forma de simulação dos erros tendo os alunos como distribuidores de medicamentos, portanto, não existe a possibilidade direta de simulação. Então, optamos por eles prepararem um treinamento para um auxiliar de farmácia, demonstrando onde ocorrem os erros e porque eles acontecem.

Portanto, na simulação, o planejamento serve para definir o espírito da abordagem para a próxima experiência de aprendizagem, sendo denominado em inglês *pre-briefing* (INACSL, 2021). Como exemplo, apresentamos uma ficha do processo de planejamento de uma simulação (Anexo 1).

- 2. Criando um cenário:** após definir o objetivo e as metas é necessário criar um cenário ou situação em que a simulação irá acontecer. Se for um caso clínico, o cenário onde ele ocorre também deve ser pensado. Muitas vezes o caso clínico é parte integrante de uma situação profissional em um determinado ambiente. Se possível, a situação deve ser baseada em fatos vivenciados. As simulações desenvolvidas pelo GPDAF foram, em sua maioria, vivenciadas pelos membros do mesmo. Alguns materiais foram desenvolvidos a partir de relatos e práticas de outros profissionais.

Um fator essencial é ter conhecimento de qual a infraestrutura que pode ser utilizada para a simulação. Se você não conta com um laboratório de prática, qual a estrutura que você vai utilizar? E qual o número de participantes que você tem estabelecido para as práticas?

Exemplo 1: em 1994, a Faculdade de Farmácia da UFRGS não contava com nenhum laboratório de práticas de simulação. A turma era de Farmácia Hospitalar, com 12 alunos em cada aula prática, como já referido. Aqui entra um fator a ser considerado: qual o nível de ambiente fictício que você vai ter

que declarar, deixar claro para os participantes? Nesse caso, foram utilizadas duas cadeiras, uma mesa, uma parte da sala de aula, sendo as cadeiras postadas uma como se fosse o leito, outra como a cadeira para o entrevistador se sentar, a mesa representando o outro leito e “o ambiente” perto da porta semelhante como disponibilizados em um quarto de hospital. Os papéis estabelecidos foram o de farmacêutico, paciente a ser entrevistado e paciente vizinho. Foi estabelecido um roteiro para o entrevistado, um para o farmacêutico e outro para o vizinho do entrevistado, quando pertinente.

Exemplo 2: No caso da turma de 35 alunos, é praticamente impossível utilizar a mesma forma de simulação. Só se for de forma demonstrativa, mas os participantes não conseguem desenvolver as habilidades necessárias. Então se pode empregar a técnica da simulação em tríade. Os alunos são divididos em grupos de três integrantes. Um será o farmacêutico, outro o paciente e o terceiro o avaliador. Os integrantes do grupo vão trocando de papel durante a prática de simulação. Cada trio deve distribuir-se dentro da sala de aula e praticar a simulação. Se necessário utilizar mais de uma sala de aula. O professor deve assessorar os alunos em suas dúvidas. É muito importante que o instrumento de avaliação esteja claro para os participantes. Após um tempo determinado de prática das tríades, existe a apresentação de cada grupo. Eles definem qual pessoa terá o papel na simulação. Após a simulação, o avaliador designado pela tríade relata quais pontos positivos foram atingidos e quais os pontos negativos, com a complementação dos colegas da tríade. O professor anota suas observações. Todas as tríades apresentam suas simulações e o professor faz o fechamento de pontos positivos e pontos negativos que aconteceram durante as apresentações.

Considerando o cenário, a atividade proposta, o objetivo e as metas, bem como o conhecimento teórico disponibilizado aos alunos, é possível a elaboração de uma ficha de avaliação. Ela vai representar a forma como o praticante vai ser avaliado: são algumas das regras do jogo da simulação. No Anexo 2, apresentamos uma ficha simples de avaliação do processo de simulação dos exemplos acima.

Quando você possui um laboratório de desenvolvimento de habilidades clínicas, o cenário/caso clínico pode vir a ter um aumento substancial do grau de complexidade das atividades. Nos exemplos acima se pode denominar as atividades de *role-play*, uma técnica que encontramos em vários artigos na literatura. No caso de aumentar a complexidade das simulações, pode-se utilizar a técnica do paciente padrão. Nela você vai necessitar de uma pessoa que assuma o papel de paciente e que tenha quase sempre o mesmo padrão de comportamento, somente diferindo segundo as interações que o aluno no papel de farmacêutico realizar. O uso de um paciente padrão é uma excelente oportunidade para poder verificar o desenvolvimento comparativo dos alunos.

O Laboratório de Habilidades Clínicas da Faculdade de Farmácia da UFRGS possui um ambiente de simulação com um cenário de uma prateleira com medicamentos e um balcão para atendimento na dispensação (Figura 1). Ao lado, você também possui uma mesa com cadeiras para um atendimento mais personalizado e com maior atenção (Figura 2). Isso diminui substancialmente o ambiente ficcional a ser apresentado aos alunos.

Figura 1. Farm. Márcia dos Angeles na inauguração do estúdio



Fonte: Mauro Silveira de Castro

Figura 2. Estúdio para gravação de simulações



Fonte: Mauro Silveira de Castro

A simulação pode ser gravada e apresentada posteriormente para avaliação. Esse passo será melhor discutido mais adiante.

Exemplo 3: Dispensação de um medicamento que necessita uma maior abordagem devido ao uso de dispositivo para sua correta utilização. Essa simulação deve ser reservada para alunos de final de curso. Nesse caso, o ideal é um paciente padrão em que a filha esteja utilizando o medicamento pela primeira vez. Deve-se dar um tempo para que os alunos revisem a monografia dos medicamentos que poderão estar nas receitas e para que se preparem para sua dispensação, escolhendo as informações sobre os medicamentos e dispositivos que podem estar vinculados à receita. Se o aluno desejar, pode levar material escrito para orientar o uso do dispositivo. Também terá o dispositivo à disposição no local de simulação. A avaliação a ser realizada é muito mais aprofundada e já considera que o aluno desenvolveu as habilidades de comunicação, sendo avaliado nesse quesito de forma mais geral. No Anexo 3, encontra-se um instrumento de avaliação desenvolvido pelo GPDAF.

3. Planejando a apresentação do caso a ser simulado: é essencial que na apresentação da simulação alguns entendimentos sejam esclarecidos para os participantes (Hughes; Hughes, 2024; INACSL, 2021). Primeiro: é uma oportunidade de aprender com os erros. Poucas pessoas têm grande habilidade na realização da simulação. Portanto, com o correto planejamento é que vamos desenvolver as habilidades para poder cuidar adequadamente das pessoas. Segundo: o respeito é fundamental. O que acontece dentro da sala de aula fica na sala de aula. Temos que pactuar que atitudes ofensivas, as piadas inapropriadas e o *bullying* não serão aceitos. Caso aconteçam, medidas outras podem ser tomadas. Terceiro: estamos simulando com a infraestrutura que temos, portanto, existe uma parte de ficção em nossa simulação. Esta deve ser adequadamente apresentada e assumida como possível na simulação. Sem isso, o objetivo maior, que é a prática por meio da construção do conhecimento-habilidade, fica comprometido. Quarto: vamos proceder da melhor forma possível para preservar as pessoas e sua intimidade. Se não houver estabelecimento de segurança psicológica, os alunos não poderão otimizar sua experiência no laboratório de simulação. O estresse do ambiente de simulação pode levar os alunos a sentirem sofrimento psicológico. As simulações podem induzir sofrimento psicológico criando ansiedade de desempenho, revelando lacunas de conhecimento. É tempo de deixar claro que esse momento serve para preparar e orientar os alunos para uma experiência de vida, e não uma experiência terminativa, determinística. Com isto posto, os alunos sentem-se à vontade para assumir riscos e aprender com seus erros, inclusive permitindo maior profundidade de discussão e percepção do processo de pensamento do aluno durante a avaliação ou *debriefing*. Quinto: as regras de avaliação devem estar claras e definidas. Devem ser apresentadas antes da simulação. Alguns

podem achar que isso é desnecessário, mas em nossa prática verificamos que quando assim procedemos criamos uma base de confiança e as pessoas que vão simular ficam mais tranquilas. O estresse diminui bastante. Com o desenvolvimento de nossas atividades, chegamos a gravar nossas próprias simulações onde tínhamos cometido erros e apresentamos para os alunos antes deles simularem. Obtivemos um ambiente lúdico com isso. A nossa melhor prática foi filmar o aluno simulando no estúdio, com um paciente padrão (Paramasivan; Khoo, 2020) e quem iniciava a gravação era o paciente. Somente os dois estavam no cenário. Portanto, deve-se criar um ambiente seguro para que a simulação ocorra, bem como ter claro quais objetivos desejamos atingir. Algumas vezes aconteceram manifestações de alunos que questionaram: por que realizar essas simulações, se nada disso acontece na vida real? Argumentavam que a ficção é demasiada. Então, vimos a necessidade de, em aulas prévias, no início das atividades, apresentar-lhes artigos em que existem resultados positivos e outros negativos do cuidado farmacêutico e solicitar-lhes que os estudassem. Além disso, relembávamos que o papel da universidade é estar à frente de seu tempo e buscar soluções para os problemas da sociedade e que vários problemas estão relacionados ao uso de medicamentos. Nosso papel é mostrar o que se pode e se deve fazer. Mas cabe a cada um levar o problema para sua prática profissional e consciência.

4. **Simulando:** É importante estar com tudo pronto, ter a ficha técnica da simulação em mãos ou uma lista do necessário. Estando com o cenário pronto, dependendo do acordado, se inicia o processo de simulação. Encoraje o aluno a realizar sua simulação, deixe ele parar e reiniciar se achou que não está sendo correta sua simulação. Trabalhe para que a pessoa se sinta segura para realizar sua tarefa. Crie um ambiente acolhedor. Se a simulação é em grupo, fique atento

às situações de risco. Por exemplo, aluno que não consegue realizar a simulação. Exemplo 1. Aluno tem crise de riso, não consegue evoluir na simulação. Suspender a simulação e conversar com o aluno. Em um caso, negociamos com o aluno e fizemos à parte de todos os outros alunos a simulação. Exemplo 2. Em uma simulação de um tribunal de júri de uma dispensação, os alunos foram, por sorteio, designados a três grupos: acusação, defesa e júri. Mesmo com o sorteio, na acusação e na defesa estavam membros de dois grupos diferentes que disputavam o Centro Acadêmico em cada um deles. Em um determinado momento, ocorreram agressões verbais de um grupo ao outro. Imediatamente suspendemos as apresentações, dando um intervalo e com linguagem não verbal apresentando nossa avaliação da situação. A pessoa que agrediu verbalmente evadiu-se da sala de aula, não esperando nossa abordagem. Todos saíram para o intervalo um pouco preocupados. Quando iniciamos a falar sobre o acordado de não agressão e de respeito mútuo, a pessoa que havia saído antes do intervalo retornou, em prantos, e pediu desculpas por seus atos e que seu grupo não fosse penalizado. Conversamos brevemente sobre o assunto e retornamos normalmente aos trabalhos. Ficou evidente que a simulação deve ser muito bem planejada e acordada entre as partes.

5. **Analisando o processo de simulação:** se a avaliação da simulação não ocorrer logo após a mesma ter sido realizada, é interessante você avaliar se os objetivos foram atingidos e se algum fato pode ter interferido no desempenho dos alunos. Caso ocorra alguma interferência, é imprescindível que você, ao realizar a avaliação do desempenho dos alunos, relate-a e como isso será avaliado. A melhor opção para iniciar a análise, visando a avaliação, é a gravação da simulação. Caso você não consiga gravar, você deve estar atento e com a ficha de avaliação em mãos ou uma folha de papel em branco e anotar todos os acontecimentos, positivos e negativos.

6. **Avaliando o desempenho:** a avaliação de desempenho (*debriefing*) deve ser realizada com muita cautela (Duff *et al.*, 2024). Nós avaliamos vários vídeos de alunos que simularam alguns casos pela primeira vez em sua vida, em um ambiente que somente estava quem simulava e o(s) paciente(s) padrão. A grande maioria havia obtido desempenho satisfatório quanto aos conhecimentos sobre o tipo de cuidado farmacêutico a ser realizado. Mas, durante a simulação, suas habilidades mostraram-se não satisfatórias em muitos dos critérios avaliados (Packeiser; Castro, 2020, 2021). A população de alunos era de profissionais. Na realidade isso é esperado, aplicar conhecimentos é extremamente diferente de mostrar conhecimento. Então, durante a avaliação de desempenho, é muito importante acordar novamente como procederemos. Sempre solicitamos que alguém se voluntarie a ter sua simulação avaliada. A primeira avaliação é uma autoavaliação, na qual o aluno pode avaliar o que ele atingiu de pontos positivos e o que deve corrigir. Após, os outros alunos podem apresentar seu ponto de vista, que será discutido em grupo. O professor vai complementando aos poucos e somente no final apresenta pontos que não foram abordados, ou mostra que algumas avaliações estão fora do contexto do conhecimento do grupo. Se bem conduzidas, essas avaliações em grupo são um ambiente de aprendizado, onde muitos querem simular novamente, pois nunca se observaram e passaram a conhecer alguns “cacoetes” e comportamentos que desconheciam. É muito importante a forma de conduzir pelo professor e como ele trata as deficiências. Muitas vezes a maior conclusão é que se necessita treinar muito mais para poder atender bem. Por outro lado, fica claro que é difícil saber tudo sobre os medicamentos e que alguns instrumentos devem estar à disposição, como instruções para uso de dispositivos e bibliografia adequada para consulta sobre medicamentos. Para

muitos, uma certeza fica: a dispensação de medicamentos que têm movimentação diária torna-se fácil de executar. Outros, de menor movimentação, devem ter recursos à mão para consulta. Então, deve-se simular como fazer essas consultas e em que orientar os usuários. Também é importante mudar o grau de conhecimento do paciente padrão, desde o iletrado até o que consulta o Google antes de vir para a dispensação. A avaliação da simulação pavimentou o caminho da correta prática profissional, além de demonstrar que somos humanos, erramos, e devemos prevenir os erros na área do cuidado farmacêutico.

Concluindo, ao longo de nossa vivência da aplicação da técnica da simulação no ensino da farmácia, ficou evidente a necessidade de sua utilização na formação profissional. Por outro lado, a fala de vários alunos permitiu identificar aqueles que tinham responsabilidade em aprender com seus erros e aqueles que achavam que era perda de tempo orientar as pessoas porque *elas não assimilam nada mesmo*. Isso ficou evidente, e mesmo que pareça um resultado negativo, ajuda a demonstrar que o cuidado farmacêutico não é um amontoado de procedimentos operacionais padrão. É a humanização da prática farmacêutica, onde você advoga em benefício do usuário de medicamentos, por meio de uma atitude voltada para o uso racional de medicamentos, em benefício de uma pessoa, fundamentada no conhecimento científico e na habilidade de identificar problemas relacionados a medicamentos e a saúde em geral.

Nosso agradecimento aos membros do GPDAF que participaram dessas atividades: Agnes N. Gossenheimer*, Ana Paulo de O. Barbosa*, Bruna Coelho, Cristiane Manoela Silva, Cristina Rosat Simoni*, Deise Reus*, Diogo Pilger, Fernanda d'Athayde Rodrigues*, Gabriel R. M. de Freitas, Juliana Ellwanger, Juliane F. Monks da Silva*, Lauren Pohlmann, Lídia Einsfeld, Livia Soldatelli Oliboni, Márcia dos Angeles Luna Leite*, Paulo Maximiliano Corrêa*, Raquel Soldatelli Valente, Rodrigo Silveira Pinto*, Sara M. Gallina, Úrsula Jacobs*.

*participaram no desenvolvimento e implantação de técnicas ou do Laboratório de Habilidades Clínicas. Os outros aplicaram as técnicas e contribuíram em sua validação. Muitos outros alunos também participaram dessas atividades, aos quais deixo aqui meu agradecimento.

E às alunas e aluno indígena que participaram de simulações decoloniais: Araci da Silva*, Ivanilde da Silva*, Leonildo da Silva*, Rejane Nunes de Carvalho*, Luana da Silva*, Berenice da Silva, Fernanda da Silva, Jaqueline de Paula, Silvana Moreira Claudino, Denise Cipriano, Edina Josiane*, Sandra Gomes da Rosa.

*participaram no desenvolvimento de simulações específicas para a saúde indígena.

Referências

ASSOCIATION FOR SIMULATED PRACTICE IN HEALTHCARE. **Guiding Simulation-based Practice in Health and Care**. The Aspnh Standards, 2023.

BARBOSA, A. P. O. *et al.* Use of a Simulator to Develop Clinical Skills for Pharmacists. In: CRUZ-CUNHA, M. M. *et al.* (Orgs.). **Encyclopedia of E-Health and Telemedicine**. Hershey, PA: Medical Information Science Reference, 2016. p. 412-421.

BARBOSA, A. P. O. **Simulação de práticas clínicas em farmácia**: desenvolvimento de estrutura e simulador de processo de cuidado à saúde. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**. São Paulo, 2020.

DIAZ-NAVARRO, C. *et al.* Global consensus statement on simulation-based practice in healthcare. **Simulation in Healthcare**, v. 19, n. 3, p. e52-e59, June 2024.

DUFF, J. *et al.* Debriefing Methods for Simulation in Healthcare: Systematic Review. **Simulation in Healthcare**, v. 19, n. 1S, p. S112-S121, January 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000765>. Acesso em: 12 set. 2024.

GOSENHEIMER, A. N. **Certificação em cuidados farmacêuticos de pessoas com diabetes**: uma abordagem centrada na pessoa. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

HUGHES, P. G.; HUGHES, K. E. **Briefing Prior to Simulation Activity**. Stat Pearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing, 2024.

INACSL – STANDARDS COMMITTEE *et al.* Healthcare Simulation Standards of Best Practice

TM Prebriefing: Preparation and Briefing. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 9-13, September 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.008>. Acesso em: 12 set. 2024.

INACSL – STANDARDS COMMITTEE *et al.* Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Evaluation of Learning and Performance. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 54-56, September 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.016>. Acesso em: 12 set. 2024.

INACSL – STANDARDS COMMITTEE. Healthcare Simulation Standards of Best Practice. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 66, 2021.

LIOCE, L. *et al.* Standards of best practice: Simulation standard IX: simulation design. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 11, n. 6, p. 309-315, June 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.005>. Acesso em: 12 set. 2024.

PACKEISER, P. B.; CASTRO, M. S. Avaliação do processo de dispensação de medicamentos na saúde indígena por meio de simulação de atendimento. **Clinical and Biomedical Research**, v. 41, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/2357-9730.105514>. Acesso em: 12 set. 2024.

PACKEISER, P. B.; CASTRO, M. S. Evaluation of simulated drug dispensing and patient counseling in the course of pharmaceutical improvement: 2009 to 2015. **Pharmacy Practice**, v. 18, n. 4, p. 1865, 2020.

PARAMASIVAN, A.; KHOO, D. Standardized Patients Versus Peer Role Play-Exploring the Experience, Efficacy, and Cost-Effectiveness in Residency Training Module for Breaking Bad News. **Journal of Surgical Education**, v. 77, n. 2, p. 479-484, Mar.-Apr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.10.009>. Acesso em: 12 set. 2024.

ANEXO 1

Atividade: Simulação de dispensação

CASO

1. Papel a ser desempenhado pelo paciente padrão: paciente vem à UBS Mato Castelhana para retirar medicamentos que lhe foram prescritos na clínica especializada da Prefeitura Municipal de Três Flores. Apresenta a receita. Se perguntada:
 - Relata que é a primeira vez que vai utilizar esses medicamentos, que o médico especialista disse para ela que ela estava com asma.
 - Relata que já tinha isso quando era pequena, sentia falta de ar e chiado no peito. Que agora começou a piorar foi no posto e o médico mandou ela para essa clínica.
 - Fez uns exames lá de soprar num tubo antes e depois de usar um medicamento.
 - Não entendeu nada de como tomar. Por que cheirar uma cápsula se ela é para tomar?
2. AVALIAÇÃO: O aluno que estiver simulando deve atender aos critérios de dispensação conforme a ficha de avaliação. **IMPORTANTE:** Na hora de dispensar os medicamentos, quem estiver simulando **NECESSARIAMENTE** vai explicar o uso dos produtos. Deve explicar claramente para que serve cada medicamento.

Prescrições:



Prefeitura de Três Flores
Secretaria Municipal de Saúde

Caso Dispensação de medicamentos

Paciente: Joana Francisca Wierhouse

Uso Interno.

1 – Salbutamol com nebulímetro Spray Oral 1

FSC

Aspirar 2 a 4 jatos até de 4 em 4 horas, se tiver falta de ar ou chiado no peito.

2 – Formoterol + budesonida 12/400 MCG

60 cp.

Aspirar 1 cápsula de 12 em 12 horas. Lavar a boca após o uso.

Três Flores, _____

INFRAESTRUTURA E MATERIAIS

Cenários: no laboratório de habilidades. Balcão, prateleira de farmácia e mesa com 3 cadeiras. (Dispensação e orientação)	Conferir se na prateleira constam: 01 Salbutamol 100 mcg aerossol 01 Formoterol + budesonida Espaçador (produzido com garrafinha pet)
Farmacêutico	01 Jaleco 01 Crachás em branco (+ etiquetas)
Paciente padrão	Prescrição Documento (pseudo RG)
Equipamentos	02 Tripés 02 câmeras + baterias carregadas 04 cartões de memória 02 microfones de lapela 02 luminárias de estúdio Fones de ouvido
Recursos humanos:	Operador de vídeo e áudio + paciente padrão + professor

Observação: essa é uma das situações apresentadas. Outra opção é uma mãe que busca o mesmo medicamento para seu filho. Outra prescrição é de antimicrobiano que necessita de reconstituição e de administração utilizando dosador oral. Outras prescrições podem ser apresentadas com outros dispositivos inalatórios. Outra situação é do uso de óvulos vaginais, de insulina, de prescrição de medicamentos que necessitam orientação especial como alendronato de sódio (nesse caso polifarmácia).

ANEXO 2

AValiação DA TÉCNICA DE COMUNICAÇÃO

Item	Avaliar	S ou N	Nota
1	Apresentou-se ao paciente		
2	Deixou paciente à vontade – comunicação não verbal		
	Manteve contato visual		
	Postura aberta e receptiva		
	Expressão facial receptiva		
	Expressão facial inapropriada		
	Sentindo-se à vontade		
3	Formulação de perguntas – comunicação verbal		
	Abertas		
	Reflexivas		
	Fechadas		
	Indutoras		
	estruturou bem a formulação		
	encadeamento lógico		
4	Utilizou linguagem adequada		
5	Utilizou recursos disponíveis		
6	Resumiu as respostas		
7	Implementou aconselhamento		
8	Teve postura profissional		
9	Finalizou corretamente a entrevista		
10	Procurou colocar-se no ponto frio para melhor domínio da atenção do entrevistado		
	Média das notas		

Nome do aluno:

Avaliador:

ANEXO 3

Item	Peso	Avaliar		OBS	Nota
1	1,0	Apresentou-se ao paciente	<input type="checkbox"/> Identificação pessoal (nome) <input type="checkbox"/> Identificação profissional (farmacêutico) <input type="checkbox"/> Apresentação pessoal (uso do jaleco, etc) <input type="checkbox"/> Nenhuma das situações descritas acima		
2	0,5	Deixou o paciente à vontade	<input type="checkbox"/> Verificação da disponibilidade de tempo para conversar <input type="checkbox"/> Oferta de conforto considerando a estrutura do local <input type="checkbox"/> Nenhuma das situações descritas acima		
3	0,5	Identificação do paciente	<input type="checkbox"/> Confirma para quem é/são o(s) medicamento(s) de maneira adequada <input type="checkbox"/> Não confirma para quem são é/são o(s) medicamento(s), pois o próprio paciente relata <input type="checkbox"/> Nenhuma das situações descritas acima		
4	1,5	Formulações de perguntas	<input type="checkbox"/> Formulações de questões abertas e adequadas <input type="checkbox"/> Formulação de perguntas indutoras <input type="checkbox"/> Formulações de questões fechadas de forma inadequada <input type="checkbox"/> Estrutura da formulação de perguntas de forma organizada e racional <input type="checkbox"/> Poucas perguntas ou nenhuma pergunta realizada		
5	1,5	Informações repassadas	Indicação Sim () Não () Posologia Sim () Não () Duração Sim () Não () Esquecimento de dose Sim () Não () Como utilizar o medicamento Sim () Não () Outros medicamentos utilizados Sim () Não () Armazenamento dos medicamentos Sim () Não () NSA () Dúvidas Sim () Não () Presença de interações medicamentosas Sim () Não () NSA () Presença de medicamentos potencialmente perigosos Sim () Não () NSA () Medidas não farmacológicas Sim () Não () NSA () Possíveis efeitos adversos/colaterais Sim () Não () NSA () Outras orientações repassadas Sim () Não () NSA () Quais:		

5	1,0	Utilizou a linguagem adequada	<p>Uso de termos técnicos evitados Sim () Não ()</p> <p>Uso de linguagem fácil e compreensível Sim () Não ()</p> <p>Uso de jargões, gírias e siglas evitados Sim () Não ()</p> <p>Realizou as explicações olhando para o paciente Sim () Não ()</p>		
6	0,5	Utilizou recursos disponíveis	<p>() Oferta e acordo sobre o uso do calendário, bem como explicação de uso</p> <p>() Orientação por escrito além da verbal e/ou folders</p> <p>() Orientação de como manusear os dispositivos (inaladores, aplicadores, seringas, aparelhos etc).</p> <p>() Oferta e acordo sobre o uso de etiquetas e pictogramas</p> <p>() Oferta e acordo sobre o uso de outros recursos:</p> <p>_____</p>		
7	0,5	Resumiu as respostas	Sim () Não ()		
Item	Peso	Avaliar		OBS	Nota
8	1,0	Implementou aconselhamento	<p>() Orientações básicas apresentadas considerando a pessoa atendida</p> <p>() Identificação da rotina do paciente para ajuste de horários</p> <p>() Informações sobre cuidados com a saúde de modo a prevenir complicações e doenças e/ou melhorar seu estado geral</p> <p>() Abertura de espaço para que os pacientes verbalizem as suas dúvidas, dificuldades e necessidades</p> <p>() Outros:</p>		
9	1,0	Teve postura profissional	<p>() Contato com prescritor para esclarecimento de dúvidas de maneira adequada, quando necessário.</p> <p>() Identificação de presença das interações medicamentosas clinicamente importantes com orientações ao paciente de maneira adequada ou () NSA</p> <p>() Identificação de presença de medicamentos potencialmente perigosos, com orientações ao paciente de maneira adequada ou () NSA</p> <p>() Outros:</p> <p>() Realizou o processo de cuidado de forma profissional e sem invadir a intimidade da pessoa em atendimento.</p> <p>() Realizou o processo de cuidado segundo as bases do método utilizado.</p>		

9	1,0	Finalizou corretamente a entrevista	() Realização de feedback para confirmar se paciente entendeu as informações () Orientação para procurar o farmacêutico em caso de dúvidas () Despedida () Outros:		
Total	10	Avaliador		Nota Final	

PARECER FINAL:



Capítulo 3

“UMA CERTA FAMÍLIA LINS DE VILA ESPERANÇA”: CASO PARA ENSINO SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Deison Alencar Lucietto
Gabriela Bittencourt González Mosegui
Claudia Pereira de Sousa
Verônica Alcoforado de Miranda
Carla Ribeiro Guedes
Amanda Ornela Hyppolito

Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) também denominada de atenção básica, compreende ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento, redução de danos, reabilitação, cuidados paliativos e proteção da saúde para indivíduos, famílias e comunidades. Estas ações são desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no território por equipes que assumem a corresponsabilidade pela saúde da população (Brasil, Ministério da Saúde, 2017).

Quando a atenção à saúde se dá no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tido como prioritário na organização da APS e na qualificação do cuidado, as ações de saúde são prestadas pelas equipes de Saúde da Família (eSF), compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2017). As eSF, por estarem próximas da vida das pessoas, são

importantes para a identificação, abordagem e atendimento de necessidades e vulnerabilidades de indivíduos e famílias, a partir de uma visão ampliada da saúde, de seus determinantes e de seus alcances (Oliveira; Pereira, 2013).

Embora a ESF tenha produzido avanços na ampliação do acesso à saúde, na organização do cuidado, na mudança das práticas assistenciais, na cobertura das ações e na produção do acolhimento e de vínculos com a população, há desafios para a consolidação do modelo, tais como: melhoria de infraestrutura dos serviços, ampliação de equipes, integração entre as equipes, atuação centrada nos determinantes sociais da saúde (DSS), aprimoramento da territorialização e qualificação da formação dos profissionais (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018; Silva; Casotti; Chaves, 2013).

Os farmacêuticos, profissionais da 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” (Brasil, Ministério da Educação, 2017, p.1) são fundamentais para o cuidado à saúde em nível individual e coletivo. Embora eles não estejam previstos na composição mínima da Estratégia Saúde da Família, poderão compô-las a partir de critérios dos gestores locais e, também, integrar as equipes multiprofissionais na APS (e-Multi), atuando no apoio matricial das eSF e de outras equipes (Brasil, Ministério da Saúde, 2017; Brasil, 2023).

Quando atua na ESF, o farmacêutico pode desenvolver ações de saúde tanto na unidade básica quanto no território. Seja inserido na eSF ou por meio do matriciamento, realiza visitas domiciliares, atendimentos clínicos, dispensação de medicamentos, orientação farmacêutica e participa em grupos de Educação em Saúde (Diel *et al.*, 2019).

Em sua atuação específica, destaca-se o desenvolvimento de ações de assistência farmacêutica e de uso racional de medicamentos, assegurando o acesso e a disponibilidade de medicamentos e insumos para a população atendida. Essas ações são fundamentais para a prevenção, proteção e recuperação da saúde, contribuindo para o alcance da integralidade da atenção, um dos princípios essenciais do SUS (Ministério da Saúde, 2004; Brasil, Ministério da Saúde, 2017). Tendo em vista a

atribuição do SUS de ordenar a formação da saúde (Brasil, 1990) e de garantir espaços físicos e ambientes para a formação de estudantes nos serviços (Brasil, Ministério da Saúde, 2017), bem como a necessidade de formar farmacêuticos dotados de senso crítico e de competências para atuar frente à realidade social e sanitária da população brasileira, conforme descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em farmácia (Brasil, Ministério da Educação, 2017), torna-se necessário ofertar componentes curriculares que fomentem experiências sobre a atuação, os papéis e as responsabilidades do farmacêutico na APS, por meio da formação no mundo real do trabalho (Brasil, 2008).

Nesse processo, além de garantir disciplinas teóricas que abordem o processo saúde-doença-cuidado com foco no indivíduo, na família e na comunidade, é necessário avançar na oferta de mecanismos formativos que promovam a aquisição de conhecimentos, reflexões, práticas, atitudes, autonomia e participação. Isso deve ocorrer por meio da aprendizagem que se realiza em unidades básicas de saúde (Guedes; Rangel; Mosegui, 2018). Para tanto, o uso de metodologias ativas, tidas como aquelas estratégias educativas em que o aprendiz assume função central na aprendizagem (em oposição àquelas tradicionalmente centradas no saber do professor) (Valente; de Almeida; Geraldini, 2017), figura-se enquanto valioso recurso para que o estudante seja levado a “pensar, sentir e agir de modo cada vez mais amplo e profundo, comprometido com as questões do entorno em que se vive” (Berbel, 2012, p. 25).

Diversas metodologias ativas podem compor processos de ensino-aprendizagem criativos: a aprendizagem baseada em problemas (PBL, Problem-Based Learning); a aprendizagem baseada em projetos (ABP); a aprendizagem em times (TBL, Team Based Learning); o Arco de Maguerez; a sala de aula invertida; o mapa conceitual; o ensino híbrido e o estudo de caso, por exemplo (Chrizostimo, 2020). A problematização, enquanto caminho para a abordagem de assuntos da vida social (Prado *et al.*, 2012), encontra-se em boa parte destas metodologias (ABP, PBL, TBL e o Arco de Maguerez) (Macedo *et al.*, 2018).

Por meio da pedagogia crítica, os estudantes são provocados a identificar, refletir e buscar soluções para questões reais, desenvolvendo

senso crítico e autonomia para intervir nas situações do cotidiano, conforme preconizado por Paulo Freire (Prado *et al.*, 2012).

Uma recente revisão de literatura identificou que as metodologias ativas mais comuns na formação em saúde incluem a simulação, a aula invertida, o TBL (Team-Based Learning), a aprendizagem baseada em casos, o debate universitário e o modelo de ensino ativo híbrido (Luiz *et al.*, 2022). O estudo de caso, como método que envolve a problematização, tem sido utilizado de forma mais intensa na formação em administração, onde essa prática ocorre há mais de um século (Roesch, 2007). Esta metodologia envolve o relato de uma situação (real ou imaginada) em torno de um profissional, projeto ou organização que possui algum dilema a ser analisado, onde há necessidade de tomar decisões e buscar soluções para enfrentar a problemática apresentada (Alberton; Silva, 2018). Espera-se, assim, que os estudantes articulem teoria e prática com vistas à aquisição de competências, habilidades e atitudes (Roesch, 2011).

Na área da saúde, a utilização de caso para ensino é mais comum na modalidade de caso-demonstração (o “caso clínico”), com o intuito de complementar aulas expositivas, comprovando práticas de saúde e seus efeitos. O caso-problema, modalidade que propõe a descrição de uma situação real ou simulada, a que se busca dar algum tipo de resposta em termos de decisão e planejamento de intervenções, contudo, parece ser menos explorado.

Considerando o exposto, este capítulo visa compartilhar a experiência de utilização do caso para ensino “Uma certa Família Lins de Vila Esperança” com estudantes do curso de graduação em Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF), bem como fornecer notas de ensino aos docentes que pretendam utilizá-lo em suas atividades.

O cenário de aprendizagem

A disciplina de Estágio Supervisionado no SUS está entre os componentes curriculares obrigatórios do segundo período de graduação em Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF), campus Niterói. Ela é

ofertada por docentes do departamento de Saúde e Sociedade, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e tem como propósito possibilitar aos estudantes experiências formativas na APS e na ESF, enfatizando sua estrutura, processos de trabalho, linhas de cuidado e relação com o território e a rede de atenção à saúde (RAS). Para tanto, possui carga horária semestral de 54 horas, dividida em encontros semanais com duração de três horas.

As estratégias de ensino-aprendizagem da disciplina incluem a realização de um “ciclo teórico”, no qual são abordadas as temáticas da Atenção Primária à Saúde (APS), território, família e Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas temáticas são trabalhadas por meio de aulas expositivas e dialogadas, pesquisa e fichamento de artigos científicos, apresentação de seminários em grupo e aplicação de estudos de caso para ensino. Com a finalização desta etapa preparatória, acontece o “ciclo prático”, quando as atividades passam a ser desenvolvidas em unidades de saúde da região central das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói. O campo de estágio é estruturado considerando-se as diferenças na administração e na gestão do SUS nesses dois municípios. De forma geral, nas unidades, os estudantes vivenciam os processos de trabalhos das eSF por meio da participação em diferentes setores e atividades: observação do território, conhecimento da unidade, acolhimento, sala de procedimentos, sala de vacina, sala de curativos, consulta médica e de enfermagem, regulação de vagas, estoque e dispensação farmacêutica, grupos e sala de espera, dentre outros. As turmas, com até seis estudantes, são supervisionadas por docente e preceptor profissional de saúde do SUS em tempo integral, e, no caso do Rio de Janeiro, a preceptoria é realizada por um farmacêutico.

Com as experiências propostas, espera-se que os estudantes reflitam sobre os avanços, limites e potencialidades do trabalho dos profissionais na APS, bem como sobre os papéis do farmacêutico junto às eSF. Tais vivências e análises são registradas em portfólio reflexivo, seguindo orientações desenvolvidas especialmente para atender aos propósitos formativos da disciplina (Lucietto *et al.*, 2020).

Além de proporcionar experiências no mundo do trabalho, complementando a formação teórico-conceitual já recebida (Brasil, 2008), a

disciplina fomenta o cuidado em saúde – nas dimensões individual, familiar e coletiva – por meio de ações de prevenção de doenças, de promoção, proteção e recuperação da saúde, atendendo ao previsto nas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Curso de Graduação em Farmácia (Brasil, Ministério da Educação, 2017).

A utilização do caso para ensino

A utilização do caso para ensino “Uma certa família Lins de Vila Esperança” na disciplina de Estágio Supervisionado no SUS acontece desde 2018, na etapa final do “ciclo teórico”.

A localização do caso para ensino nesta etapa formativa foi planejada com os seguintes objetivos: proporcionar aos estudantes uma base sólida sobre temas como APS/ESF, território, família e RAS, oferecendo subsídios mais adequados para a análise e proposição de intervenções; permitir que os estudantes mobilizem os conceitos fundamentais da APS e da ESF, aplicando-os no cenário prático; e, especialmente, familiarizá-los com situações que enfrentarão futuramente na unidade de saúde. A simulação é utilizada para evitar “desconfortos” diante de relatos sobre situações de vida complexas dos usuários da unidade de saúde. Essa metodologia de ensino-aprendizagem é oferecida em diferentes formatos, adaptados conforme as condições de cada período letivo: leitura e discussão em grupo na sala de aula; leitura em grupo e simulação de uma reunião de equipe no espaço da sala de aula; leitura individual em casa seguida de discussão em sala; e leitura individual em casa com análise e construção de soluções em grupo, em horário extraclasse.

“Uma certa família Lins de Vila Esperança”: o caso para ensino

O caso “Uma certa família Lins de Vila Esperança” foi construído a partir da consolidação de “fragmentos da realidade”, observados em atividades práticas com estudantes de um curso de graduação em Medicina, junto a uma

comunidade de elevada vulnerabilidade social, de um município do interior do Rio Grande do Sul.

Esses “fragmentos” foram registrados em atividades de observação do território; entrevistas com informantes-chave; conversas informais com moradores; acompanhamento de busca ativa; visitas domiciliares; e conversas com profissionais da eSF do território. Assim, o caso para ensino resultou de um verdadeiro “enredo”, composto por cena, personagens e tramas que, apesar de fictícios, simulam situações reais:

O bairro “Vila Esperança” possui aproximadamente 5.000 moradores e faz parte do município de “Felicidade”. Esse bairro fica a cerca de 7 km do centro da cidade e localiza-se às margens do Rio Esperança, que dá nome à localidade.

Esse rio, que serviu de fonte de renda para as famílias mais antigas, hoje sofre com a poluição em função da grande quantidade de dejetos industriais (apesar das fiscalizações e multas que as indústrias têm recebido), esgoto e lixo que chegam às suas águas. Há falta saneamento básico e de sensibilização dos moradores locais a este problema.

O bairro possui uma creche municipal, uma escola pública de ensino fundamental e médio, pequenos comércios, várias igrejas (de diferentes denominações) e uma unidade básica de saúde (UBS), com duas equipes de Saúde da Família (eSF). A unidade foi recentemente construída, possui uma boa infraestrutura e conta com dispensação de medicamentos. Não existe farmácia comercial no bairro, em função dos assaltos.

A população está dividida em duas áreas: “Esperança Alta” e “Esperança Baixa”, separadas por uma praça, que se encontra em estado regular de conservação. Porém, serve ao tráfico de drogas na localidade. Cada uma das áreas possui cinco microáreas e indicadores socioeconômicos semelhantes. Ambas são formadas, em sua maioria, por famílias de trabalhadores (pescadores e operários das fábricas da redondeza) de baixo poder aquisitivo. A renda familiar mensal dos moradores fica entre 1 e 2 salários-mínimos.

Nos últimos três anos, em função da crise econômica, houve um grande aumento no número de famílias em situação de pobreza na área “Esperança Alta”. Muitas dessas famílias, inclusive, não possuem renda fixa. Verificou-se, também, um grande aumento de áreas de ocupação ilegal. Estima-se que mais de 1.500 moradores hoje estejam nessa situação (em torno de 30% da população do bairro).

Em conversas com moradores, observa-se que, apesar das dificuldades, eles têm um grande sentimento de estima pela localidade onde residem. O fato de se conhecerem de longa data faz com eles se ajudem nas situações “difíceis”, incluindo os casos de doença (pelo menos, dentre os moradores mais antigos). Segundo Seu Pedro, 75 anos, que é uma pessoa com deficiência física, dono de uma pequena mercearia: “Cresci na beira desse rio aí... Eu e mais muita gente boa que hoje ainda mora aqui... Até uns anos atrás, eu conhecia todo mundo pelo nome. Mas, de uns tempos pra cá, tem uns “vagabundos” aí tirando o nosso sossego... Tirando esse “tipo”, os outros são tudo gente trabalhadora e honesta... Pra ter uma ideia, quando preciso ir ao médico lá no centro ou em outra cidade, sempre tem algum vizinho pra me acompanhar”.

Hoje a situação ambiental do bairro “Vila Esperança” caracteriza-se pela grande quantidade de animais circulando no território (cães, gatos e cavalos – muitos deles visivelmente adoecidos) e pelo acúmulo de lixo nas ruas e nas margens do Rio Esperança. Na questão da segurança, houve um aumento generalizado da violência, em função do comércio de entorpecentes que se instalou no local.

No que se refere às condições de saúde, há elevada prevalência de diabetes, hipertensão, tabagismo, alcoolismo e depressão entre a população adulta. Já, entre as crianças, há elevada prevalência de obesidade. Também têm sido observados casos frequentes de diarreia e infecções gastrointestinais, principalmente naquelas crianças que vivem na rua brincando com cães e gatos.

A família Lins, moradora de uma ocupação na “microárea B” de “Esperança Alta” é formada pela D. Antônia (70 anos), a matriarca; Ana (43 anos), sua filha mais nova; e seus netos Vicente (16 anos), Clarissa (10 anos) e João (7 anos). Ana (43) é mãe solo e conta com pouco ou nenhum apoio dos pais de seus filhos, porém de relacionamentos diferentes.

D. Antônia (70), aposentada, apesar de considerar ter uma “ótima saúde”, relatou sentir umas “tonturas” e ver “mosquinhos” nas “vistas” de vez em quando. Mas, segundo ela, desde que a vizinha havia recomendado um tal de “chá verde”, ela se sentia melhor. Também disse que o fato de ver “mosquinhos” era um sinal que ela tinha um “problema espiritual”, já “em tratamento” na igreja. É justamente D. Antônia (70) quem cuida da casa e dos três netos, pois Ana (43), sua filha, é empregada doméstica “na cidade”. Por isso, só chega em casa à noite.

O atual parceiro de Ana, Vitório (45 anos), catador, não reside com a família. Ele aparece apenas nos finais de semana. Segundo a vizinhança, “o homem chega na casa bêbado, sujo e fedendo cigarro”. Também dizem que “volta e meia, quebra o pau com Ana”. Sabe-se, por meio da eSF, que ele tem histórico de alcoolismo e depressão.

A família Lins vive em uma moradia precária, de dois cômodos e um banheiro externo. Há apenas uma porta e uma janela. No peridomicílio há acúmulo de lixo, de encanamentos e de restos de telha, que facilitam o acúmulo de água parada. A horta está abandonada e os frutos apodrecem no chão. A renda mensal da família é de dois salários-mínimos. João (7), cadeirante e com deficiência intelectual, nomeada por familiares e vizinhos de “atraso mental”, praticamente não sai de dentro de casa.

Os dados acessados no prontuário eletrônico (e-SUS) da UBS evidenciaram que Ana (43) é diabética, hipertensa e depressiva. A agente comunitária de saúde (ACS) da equipe complementou: “Também não abre mão do cigarro e gosta de uma pinga”. Sua última consulta na unidade aconteceu há mais de seis meses.

Em visita domiciliar (VD), agendada previamente com Ana (43) e realizada pela enfermeira, ACS e nova farmacêutica, recém integrada à eSF, constatou-se que Vicente (16) e Clarissa (10) estavam acima do peso, em função de hábitos alimentares inadequados e da falta de atividade física. A equipe verificou que João (7) estava “sujo” e praticamente não interagiu com as pessoas.

Ao ser questionada pela enfermeira sobre a situação de saúde de João (7), Ana (43) disse que ela não tinha condições de levar o menino para fazer tratamentos no centro da cidade: “É muito longe... pra ir

precisa tomar dois ônibus... Pra piorar, ainda falaram que ele precisa ser atendido três vezes por semana numa associação de saúde que fica lá em Riacho (cidade que fica a 35 km), por conta dos problemas na cabeça... sem condição” [...] “Eu trabalho fora todo dia... hoje, por exemplo, eu tive que faltar ao trabalho por conta dessa visita”. Continuou: “Tem mais duas crianças – igual ao João aqui no bairro – que precisam do mesmo atendimento... a vizinha aqui da frente me contou que eles vão sempre... mas, eu não sei como”.

Nesse momento, Ana (43), aproveitou a escuta atenta da equipe e o “embalo” da conversa, para reclamar do atendimento médico recebido da última vez que esteve na UBS: “A doutora nem olhou pra minha cara, nem me encostou... só disse pra eu tomar mais três remédios... além dos outros tantos que eu já tomava?... me deu “o papel” e disse para eu voltar dentro de um mês... saí de lá sem saber pra que eu tinha que tomar tanto remédio”. Aí, fui pegar os remédios na farmácia e voltei pra casa com um monte de comprimidos numa sacola...

Por meio da VD, a nova farmacêutica verificou que Ana (43) não estava fazendo uso dos medicamentos de hipertensão e da diabetes, os últimos inseridos. Segundo a moradora: “não preciso ficar tomando esse montão de remédios... eu sempre vivi bem sem eles... o que não pode faltar é o do sono”. Ana (43) informou que tomava, apenas, um comprimido de “antidepressivo” (como ela chamava o medicamento) um pouco antes de deitar. Ela estava “economizando nos outros tipos de remédio”, para não precisar voltar tão cedo para a re-consulta.

Ao analisar a prescrição médica, a farmacêutica verificou que haviam sido prescritos três diferentes medicamentos para tratar sintomas da depressão, além daqueles para diabetes e hipertensão. Além disso, observou que D. Antônia (70) se queixava de fortes dores na nuca.

Provocações para a análise, tomada de decisão e busca por soluções para a situação de “Uma certa família Lins de Vila Esperança”

Após a leitura do caso, são propostas algumas perguntas disparadoras com o intuito de mobilizar saberes adquiridos e instigar os estudantes a

pensarem em intervenções positivas para atender a problemática do território, da família e de seus moradores. Estas questões podem ser respondidas por escrito ou utilizadas para fomentar a discussão em sala de aula:

1. Há relação entre as características do território e as condições de saúde da família Lins? Como se dá esta relação?
2. A situação de Vila Esperança demanda a existência de eSF? Quais elementos subsidiam este entendimento?
3. Por que a eSF precisa conhecer o território de Vila Esperança? Como a eSF pode conhecer o território? O que precisa ser observado?
4. Que intervenções no território podem melhorar a situação de Vila Esperança?
5. Como a eSF poderá conhecer as necessidades de saúde da família Lins?
6. Quais as necessidades de saúde da família Lins?
7. Com base nos relatos de Ana (43), como avaliar o cuidado recebido no último atendimento médico?
8. Existem problemas relacionados a medicamentos (PRM) na família Lins? Quais?
9. Como a nova farmacêutica pode auxiliar a eSF a intervir nas necessidades de saúde da família Lins?
10. Como a nova farmacêutica pode intervir nos PRM relatados?
11. Que projeto terapêutico atenderia as necessidades de saúde da família Lins?

Como explorar a problematização? Notas para o uso do caso para ensino

O caso para ensino aborda uma situação familiar complexa em termos das necessidades de saúde dos integrantes, das condições de moradia e das

condições do território, bem como dos avanços e dificuldades da eSF no manejo da situação.

Para responder às perguntas, o estudante precisará utilizar de conhecimentos na interface “indivíduo-sociedade”, buscando conceitos e refletindo sobre as práticas do SUS, especialmente no modelo Saúde da Família, e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Deverá, também, entender como os diversos determinantes sociais da saúde (DSS) interferem no processo saúde-doença, deslocando o olhar para além da situação clínica, revelada nas especificidades de cada integrante da família.

Uma possível forma de condução da problematização para o caso apresentado pode ser pensada a partir das seguintes dimensões e entendimentos:

Quadro 1. Dimensões de interesse para problematização

Dimensão: Território
Entendimentos relevantes:
<ul style="list-style-type: none"> • O caso aponta para uma íntima associação entre as características do território e as condições de saúde dos moradores e da família Lins. Há várias circunstâncias ambientais desfavoráveis que podem explicar tal relação: lixo, esgoto, falta de saneamento, ocupação ilegal, presença de animais doentes soltos. Há que se atentar também para as características do “território vivo” tais como situação socioeconômica e cultural dos moradores, assaltos, violência e tráfico de drogas, por exemplo. • Por outro lado, há espaços de lazer (a praça e a área próxima ao riacho “Esperança”) e equipamentos sociais (creche, escola, igrejas e UBS) que podem ser manejados para valorizar a estima pela localidade, contribuindo para aumentar o senso de pertencimento de moradores. • Dentre os aspectos positivos no território que poderão ser ressignificados positivamente estão: pequeno número de moradores; afastamento (relativo) do centro da cidade; e a presença do riacho que já figurou como fonte de renda e de lazer entre os moradores. Vale a pena recuperar, neste caso, o relato da personagem Seu Pedro (75), que trata de suas memórias afetivas com a localidade.
Dimensão: Determinantes sociais da saúde
Entendimentos relevantes:
<ul style="list-style-type: none"> • No caso apresentado, a situação de saúde da família Lins e dos moradores de Vila Esperança estão associados a fatores ambientais (poluição do rio, esgoto e lixo, falta de saneamento básico, presença de animais doentes no território); condições socioeconômicas da população (crise econômica, baixa renda, pobreza e áreas de ocupação); violência (motivada também pelo tráfico de drogas); e, baixo nível de instrução dos moradores (quanto à consciência ambiental, por exemplo). Esses fatores figuram como determinantes sociais que interferem na saúde de indivíduos e famílias (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Não há como desconsiderá-los.

Dimensão: SUS
Entendimentos relevantes:
<ul style="list-style-type: none"> • A situação do território de Vila Esperança e as condições de saúde de seus moradores reforça a importância do fortalecimento de ações e serviços ofertados pelo SUS em nível local e regional, especialmente quando se analisam as condições de saúde da população: entre adultos, há elevada prevalência de diabetes, hipertensão, tabagismo, alcoolismo e depressão. Entre crianças, destaca-se a prevalência de obesidade e casos de diarreia e infecções gastrointestinais.
Dimensão: SUAS
Entendimentos relevantes:
<ul style="list-style-type: none"> • Outro sistema de fundamental importância para o atendimento das necessidades de cidadania dos integrantes da Família Lins, bem como aos moradores em vulnerabilidade social de Vila Esperança é o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que visa garantir a execução da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), por meio da proteção social básica (pessoas em vulnerabilidade) e proteção social especial (pessoas que não contam com a proteção/cuidado de suas famílias) (Brasil, 2004). • A situação da Família Lins demanda acionamento e apoio de mecanismos de proteção social básica e especial: há relatos de alcoolismo e violência na família, quando da presença de Vitorio (45), parceiro de Ana (43), que demandam melhor entendimento/investigação da situação; e, também, há a situação de “abandono” de João (7), encontrado “sujo”, sem interação com os demais integrantes e sem condições de locomoção para atendimento especializado. Neste processo, há que se investigar se a família está cadastrada no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) e recebe algum tipo de benefício governamental.
Dimensão: APS
Entendimentos relevantes:
<ul style="list-style-type: none"> • As condições de saúde da família Lins (bem como de outros moradores de Vila Esperança) reforçam a necessidade de cuidados primários de saúde. Pela sua importância e capilaridade, essas ações e serviços assumem centralidade no acesso e na continuidade do cuidado em saúde. Quando bem estruturada, a APS consegue resolver parcela considerável das necessidades de saúde de uma população. • Enquanto porta preferencial de acesso aos serviços do SUS, a APS apresenta quatro atributos essenciais: porta de entrada; atenção à saúde de forma longitudinal; ações com abrangência do cuidado; e coordenação do cuidado com os outros pontos e níveis de atenção, contribuindo, assim, para a integralidade e resolutividades das ações de saúde. Estes atributos dão origem a outros aspectos adicionais: centralização na família; competência cultural; e orientação comunitária (Oliveira; Pereira, 2013; Starfield, 2002), todos relevantes para o manejo da Família Lins.
Dimensão: eSF
Entendimentos relevantes:
<ul style="list-style-type: none"> • No caso proposto, a presença das eSF em Vila Esperança faz-se necessária para a identificação das necessidades de saúde da população; para a avaliação e atendimento das pessoas com maior vulnerabilidade; para a proposição de ações de promoção da saúde (com parcerias intersetoriais); para a prevenção de doenças e agravos; para a condução de tratamentos; e, para o acompanhamento das pessoas com maior concentração de necessidades. Esses são aspectos que demandam um cuidado próximo de onde a vida acontece, considerando a realidade da família e do território.

Dimensão: Necessidades de saúde da família
Entendimentos relevantes:
<ul style="list-style-type: none"> • A situação descrita sobre a Família Lins revela inadequadas condições de vida, expressas na moradia precária (dois cômodos, um banheiro externo, limitada ventilação), nas condições do peridomicílio (acúmulo de lixo, água parada, horta abandonada), na renda familiar (cerca de dois salários-mínimos) e na ocupação dos moradores: Ana (43) é empregada doméstica e D. Antônia (70), aposentada. • O acesso às tecnologias de cuidado também é limitado: Ana (43) não consegue acessar os serviços de saúde, pois chega tarde em casa. O quadro de problemas de saúde dos moradores (possível hipertensão de D. Antônia – por “ver “mosquinhas” e sentir dores na nuca; a diabetes, a hipertensão, a depressão de Ana (43); o sobrepeso de Vicente (16) e Clarissa (10); e a situação “de abandono” de João (7) apontam para dificuldades de acesso às ações e serviços da APS. • Ademais, a postura julgadora da ACS sobre a condição de Ana (43), pela forma com que comentou as suas dificuldades no uso/abuso de cigarro e álcool; a não escuta qualificada na última consulta médica; e o não recebimento de orientações quanto ao uso dos medicamentos na dispensação farmacêutica são sugestivos de precários vínculos entre os moradores e a eSF. • O não seguimento da prescrição medicamentosa por parte de Ana (43), a falta de informações sobre o uso do “chá verde” por D. Antônia, os hábitos alimentares inadequados e a falta de atividades físicas entre os moradores, por sua vez, apontam para limitada autonomia no modo de viver a vida.
Dimensão: Tecnologias do cuidado
Entendimentos relevantes:
<ul style="list-style-type: none"> • No caso da Família Lins, o relato de Ana (43) sobre a forma como foi atendida na última consulta médica na UBS, revela que não houve escuta qualificada, nem qualquer tentativa de diálogo pela profissional, evidenciando que as tecnologias leves, relacionais, não estavam presentes. Por outro lado, durante a visita domiciliar, percebe-se que a abordagem da enfermeira, ao questionar Ana (43) sobre a situação de seu filho João (7), foi diferente, e Ana (43) sentiu-se ouvida, indicando uma abordagem pautada no cuidado. • As diferentes posturas dos profissionais da eSF de Vila Esperança sugerem descompasso em relação às atitudes da médica da equipe, da enfermeira e da farmacêutica. A situação observada, portanto, dá espaço para “colocar o trabalho em análise”, por meio de ações de Educação Permanente em Saúde com e para a equipe.
Dimensão: Clínica ampliada e Projeto Terapêutico Singular
Entendimentos relevantes:
<ul style="list-style-type: none"> • No caso da Família Lins, a forma como a moradora Ana (43) foi abordada pela médica da UBS, em sua última consulta, revela o exercício da clínica “tradicional” em que as pessoas são vistas como suas doenças. É preciso ampliar este olhar. Na prática, a clínica ampliada acontece por meio do acolhimento, da escuta qualificada, da criação de vínculos e afetos, da construção coletiva de projetos terapêuticos e da responsabilização das equipes, com o apoio matricial (Campos, 2003). • No caso da Família Lins, dada a complexidade da situação vivenciada, o projeto terapêutico poderá contemplar propostas de intervenções em diferentes níveis: a) assistência social: em função da vulnerabilidade evidente – moradia, vínculos afetivos, violência – e da deficiência de João (7); b) fomento à capacitação profissional de Ana (43) e de Vitória (45) com vistas a uma melhor inserção no mercado de trabalho (e consequentemente, na qualidade de vida e renda familiar); c) melhoria no saneamento básico da moradia; d) acesso à escola para João (7); e) melhoria dos hábitos alimentares e realização de atividades físicas para os moradores, incluindo Vicente (16) e Clarissa (10); f) terapêutica adequada: tratamento da hipertensão de D. Antônia (70); g) manejo da hipertensão, diabetes e depressão de Ana (43); h) abordagem ao consumo abusivo de álcool e tabaco de Ana (43) e Vitória (45 anos); i) orientação ao uso racional de medicamentos: do chá-verde utilizado por D. Antônia (70) e dos medicamentos utilizados por Ana (43); j) encaminhamento de João (7) para serviços especializados, incluindo investigação da situação neurológica e acompanhamento da deficiência física; k) aproveitamento das frutas e da horta no peridomicílio; e, l) inserção de atividades de convívio social e lazer para D. Antônia (7) e para os moradores, dentre outros.

Dimensão: Assistência farmacêutica

Entendimentos relevantes:

- No caso relato, a atuação da nova farmacêutica, recém-integrada à equipe, já demonstra um olhar diferenciado para o modo de fazer saúde, uma vez que ela aproveitou a VD para averiguar possíveis problemas relacionados com medicamentos (PRM). Nesta oportunidade, identificou que D. Antônia fazia uso de um chá-verde, indicado por uma vizinha, sem saber exatamente, qual planta medicinal estava sendo utilizada. A farmacêutica também identificou que Ana (43) não seguia a prescrição medicamentosa adequadamente, além de fazer uso concomitante de álcool com a medicação.

Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

A utilização do caso para ensino “Uma certa família Lins de Vila Esperança” no curso de graduação em Farmácia da UFF tem se configurado como uma metodologia interessante para a simulação da realidade e para a análise dos alcances e limites do cuidado realizado por equipes multiprofissionais da eSF, incluindo o profissional farmacêutico.

A complexidade da problemática apresentada, evidenciada nas condições do território, nas necessidades da família e na resposta da eSF demandam a mobilização de saberes e habilidades provenientes de diferentes campos disciplinares, com vistas ao desenho de uma possível proposta de intervenção. Ademais, também suscita a conscientização sobre a mudança de atitudes dos profissionais, induzindo à autoanálise. Estes têm sido aspectos positivos ressaltados na avaliação da atividade pelos estudantes e docentes envolvidos.

A solução da problemática da família Lins de Vila Esperança poderá se dar por meio de diferentes intervenções, uma vez que novos elementos, provenientes das sutilezas da trama apresentada, poderão emergir a partir da visão de mundo, do nível de informação e das experiências dos participantes. Mais do que encontrar uma solução única e definitiva, espera-se fomentar o diálogo e o compartilhamento de alternativas para o enfrentamento das adversidades relatadas, pressupondo exercício de senso crítico, imaginação, criatividade e aproximações com a teoria.

Embora este caso para ensino tenha sido elaborado para atender às demandas da disciplina de Estágio Supervisionado no SUS na graduação em Farmácia, poderá compor o itinerário formativo de outros cursos da área da saúde. Novas simulações poderão ser acrescentadas, de modo a atender as necessidades de cada categoria profissional. As perguntas propostas poderão ser exploradas de forma segregada e novos questionamentos acrescentados. Afinal, há muito a ser explorado para que os moradores de Vila Esperança possam fazer jus ao título de habitantes de um município chamado “Felicidade”.

Referências

ALBERTON, A.; SILVA, A. B. Como escrever um bom caso para ensino? Reflexões sobre o método. **Revista de Administração Contemporânea**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 745–761, 2018.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 25–40, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 29 jul. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11788.htm. Acesso em: 6 ago. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília/DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília/DF, v. 183, n. 2436, p. 68–76, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília/DF, 22 maio 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 6 de 19 de outubro de 2017**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Brasília,

2017. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>. Acesso em: 11 out. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CHRIZOSTIMO, M. M. **Ensino criativo: práticas pedagógicas motivadoras**. 1. ed. Curitiba/PR: Appris, 2020.

DIEL, A. C. L. *et al.* Atuação do farmacêutico na Atenção Primária em Saúde: experiências a partir da residência multiprofissional em saúde da família. **Revista de Educação Popular**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 297-311, 2019.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018.

GUEDES, C. R.; RANGEL, V. M.; MOSEGUI, G. B. G. A formação em Saúde Coletiva na graduação de Farmácia: a experiência do estágio supervisionado na atenção básica. **DIVERSITATES International Journal**, Niterói, v. 10, n. 3, p. 01–19, 2018.

LUCIETTO, D. A. *et al.* **Manual para a elaboração do portfólio reflexivo na Disciplina de Estágio Supervisionado no SUS**. Niterói: Universidade Federal Fluminense/Instituto de Saúde Coletiva/Departamento de Saúde e Sociedade, 25 out. 2020. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/582723>. Acesso em: 30 jul. 2024.

LUIZ, F. S. *et al.* Metodologias ativas de ensino e aprendizagem na educação superior em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 6, p. e10370, 2022.

MACEDO, K. D. S. *et al.* Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. e20170435, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS n.º 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 29 jul. 2024.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: [s. n.], 1986. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.

PRADO, M. L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, 2012.

ROESCH, S. M. A. Como narrar um caso para ensino. **Revista Brasileira de Casos de Ensino em Administração**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 1-6, 2011.

ROESCH, S. M. A. Notas sobre a construção de casos para ensino. **Revista de Administração Contemporânea**, [s. l.], v. 11, p. 213-234, 2007.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília/DF: UNESCO, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

VALENTE, J. A.; ALMEIDA, M. E. B. de; GERALDINI, A. F. S. Metodologias ativas: das concepções às práticas em distintos níveis de ensino. **Revista Diálogo Educacional**, [s. l.], v. 17, n. 52, p. 455-478, 2017.



Capítulo 4

O ENSINO DAS CIÊNCIAS HUMANAS NAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE: A SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA AQUISIÇÃO DE HABILIDADES RELACIONAIS

Carla Ribeiro Guedes

Vanessa Maia Rangel

Gabriela Bittencourt González Mosegui

Anna Alice Amorim Mendes

Elaine Cristina Xavier Ferreira

Introdução

Nas duas últimas décadas, a forte hegemonia do modelo biomédico (Camargo Jr., 2003) nos cursos de graduação em saúde tem sido colocada em xeque, sobretudo, com as diretrizes curriculares que preconizam uma formação profissional que contemple as humanidades e a integralidade em saúde (Brasil, 2001, 2002).

A graduação em Farmácia tem a singularidade do histórico da sua matriz curricular que, por muitos anos, foi voltada para suprir as necessidades da indústria e, portanto, se constituiu com ênfase em uma formação eminentemente tecnicista, ligada à tecnologia industrial (Souza; Barros, 2003). Este perfil, apesar de ainda fazer parte do imaginário dos farmacêuticos e graduandos, começou a ser modificado. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino, implantadas em 2002, definiram a formação dentro de uma concepção generalista, humanista,

crítica e reflexiva, capacitando os profissionais para atuar em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2002, 2017).

Diante deste cenário, os currículos universitários precisaram se adequar a esta nova demanda de formação e de inserção profissional. Com a proposta de reformular a grade curricular no curso de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF), formou-se um núcleo de professoras do Departamento de Saúde e Sociedade, do Instituto de Saúde Coletiva, que passaram a atuar de forma mais consistente no ensino das Ciências Humanas e Sociais em Saúde (Nascimento; Guedes, 2017).

O objetivo deste artigo é apresentar um relato de experiência de uma disciplina que visa ensinar as Ciências Humanas, com ênfase na aquisição de habilidades e competências relacionais para a prática do cuidado, através da Simulação Realística (SR).

É importante ressaltar que, embora o nosso foco tenha sido a graduação em Farmácia, o modelo de ensino construído é interprofissional e, portanto, estende-se às demais graduações em saúde.

O relato da experiência

A disciplina de “Habilidades e Competências para a Prática do Cuidado” foi concebida a partir da noção de “tecnologias leves” de Emerson Merhy (2002). O autor subdivide as tecnologias de saúde em três modos: tecnologias duras; leve-duras e leves. A tecnologia dura é aquela que representa os equipamentos e máquinas; a leve-dura corresponde aos saberes estruturados como os saberes clínico e epidemiológico e, finalmente, a tecnologia leve é caracterizada pelos modos relacionais de agir no ato de cuidar.

O cuidado em saúde apresenta-se como intrinsecamente relacional, como um meio de restabelecer diálogos, acolher sofrimentos, resolver os problemas, estabelecer vínculos e responsabilidades e estimular a autonomia dos usuários (Merhy, 2002).

Outra noção norteadora para a elaboração da disciplina é a de “Clínica Ampliada” (Campos, 2003), que visa uma reforma da clínica moderna, a qual se baseia no deslocamento da ênfase da doença para centrá-la no sujeito concreto com as suas questões de saúde. Por essa razão é nomeada de “A Clínica do Sujeito”.

Ampliar a clínica significa incorporar as dimensões subjetivas e das redes sociais, assim como propiciar maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos. Deste modo, os profissionais de saúde podem lidar com a singularidade de cada paciente, a família, o trabalho, a religião e suas influências culturais, sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção (Campos *et al.*, 2007).

A disciplina centra-se no ensino das humanidades com foco na aquisição das tecnologias leves, a fim de formar profissionais de saúde orientados para atuar com a perspectiva de uma Clínica Ampliada na atenção à saúde.

A proposta pedagógica do curso é relacional e ancorada na mutualidade do cuidado (Figueiredo, 2009). Baseia-se em metodologias ativas, as quais visam uma interação entre os discentes, de forma que possam experimentar o cuidado de si e do outro, assim como a análise de situações vivenciadas nos cenários de saúde.

O recurso metodológico enfatizado neste artigo é o de SR (Galato; França; Vieira, 2011), em especial o de casos clínicos interprofissionais, seguidos de debates que abordam os seguintes marcadores das tecnologias leves: diálogo; escuta; acolhimento; vínculo; responsabilização; estímulo à autonomia; negociação e empatia.

Os referenciais teóricos utilizados são da Saúde Coletiva (Mehry, 2002; Campos, 2003), Psicanálise (Bion, 2006; Figueiredo, 2009; Winnicott, 1983) e Psicologia (Craighead; Nemeroff, 2001; Pinheiro, 2004; Rutter, 1993), e articulados ao cuidado em saúde e farmacêutico. A título de compartilhamento, apresentam-se relatos de experiências vividas em sala de aula.

Caso clínico 1: perdas e ganhos do adoecer

Inicialmente um discente foi convidado para a leitura de um caso clínico: “*Antônio Carlos Brasileiro de Almeida Jobim (1927-1994), o Tom Jobim,*

foi um maestro, músico, cantor, pianista e compositor carioca. Considerado um dos artistas com maior projeção no exterior e, por alguns, o maior gênio da música brasileira. Suas obras ajudaram a Música Popular Brasileira (MPB) a ficar conhecida no mundo, e junto com o poeta Vinícius de Moraes, é autor da música “Garota de Ipanema”. “[...] Tom Jobim certa vez foi perguntado por que havia se tornado músico. Bem-humorado, ele respondeu que foi porque tinha asma. “Como assim?”, perguntou o entrevistador. “Acontece que estudar piano era bem mais chato do que sair com a turma, namorar”, explicou-lhe o músico. “Como eu ficava muito em casa por causa da asma, acabei me dedicando ao piano” (Brasil, 2009, p. 21-22).

A seguir a docente perguntou se os participantes tiveram experiências de adoecimento nas suas famílias semelhantes à de Tom Jobim. Foram narradas diversas trajetórias que envolvem o processo saúde-doença, dentre elas, a de uma avó que depois de diagnosticada com diabetes passou a frequentar as aulas de ginástica na praça de seu bairro e assim fez novas amizades; por outro lado, a de um pai que se aposentou, desenvolveu hipertensão e parece deprimido.

Foi assinalado pela professora que, nesse momento de escuta, eles amplificaram o olhar e puderam se ver para além de meros estudantes que compartilham uma turma. Assim, conheceram histórias de vida dos colegas de uma forma mais integral. Do mesmo modo, ocorre com a proposta de um saber clínico ampliado (Campos, 2003), em que os profissionais de saúde podem direcionar a sua escuta para o sujeito com suas singularidades e não só para a doença ou para o medicamento.

Ressaltou-se também que, por meio dos relatos de adoecimentos familiares, estabeleceu-se no grupo a escuta e o diálogo, dois marcadores elementares das tecnologias leves (Mehry, 2002). Na escuta, enfatizou-se a importância de acolher toda queixa ou relato do paciente. Esse contato inicial possibilita um primeiro diálogo, questão central em toda prática clínica (Favoreto, 2007).

A fim de aprofundar as questões que emergiram, a docente sugeriu uma reflexão sobre o livro: *Perdas necessárias*, da psicanalista Judith Viorst (2005), mediante a leitura de um trecho: “Quando pensamos em perda, pensamos

na morte das pessoas que amamos. Mas a perda é muito mais abrangente em nossa vida. Pois perdemos, não só pela morte, mas também por abandonar e ser abandonados, por mudar e deixar coisas para trás e seguir nosso caminho. E nossas perdas incluem não só separações e partidas dos que amamos, mas a perda consciente ou inconsciente de sonhos românticos, expectativas impossíveis, ilusões de liberdade e poder, ilusões de segurança – e a perda do nosso eu jovem, o eu que se julgava para sempre imune às rugas, invulnerável e imortal” “[...] Este livro é sobre o elo vital entre nossas perdas e ganhos. Este livro é sobre as coisas das quais desistimos para poder crescer” (Viorst, 2005, p. 13-14).

Nessa obra, a autora analisa diferentes fases do desenvolvimento humano, nas quais demonstra que para crescer e ter os ganhos da nova etapa da vida, é preciso perder a condição anterior.

Seguiu-se com as indagações à turma: “A doença é sempre uma perda?” “Pode-se ter ganhos, no sentido de lidar melhor com o adoecer?” No debate foi ressaltado que o exemplo de Tom Jobim mostra que as pessoas podem encontrar possibilidades nas limitações oferecidas pela doença, ou seja, outras saídas diante de uma situação imposta por certos limites.

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva habilidades para ajudar cada um a transformar-se, de forma que a enfermidade, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver a vida com positividade. No caso de patologias graves e crônicas, quando se depende sempre da participação da pessoa doente, é esperado que esse envolvimento não se atenha à doença ou às perdas que lhe foram impostas, mas sim que o paciente desenvolva “uma capacidade de ‘inventar-se’ apesar da doença” (Brasil, 2009b, p. 22).

Foi demarcada também a relevância de se compreender o que o paciente entende como causa subjetiva da sua doença. Comumente algumas enfermidades crônicas aparecem após um estresse, como falecimentos, desemprego e separações. Por meio desse referencial, pode-se compreender melhor que pessoas com o mesmo diagnóstico reajam diferentemente aos eventos vividos. É preciso abrir possibilidades para que o paciente fale sobre essas questões, o que facilita aos profissionais de saúde apresentar os riscos

envolvidos, de modo que se possa discutir, negociar os caminhos a seguir e ambos se responsabilizarem pelo tratamento (Brasil, 2009).

O cuidado farmacêutico é compreendido como um modelo de prática farmacêutica que envolve ações e serviços realizados pelos farmacêuticos, considerando as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde. Nesse modelo, busca-se a prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, a promoção, prevenção, a proteção e a recuperação da saúde (Conselho Federal de Farmácia, 2016).

O ato da dispensação, além de garantir o uso adequado ao tratamento, permite que farmacêuticos avaliem e acompanhem as prescrições, promovendo o uso racional dos medicamentos (Brasil, 2018). A prática da Clínica Ampliada promove a escuta, o diálogo e a possibilidade de negociação das formas de ministrar o tratamento farmacoterapêutico entre pacientes e familiares.

Na assistência farmacêutica, o contato regular durante a dispensação de medicamentos contínuos contribui para que os usuários se sintam mais à vontade para discutir suas dúvidas e preocupações com os farmacêuticos (Ferreira; Guedes; Maksud, 2024). Dessa forma, abre-se a possibilidade para que nas conversas os pacientes reflitam sobre outras formas de lidar com o adoecer, as quais possam vislumbrar novos modos de vida.

Caso clínico 2: acolhendo o outro

Uma discente foi convidada a compartilhar uma experiência vivida na unidade de atenção primária que a tenha feito refletir sobre a escuta e o acolhimento.

Daniela¹ se prontificou a apresentar uma experiência que vivenciou no segundo ano da graduação em Farmácia, quando cursou a disciplina de “Estágio Supervisionado no SUS”. Um certo dia do estágio na Atenção Primária à Saúde estava acompanhando a farmacêutica a fazer a orientação e a dispensação dos medicamentos aos usuários. No momento em que um senhor adentrava na farmácia da unidade, a profissional foi chamada para resolver uma questão

1 Trata-se de um nome fictício a fim de preservar a identidade da estudante.

administrativa e pediu para Daniela fazer o acolhimento do paciente. A estagiária se dirigiu ao usuário e disse: “Bom dia! No que posso te ajudar?” Ele começou a chorar e permaneceu de cabeça baixa durante alguns minutos, enquanto ela ficou paralisada, sem saber o que fazer. Relatou à turma que não sabia se chamava a farmacêutica ou se permanecia ali mesmo, sem ação.

A partir do relato da experiência, a docente perguntou à turma como cada um reagiria diante do ocorrido. Muitos comentaram que não saberiam o que fazer diante de um paciente chorando e afirmaram que também aguardavam o retorno da farmacêutica para saber como proceder.

Foi apresentado o conceito de “continente,” elaborado pelo psicanalista Wilfred Bion (1897-1979), o qual foi concebido como uma analogia para a situação de amparo na relação mãe-bebê no momento da amamentação. A figura materna não é entendida apenas como doadora de leite “reconfortante e satisfatória”, mas também como um órgão receptivo que contém a dor emocional do bebê, sendo capaz de acalmar essa dor e controlá-la (Bion, 2006).

Desse modo, assim como na vivência da dupla mãe-bebê, o profissional de saúde, por meio da continência, pode possibilitar a transformação e a simbolização da dor de seu paciente (Bion, 2006).

Foi ressaltado também que no ato do acolhimento é preciso sustentar as reações emocionais, esse apoio é nomeado pelo psicanalista Donald Winnicott (1896–1971) de *holding*/suporte. O *holding* se refere aos cuidados recebidos pelo bebê por meio da figura materna, os quais envolvem, ao mesmo tempo, o ato físico e o amor, criando o que nomeia de um “ambiente suficientemente bom” (Winnicott, 1983).

A necessidade infantil de um *holding* estende-se por toda a vida do sujeito e passa a ser expressa pela demanda de relações afetuosas, asseguradoras e empáticas que permitam ao indivíduo sentir-se apoiado (Campos, 2000).

Em seguida, foi indagado aos estudantes como eles poderiam dar prosseguimento ao acolhimento após sustentar o choro do usuário. Uma das acadêmicas sugeriu que poderiam perguntar ao senhor como ele estava se sentindo. A docente, então, sugeriu que a turma pensasse sobre os sentimentos

do paciente. Foi mencionado que ele poderia estar triste diante de uma perda ou sentindo-se solitário.

Os comentários foram valorizados, no sentido de que o usuário poderia estar mesmo se deparando com alguns daqueles afetos. Seguiu-se um debate sobre a empatia. Sentir empatia é experimentar, de forma indireta, os sentimentos, percepções e pensamentos de outra pessoa (Craighead; Nemeroff, 2001). Desse modo, essa atividade reflexiva foi um treino de empatia.

O farmacêutico presente na atenção primária e em outros níveis de atenção à saúde, bem como em drogarias, está em contato constante com usuários em diferentes situações: às vezes com dor e sem sofrimento; outras com dor e sofrimento e outras sem dor, mas com sofrimento. Por isso, antes de tudo, o acolhimento à pessoa que sofre precisa ser um gesto de aceitação e empatia. Se houver um consultório farmacêutico disponível, ou mesmo em um espaço mais reservado do estabelecimento, a comunicação deve buscar avaliar a situação do paciente, seja física ou emocional, identificando suas necessidades após uma escuta ativa.

Caso clínico 3: comunicação não verbal

O encontro iniciou-se com as instruções de que a atividade fosse feita em grupo e que os participantes precisariam ler, analisar o caso clínico e debater sobre algumas questões.

Após o tempo estipulado, uma discente é convidada a ler o caso clínico: *“Ao olhar o nome no prontuário da próxima paciente que chamaria, veio-lhe à mente o rosto e a história de Andréia, jovem gestante que pedira “um encaixe” para uma consulta de “urgência”. Com 23 anos, Andréia estava na segunda gestação, porém não no segundo filho. Na primeira vez que engravidara, ela perdera a criança no sexto mês. Estela, obstetra experiente, também fizera o pré-natal na primeira gestação e pôde acompanhar toda a frustração e tristeza da jovem após a perda. Com o prontuário na mão, abriu a porta do consultório e procurou o rosto conhecido. Fez um gesto sutil com a cabeça acompanhado de um*

sorriso, pensando ou dizendo de forma inaudível: “vamos?” Mal fechou a porta e já ouviu Andréia dizer, contendo um choro: “Ele não está se mexendo”. Quase escapou de sua boca uma ordem para que ela se deitasse imediatamente para auscultar o coração do bebê com o sonar. Olhou nos olhos de Andréia e, tendo uma súbita certeza do que estava acontecendo, disse: “Vamos deitar um pouco na maca?” Enquanto a ajudava a deitar-se, ainda olhou para o sonar, confirmando a convicção de que não o usaria... pelo menos ainda. Andréia se surpreendeu quando a profissional disse: “Feche os olhos e respire fundo”. Pegou a mão fria de Andréia, apertou entre as suas e colocou-a sob a sua mão, ambas sobre a barriga. Respirou fundo e procurou se colocar numa postura totalmente atenta, concentrando-se no instante. Agora eram ali duas mulheres, reinventando o antigo compromisso de solidariedade e sabedoria feminina para partejar a vida. Quanto tempo se passou? Não saberia dizer. O suficiente para que ele começasse a se mexer com movimentos fortes e vigorosos dentro da barriga, sacudindo as mãos das mulheres e derrubando lágrimas da mãe” (Brasil, 2009, p. 22-24).

Após a leitura, a docente solicitou que os estudantes comentassem sobre a consulta. No debate, abordou-se que a comunicação não verbal é utilizada a todo o momento, tanto com pacientes que não conseguem se comunicar, quanto com os que o fazem sem maiores problemas. Considerou-se que comunicar é uma ferramenta básica para o cuidar e foi citada a importância do diálogo entre o profissional e o paciente. Os participantes relataram experiências pessoais e que normalmente não havia esta interação positiva vista no caso clínico. As vivências deles, com raras exceções, se baseavam na relação doença-lesão da racionalidade biomédica (Camargo Jr., 2003).

Seguiram-se as reflexões da segunda questão: “O que eles acreditavam que aconteceu entre a médica e a paciente?” Houve menções sobre a relação de confiança entre ambas e de vínculo. Foi apresentado o conceito de vínculo, segundo Campos (2007), como algo que liga as pessoas, indica interdependência e compromissos entre profissionais e pacientes e vice-versa. Para o autor, a formação de um vínculo começa quando o usuário demanda ajuda e os profissionais são capazes de responder a esse pedido.

Os acadêmicos concordaram que atentar às necessidades dos outros é fundamental para um cuidado adequado. A escuta é uma das formas que os usuários entendem que estão sendo cuidados dignamente. Se não escutamos o que o paciente tem a dizer, atentos até nas entrelinhas, não saberemos suas reais necessidades. Abordou-se também como a comunicação não verbal complementa a verbal e demonstra os sentimentos.

Destacou-se a importância de escutar esses sentimentos presentes nas relações, considerando que tanto pacientes quanto profissionais, consciente ou inconscientemente, projetam afetos uns sobre os outros. Por exemplo, um paciente pode associar um profissional a um familiar, ou o contrário (Brasil, 2009). Apresentaram-se os conceitos de “transferência” e “contratransferência” elaborados pelo psicanalista Sigmund Freud (1856-1939). Na transferência, sentimentos, desejos e afetos vinculados às figuras parentais experimentados no passado são vivenciados e sentidos na atualidade e projetados no psicanalista (e também nos profissionais de saúde). Por sua vez, quando o que está em foco são os sentimentos do profissional em relação ao paciente, nomeia-se de “contratransferência”.

A transferência é classificada como positiva quando há predominância de afeto amistoso e cooperativo, e negativa no caso de primazia de afeto hostil e competitivo. Destacou-se que pela perspectiva de uma Clínica Ampliada, os afetos interferem na condução do processo terapêutico e na qualidade da atenção aos pacientes. Por isso, a importância de que haja essa escuta ao não verbal, que profissionais de saúde possam estar atentos também aos afetos que lhe são direcionados e àqueles que dirigem aos seus pacientes (Brasil, 2009).

De acordo com Ferreira, Guedes, Maksud (2024), no âmbito da assistência farmacêutica, a formação de uma transferência positiva é essencial para a construção de uma relação terapêutica eficaz, que pode levar a uma maior adesão ao tratamento. A regularidade das visitas à farmácia e a orientação constante oferecida pelos farmacêuticos são percebidas pelos pacientes como um compromisso com seu cuidado, que reforça a confiança e o vínculo no profissional.

Caso clínico 4: o cuidado nas adversidades da vida

Iniciou-se a aula com a leitura de um caso clínico elaborado a partir do filme *Cem metros*, de Marcel Barrena, baseado em uma história verídica: *“Trata-se história de Ramón, executivo de uma empresa de publicidade que é diagnosticado com esclerose múltipla. Muito dedicado à família e ao trabalho como publicitário, não consegue imaginar-se dependendo dos cuidados das demais pessoas. Quando descobre o seu diagnóstico, os médicos informam que a doença autoimune e degenerativa se encontra em estado avançado. Ramón começa a perceber sinais de debilidade e, durante o processo de tratamento, se depara com colega que afirma que dentro de um ano ele será incapaz de andar 100 metros. Com estímulo da esposa, ele passa a se preparar fisicamente com o sogro, um professor de educação física aposentado. Ao longo dos treinos, o publicitário decide se inscrever em um “Ironman”, prova de triatlo em que o participante precisa cumprir 3,8 quilômetros de natação, 180 quilômetros de bicicleta e 42 quilômetros de corrida. Ao fim, Ramón com apoio do sogro e da esposa, consegue concluir a prova”*.

A seguir, a docente perguntou à turma: “Qual foi a sua história de superação?” Após as explanações pessoais, se abordou superações de diferentes ordens: financeiras, lutos e enfermidades. Foi mencionado que as vivências relatadas, por mais que tenham sido dolorosas, foram oportunidades de se identificar os recursos internos utilizados por cada um em situações difíceis. Esse reconhecimento dos potenciais individuais, facilita o fortalecimento e a autoconfiança, aumentando a sua coragem e a sua força para lidar com as adversidades.

Foi apresentado o conceito de resiliência, que embora seja um termo polissêmico, pode ser definido como a capacidade das pessoas, individualmente ou em grupo, resistirem a situações adversas sem perder o seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodar e se reequilibrar constantemente (Pinheiro, 2004; Rutter, 1993).

Em seguida, discutiu-se como se pode ajudar uma pessoa a ter resiliência. Cada participante foi convidado a refletir, no seu caso pessoal de

superação, quais atitudes das pessoas próximas contribuíram ou atrapalharam no seu processo. Nas respostas foram citadas histórias que envolviam familiares, amigos e namorados.

Na discussão foram mencionadas a importância da rede de apoio, e a atitude do cuidador de não vitimizar o paciente, mas ao contrário, estimulá-lo a expressar toda a potência que ainda tem, seja em processos criativos, físicos ou relacionais.

A docente, então, apresentou os dois tipos de cuidado apresentados por Figueiredo (2009): o “implicado” e o “em reserva”. Segundo o autor, os agentes do cuidado – pais, profissionais de saúde, amigos e professores – têm uma função, em parte, de presença implicada. O sujeito implicado é o que “faz coisas”, portanto é comprometido e atuante.

Apesar de estarmos acostumados a reconhecer o cuidador pela sua proatividade, outra forma decisiva de cuidar não envolve o fazer e requer atenção ao outro mediante uma presença em reserva: “muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando ao sujeito sua própria imagem” (Figueiredo, 2009, p. 127).

Figueiredo (2009, p. 129) alerta para os riscos do cuidado quando é excessivo, na medida que é invasivo: “é o cuidado que não dá sossego, que sufoca”. No outro extremo, pode-se refletir sobre uma atitude de abandono e negligência. Desse modo, o profissional de saúde precisa manter equilibradas a sua presença implicada e em reserva no ato de cuidar.

Na discussão sobre o cuidado farmacêutico foram mencionadas dimensões do “não fazer”, do cuidado em reserva, tais como somente escutar, olhar nos olhos e estar atento àquilo que a pessoa diz e sente. Em relação aos danos de uma presença implicada invasiva, é indicado que os profissionais não infantilizem ou superprotejam aqueles que estão cuidando.

Por sua vez, intervenções diretas ou por intermédio de ações interdisciplinares, podem promover a autonomia e o autocuidado dos pacientes (Ferreira; Guedes; Maksud, 2024).

Considerações finais

O relato da experiência de ensino teve como propósito demonstrar a SR voltada para o ensino das Ciências Humanas. Na disciplina, inicialmente o caso clínico é discutido à luz do cuidado discente, em um segundo momento voltado à realidade do profissional de saúde. Procuramos também apresentar como as noções e os conceitos advindos da Saúde Coletiva, Psicanálise e Psicologia foram articulados às temáticas trabalhadas em sala de aula e ao campo do cuidado em saúde e farmacêutico.

Por meio dos exemplos relatados foi possível demonstrar um trabalho pedagógico para a aquisição dos marcadores das habilidades e competências relacionais para a prática do cuidado: diálogo; escuta; acolhimento; vínculo; responsabilização; estímulo à autonomia; negociação e empatia.

Embora tenhamos apresentado um modelo para o curso, acreditamos que ele é flexível e ajustável às diferentes realidades institucionais e ao perfil interprofissional. Cada docente pode inserir novas metodologias ativas, outros casos clínicos e dialogar com referenciais teóricos que visam contribuir para a obtenção de tecnologias leves e para uma formação que vise a Clínica Ampliada.

O nosso próprio grupo, apesar de trabalhar com um eixo comum programático, tem autonomia para fazer as suas adaptações, para abarcar as singularidades das suas formações profissionais e das graduações em saúde presentes na turma.

A disciplina tem tido uma elevada aceitação, com acadêmicos receptivos e participantes. Além disso, os discentes mencionam benefícios que abarcam desde o incremento da saúde mental à aquisição de habilidades e competências relacionais na vida pessoal e profissional.

Nos *feedbacks* temos sido valorizadas pela proposta de ensino e recebido sugestões de continuidade por meio de um segundo módulo. Essa demanda gerou a criação de um projeto de extensão que oferece um grupo de apoio aos estudantes universitários, com o propósito de promover a saúde

mental e, paralelamente, dar continuidade a uma formação humanística para as graduações em saúde (Guedes, 2024).

Conclui-se que é possível aprender a cuidar, cuidando de si e do outro por meio da Simulação Realística.

Referências

BION, W. R. J. **Atenção e interpretação**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria No. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília/DF, v. 183, n. 2436, p. 68-76, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF: CNE; 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n.4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. DF: Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMARGO Jr. K. R. **Biomedicina, saber & ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada do trabalho em saúde. In: **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. Reflexões sobre a Clínica Ampliada em equipes de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W.; GUERRERO, A. V. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual/Conselho Federal de Farmácia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

CRAIGHEAD, E.; NEMEROFF, C. (eds). **The Corsini Encyclopedia of Psychology**. New York: Wiley, 2001.

FAVORETO, C. A. **A narrativa da e sobre a clínica na atenção primária**: uma reflexão sobre o modo de pensar e sobre o modo de agir dirigido ao diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FERREIRA, E. C. X.; GUEDES, C. R.; MAKSUD, I. Assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios à luz da Clínica Ampliada. In: FRANCO, T. *et al.* (Orgs.). **Saúde Coletiva e suas multiplicidades**. Niterói: EDUFF, 2024.

FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M. S. (Org.). **Presença**: por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 121-140.

GALATO, D. N.; FRANÇA, T. F.; VIEIRA, A. C. objetivo estruturado (ECO-E): Uma experiência de ensino por meio de simulação do atendimento farmacêutico. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, São Paulo, v. 15, n. 36, p. 309-319, 2011.

GUEDES, C. R. Saúde mental de estudantes universitários: o grupo de suporte como dispositivo de uma rede de cuidado. In: FRANCO, T. *et al.* (Orgs.). **Saúde Coletiva e suas multiplicidades**. Niterói: EDUFF, 2024.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NASCIMENTO, M. C.; GUEDES, C. R. **Saúde, Sociedade e Cultura**: ciências sociais e humanas para graduação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2017.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of adolescent health**, v. 14, p. 626-631, 1993.

SOUZA, A. M.; BARROS, S. B. M. O ensino em farmácia. **Pro-Posições**, n. 14, v. 1, p. 29-38, 2003.

VIORST, J. **Perdas necessárias**. São Paulo: Editora Melhoramentos.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983.



Capítulo 5

MEDICAMENTO, SAÚDE E CULTURA DO CUIDADO: UMA ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL PARA O ENSINO NAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE

Vanessa Maia Rangel
Gabriela Bittencourt González Mosegui
Carla Ribeiro Guedes
Evani Leite de Freitas

Introdução

A disciplina optativa de “Medicamento, Saúde e Cultura”, oferecida às Faculdades de Farmácia e Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) configura-se em um projeto de ensino que visa propiciar uma formação respaldada em um aprendizado reflexivo, crítico e numa perspectiva da integralidade e de uma prática centrada na pessoa (Brasil, 2001, 2014).

O curso estrutura-se na premissa de Jane Sayd (1998), de que a prática biomédica se alicerça historicamente em atitudes profissionais que consistem em “mediar”, “remediar” e “medicar” as questões de saúde-doença.

Outro conceito utilizado é o de “medicalizar”, o qual teve diferentes variações a partir da segunda metade do século XX (Zorzanelli *et al.*, 2014). Embora o termo seja polissêmico, optou-se pela definição de Conrad (2007), que aborda a medicalização como um processo pelo qual comportamentos ou problemas tidos como não médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de transtornos ou doenças.

As noções de Sayd (1998) e de Conrad (2007) são trabalhadas como conceitos-chaves em sala de aula, sendo úteis para direcionar e organizar o diálogo entre discentes e docentes sobre a teoria e a prática.

A estratégia metodológica adotada é a de Simulação Realística (SR) (Batista; Batista, 2016) em formato de casos clínicos interprofissionais (Barbosa *et al.*, 2021) baseados em atendimentos médicos e farmacêuticos realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, o presente capítulo apresenta um relato de experiência da disciplina “Medicamento, Saúde e Cultura”, voltado para um ensino interprofissional das graduações de Farmácia e Medicina, com base na Simulação Realística.

Relato de experiência

A Metodologia de SR: casos clínicos médico-farmacêuticos

O caso clínico médico-farmacêutico é apresentado na disciplina de “Medicamento, Saúde e Cultura” com o objetivo de auxiliar os discentes a saírem da posição de espectadores para a de observadores, isto é, um posicionamento no qual se pretende despertar a consciência crítica e a capacidade de ação profissional. Essa proposta convoca o acadêmico a se colocar empaticamente nos papéis dos profissionais de saúde e dos usuários, no que diz respeito às experiências de doença e adoecimento. É como se eles se perguntassem: “Como eu faria se estivesse trabalhando/experimentando esse local, nessa posição e com essa demanda?” (Boal, 2019).

A ideia central, baseada no método do Teatro do Oprimido, não é a de oferecer soluções prontas, mas fazer com que os espectadores/observadores reflitam sobre as questões apresentadas. Trata-se, portanto, de uma “autêntica pedagogia da intervenção” (Bezerra, 2013, p. 114). Assim, muito mais do que encontrar a resposta correta para as perguntas formuladas, a cena do caso clínico médico-farmacêutico busca provocar novas indagações, abrir

possibilidades de questionamentos sobre a realidade apresentada e espaços para dúvidas (Santos, 2013).

A circularidade entre o conhecimento teórico científico presente nos artigos utilizados e os casos extraídos da prática clínica, além dos conceitos-chaves, objetivam proporcionar o aprendizado dos referenciais da Clínica Ampliada, a qual se baseia no deslocamento do foco da doença para centrá-la no sujeito concreto com as suas questões de saúde (Campos, 2014; Guedes, Nascimento, 2016).

Enfatiza-se que, sendo a metodologia da disciplina inspirada nas técnicas do “Teatro-Fórum”, modalidade do Teatro do Oprimido, os casos clínicos foram pensados para respeitar propostas emancipadoras. Desta maneira, como nas palavras de Julian Boal (2022, p. 231): “pode-se tentar verificar esse caráter emancipatório, apesar do objetivo central das cenas mostrar como as mentalidades materialmente se formam e não necessariamente combatê-las”.

A partir dessas considerações metodológicas, relatamos a experiência da disciplina por intermédio da SR de quatro casos clínicos médico-farmacêuticos² da Atenção Primária à Saúde: 1) tratamento da tuberculose; 2) polifarmácia em idosos; 3) tratamento da rinite alérgica; 4) um caso de luto.

Os relatos incluem a discussão da cena global e dos papéis profissionais, sociais e humanísticos dos diferentes atores em campo, por intermédio dos conceitos-chaves. Propõe-se também a elaboração de um plano de trabalho interprofissional, na busca do uso racional de medicamentos (URM), benefício e segurança para o tratamento individual, além de abordar a prevenção e a promoção da saúde.

Caso clínico médico-farmacêutico: tratamento da tuberculose

“Seu Jorge tem 46 anos, é natural da Paraíba e morador de uma comunidade na cidade do Rio de Janeiro há 25 anos. Tem apenas a alfabetização. Trabalha como auxiliar de pedreiro durante a semana. É casado e pai de

² Os casos clínicos foram elaborados pela primeira autora, a partir de atendimentos vivenciados na APS.

três filhas adultas e que já são casadas. Sua esposa é empregada doméstica e volta para casa no final de semana. Na comunidade há comentários sobre o costume de Jorge beber muito depois do trabalho. Em um período que tomou medicamentos para micose, ele chegou a dizer para o farmacêutico da unidade básica de saúde (UBS): ‘a cachaça me faz ficar mais forte para lidar com os aborrecimentos’. Dessa vez, estava sendo atendido por queixa de tosse produtiva há 8 semanas, cansaço, emagrecimento e febre durante a noite, com suadouros. O médico de família suspeitou de tuberculose e pediu para o seu paciente colher o escarro. O resultado foi positivo para o Bacilo da Tuberculose, e o médico lhe prescreveu o esquema de tratamento protocolar. Quando o pedido da medicação chegou à farmácia da UBS, o farmacêutico lembrou da informação sobre o alcoolismo de Jorge”.

Inicialmente, os acadêmicos foram convidados a fazer uma análise global da cena apresentada, com apoio do artigo científico: “Tratamento da tuberculose”, de Rabahi *et al.* (2017). No debate, eles mostraram-se muito atentos às vulnerabilidades do paciente Jorge, como a baixa escolaridade, o trabalho braçal pouco valorizado economicamente na sociedade e a condição de solidão no lar. Por outro lado, a cena favoreceu a percepção da escolaridade do farmacêutico e do médico como profissões socialmente valorizadas, associadas à cultura científica, num ambiente de trabalho que possibilita a troca de informações e o trabalho interprofissional.

Em seguida, os discentes foram estimulados a se colocarem no lugar do farmacêutico, do médico de família e de Jorge. O papel do médico de família foi analisado como restrito à situação do diagnóstico da doença do paciente e da prescrição do protocolo dos medicamentos, conforme explicitado em Rabahi *et al.* (2017). No entanto, os estudantes, com o auxílio da docente, identificaram o conceito de “mediar” (Sayd, 1998) como relevante para a relação médico-paciente. Relataram que parecia faltar uma atitude mediadora da parte desse profissional, em relação à situação socioeconômica do usuário, das condições da rotina de vida e de seus hábitos para facilitar a adesão do paciente ao tratamento.

Foi identificado, por outro lado, que o farmacêutico parecia ter mais informações sobre alguns hábitos diários do paciente, como o consumo de álcool. O grupo indagou qual teria sido a atitude do farmacêutico. Se teria sido empática, com contato visual, escuta ativa e demonstrado interesse na história de Jorge, favorecendo, desta maneira, o vínculo com o paciente.

Perceberam ainda que, pelo fato de o farmacêutico ter o conhecimento sobre o alcoolismo do paciente e que o abuso de álcool poderia influenciar no tratamento da tuberculose, essa informação precisaria ser disponibilizada para o médico de família. Os acadêmicos se perguntaram como seria feita essa troca de informações: se o farmacêutico se direcionaria ao consultório médico ou se essa questão seria abordada em reunião de equipe. Sendo assim, refletiram sobre o acesso do farmacêutico ao médico, indicando a possibilidade de cada profissional estar trabalhando isoladamente, apesar de atuarem na mesma unidade de saúde.

Concordaram com a docente que a comunicação sobre o alcoolismo do paciente deveria ser feita a partir do conceito de “remediar” (Sayd, 1998). Observaram que, na fala de Jorge, o álcool parecia funcionar como um “remédio” (Sayd, 1998) para as dificuldades da vida. Eles ponderaram que esse remédio poderia ter efeitos indesejáveis, não apenas para o tratamento medicamentoso da tuberculose, mas também em termos de consequências negativas para a saúde do paciente e o desenvolvimento de possíveis doenças futuras. Com o estímulo da professora, manifestaram-se sobre as possibilidades de “remediação” (Sayd, 1998), que poderia ser feita por um grupo terapêutico. A professora sugeriu o Centro de Atenção Psicossocial, voltado ao atendimento de usuários de Álcool e Drogas (CAPS AD) do SUS.

Na etapa final, a turma foi convidada a construir um plano de trabalho interprofissional integrado e direcionado a uma meta, que seria o uso racional de medicamentos (Brasil, 2014).

Concluiu-se com as seguintes formulações de intervenção: a) propor encontro entre farmacêutico e médico de família para a mediação relativa ao abuso de álcool do paciente; b) discutir na reunião entre os dois profissionais o

tratamento protocolar do medicamento prescrito pelo médico; c) marcar reunião de equipe para ampliar os vínculos entre os profissionais; d) apresentar na reunião os relatos interprofissionais das experiências no campo de trabalho, na qual poderia ser discutida a estratégia de remediação por intermédio do CAPS AD.

Caso clínico médico-farmacêutico: polifarmácia em idoso

“Amadeu tem 65 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre morou na Zona Sul. É administrador de empresas e trabalhava em uma multinacional. Foi demitido pela empresa onde trabalhava por contenção de despesas, e, com isso, perdeu seu plano de saúde. Estava acima do seu peso ideal e começou a sentir mal-estar no peito. Procurou a unidade básica de saúde (UBS) perto de sua casa para fazer seu cadastro e ser atendido. Foi acolhido pelo agente comunitário de saúde (ACS). Foi marcada uma consulta com a enfermeira e com o médico de família. Foram solicitados exames de glicemia, colesterol e ácido úrico. Ao ser examinado na sala de procedimento pela técnica de enfermagem, Amadeu estava com a pressão arterial elevada. Essa medição foi confirmada durante o restante da semana, quando retornou à unidade de saúde com mal-estar e dor de cabeça. Foi novamente acolhido pelo ACS e pela técnica de enfermagem. Quando seus exames ficaram prontos, o médico conversou sobre a necessidade de fazer dieta e exercício, porque suas taxas estavam muito altas. Recomendou a academia da UBS e a avaliação do educador físico. Amadeu chegou na farmácia da unidade com uma prescrição contendo: Maleato de Enalapril 20 mg 12/12 h; Metformina 500 mg após o café da manhã e no jantar; Sinvastatina 20 mg após o jantar e AAS 100 mg no almoço. A farmacêutica da unidade de saúde separou os medicamentos e perguntou a Amadeu se ele sabia como tomá-los. A farmacêutica ficou surpresa quando ele disse que não tinha entendido direito a prescrição do médico, que não gostava de tomar remédio, que não tomava medicamento genérico de jeito nenhum, somente de marca e que não sabia por que tanto medicamento, já que era saudável”.

Para iniciar, a docente orientou que os discentes fizessem uma análise global do caso clínico, ancorados no texto “Polifarmácia entre

idosos do município de São Paulo – Estudo SABE” (Carvalho, 2012). No debate, comentou-se que o paciente parecia ter sofrido uma perda de poder econômico e possível sensação de queda de status social, por ter sido demitido recentemente do seu trabalho.

A professora indagou sobre as relações entre o adoecimento de Amadeu e as suas novas condições de vida. Mencionou que pelo texto-base da aula, o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade não se mostra suficiente para descrever a saúde do idoso. Um idoso é considerado saudável “quando mantiver preservada sua capacidade funcional, sendo socialmente integrado e gerenciando a própria vida” (Carvalho, 2012, p. 818).

Foi sinalizado também que na cena do adoecimento de Amadeu, apareceram outros profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como o agente comunitário de saúde, a enfermeira e a técnica de enfermagem, os quais fizeram as primeiras abordagens ao usuário quando chegou para ser cadastrado na unidade básica. Os acadêmicos observaram que cada profissional teve um papel distinto, mas complementar, em uma sequência de fluxos que conduz o usuário de um atendimento a outro, culminando na farmácia da UBS.

Também indagaram sobre a prescrição de medicamentos com muitos itens para um paciente que pensava ser saudável. No debate, a turma apontou que ele chegou à farmácia da unidade de saúde com muitas dúvidas sobre os medicamentos, as quais deveriam ser abordadas pela farmacêutica.

Quando os discentes foram convidados a se colocar no lugar de cada profissional que acolheu Amadeu, afirmaram que o agente comunitário de saúde tem a função de “porta de entrada”, que verifica quais seriam os próximos passos para a abordagem ao usuário. A docente mencionou que o ACS é como se fosse a “ponte” ou a “liga” entre o território e a unidade de saúde e, por ser um morador do local, tem muitas informações sobre as condições da vida daquela localidade.

Declararam que a técnica de enfermagem parece ser a responsável por verificar os sinais vitais e transmitir a informação à enfermeira, que, por sua vez, colhe a história do paciente e solicita os exames relativos ao adoecimento

em questão. Quando o paciente foi atendido pelo médico de família, os estudantes observaram que esse profissional valorizou os dados dos exames de laboratório solicitados pela enfermeira e fez uma mediação (Sayd, 1998), sugerindo mudança da alimentação e da atividade física.

Os discentes questionaram se a indicação da academia da UBS – um espaço onde o educador físico indica os exercícios para os pacientes elegíveis – seria considerada “um remédio” (Sayd, 1998) para a síndrome metabólica de Amadeu. Enfatizaram que, apesar da sugestão da mudança dos hábitos de vida no sentido da perda de peso, da alimentação mais saudável e do aumento da atividade física, ou seja, os parâmetros que são cientificamente conhecidos como redutores do risco cardiovascular, ainda assim o médico prescreveu medicamentos para o paciente.

Como a farmacêutica, os discentes se surpreenderam com a atitude de Amadeu, quando informou ser saudável, ter dúvidas em relação à prescrição e não fazer uso de medicamentos genéricos. Conversamos que, de certa forma, como as profissões médica e farmacêutica estão diretamente atreladas ao diagnóstico da doença e há legitimidade da prescrição, orientação, dispensação e acompanhamento das reações adversas, costumamos naturalizar o uso dos medicamentos.

Discutimos que, por se considerar com boa saúde, ele poderia ter dificuldade em compreender a necessidade de uma prescrição medicamentosa.

O grupo expressou que é possível que o paciente também estivesse vivendo um momento de dificuldades de adaptação pela perda do emprego e que aquela atitude na farmácia da unidade poderia ser uma amostra desse sofrimento. A partir desta constatação, perceberam a necessidade da mediação (Sayd, 1998) que deveria ser feita pela farmacêutica, recuperando etapas anteriores à chegada do paciente na farmácia da unidade de saúde.

Os discentes, com apoio da professora, exemplificaram essa mediação através de perguntas para o paciente: “Amadeu, parece que você veio a unidade de saúde porque estava passando mal, não foi isso?” “Como você estava se sentindo em casa?” “Desde quando você está com dor no peito?” “Como está sendo a sua rotina sem o seu trabalho?” “O que você entendeu

sobre o seu adoecimento na consulta com a enfermeira?” “Quando a técnica de enfermagem verificou a sua pressão por diversas vezes, como estava a sua pressão arterial?” “Por que você acha que o médico de família sugeriu a sua participação na academia da unidade?” “Por que você acha que o médico de família prescreveu todos esses medicamentos?” “Como você acha que eu, como farmacêutica, posso te ajudar hoje?”

Declararam que a mediação relativa à escuta ativa da história do paciente seria o principal papel da farmacêutica na cena apresentada, pois nenhuma abordagem mais técnica, ligada à medicação (Sayd, 1998), especialmente em relação às propriedades dos medicamentos ou aos detalhes do seu uso, seria bem-vinda, sem o vínculo entre o paciente e a farmacêutica.

Concluiu-se, com a elaboração do plano de trabalho interprofissional, com as propostas de intervenção, a seguir: a) ampliar a comunicação da farmacêutica com o médico de família; b) verificar, em cada etapa da assistência, a perspectiva do paciente e a possibilidade de participar ativamente do seu próprio processo terapêutico.

Caso clínico médico-farmacêutico: tratamento da rinite alérgica

“Fabiana tem 17 anos e é mãe de uma menina de 2 anos. Comparece com frequência à Unidade Básica de Saúde (UBS) para a vacinação da criança e para as consultas de puericultura. Sua queixa é que sua filha é muito alérgica. Está sempre com o nariz escorrendo e tem dificuldade de dormir à noite. Por isso, fica muito cansada, pois precisa acordar muito cedo para trabalhar e levar a filha para a creche. Fabiana já tinha ouvido as recomendações médicas sobre a limpeza da casa com pano úmido, sobre alguns alimentos que poderiam ser evitados, mas o problema continuava. Num dia pela manhã, a menina parecia bem pior e a levou à UBS para conversar com a médica. Ela examinou a criança e prescreveu: “polaramine” (solução oral) (maleato de dexclorfeniramina) na dose de 1,25 ml 2 x ao dia por 3 dias. Como a menina melhorou, Fabiana continuou dando a medicação por mais tempo e aumentou,

por conta própria, a dose para 5 ml 2 x ao dia. Com isso, notou que a filha passou a dormir durante a noite toda. Como o medicamento acabou rápido, compareceu à unidade de saúde para renovar a prescrição. O farmacêutico que atendeu Fabiana estranhou toda aquela história. Percebeu que ela tinha usado uma dose superior àquela prescrita pela médica, já que o medicamento tinha acabado antes do esperado. O farmacêutico foi até a sala de atendimento da médica avisar o que estava acontecendo”.

Para a análise global da cena, os acadêmicos foram instruídos a ler previamente o artigo científico: “Distúrbio do sono em crianças com rinite alérgica moderada grave” (Loekmanwidjaja, 2018). No debate, eles se mostraram compadecidos com a rotina de Fabiana e sua filha, considerando as dificuldades de uma mãe adolescente que trabalha fora de casa, e que parece não ter ajuda de parentes, vizinhos e tampouco de amigos.

Em relação ao papel da médica de família, comentou-se que parece que foi feita uma mediação (Sayd, 1998) antes da prescrição medicamentosa, uma vez que teria orientado a paciente sobre a limpeza da casa, na tentativa de melhorar a rinite da menina. Se as medidas de higiene doméstica fossem bem-sucedidas, alguns estudantes disseram que poderia ser interpretada como um “remédio” (Sayd, 1998) para a rinite da menina. Mas como o problema continuava, a médica prescreveu o medicamento antialérgico que constava na relação dos medicamentos da unidade de saúde.

No que diz respeito ao medicamento prescrito, os discentes de Farmácia explicaram para os de Medicina que, segundo a referência da literatura mostrada em sala de aula (Loekmanwidjaja, 2018), o medicamento considerado padrão ouro para o tratamento da rinite alérgica não seria aquele escolhido pela médica de família. Houve, no entanto, um consenso sobre a escolha de um medicamento que estaria disponível na unidade de saúde, considerando as condições de vulnerabilidade da mãe da criança. Por outro lado, alguns graduandos de Farmácia questionaram que as condições vulneráveis da mãe da criança foram antecipadas pela médica, pois Fabiana não parece ter sido incluída na decisão sobre a prescrição.

A partir dos comentários do caso, a professora fez uma ponderação, afirmando que, muitas vezes, o tipo de comentário e o tom do questionamento podem exemplificar as relações competitivas entre farmacêuticos e médicos, quando o objetivo da prática profissional seria o de atingir uma atitude interprofissional (Ely; Toassi, 2018).

Seguiu-se com as reflexões dos acadêmicos, no sentido de que o medicamento prescrito para a doença da criança tinha, como reação adversa, um efeito que seria “manipulado” pela mãe. Houve concordância que essa facilidade para a rotina de vida da Fabiana resultou no aumento, por ela, da dose prescrita para a sua filha, o que assegurou uma melhoria da rinite, assim como um sono profundo, porém levando à sedação da menina. Dessa maneira, com o apoio da docente, a turma interpretou que o medicamento prescrito para rinite também poderia ser visto como medicalização (Conrad, 2007) do sono, visto que um evento da vida foi transformado em um valor de doença, e ainda com a legitimidade da prescrição de medicamentos. Este processo teria ficado evidente a partir da automedicação feita por Fabiana.

Os discentes perceberam que, pela gravidade do observado, em relação à dose do medicamento, o farmacêutico teve a iniciativa de procurar a médica. Observou-se como é importante para o farmacêutico identificar problemas relacionados aos medicamentos (PRM) e ao cumprimento das doses prescritas, especialmente considerando o risco de um efeito adverso numa criança, que depende de um responsável para a administração do tratamento.

Em relação à possibilidade de alternativas para o tratamento medicamentoso da criança, alguns acadêmicos pensaram no uso de medicamentos fitoterápicos ou homeopáticos, considerando as Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PICS), enquanto outros insistiram na prescrição do medicamento padrão ouro para o tratamento da rinite alérgica e que, sem o poder sedativo, poderia ser a melhor solução para a automedicação feita por Fabiana.

No plano de trabalho interprofissional, ficou deliberado: a) agendar reunião entre o farmacêutico e a médica de família a fim de chegar a um

consenso na prescrição do medicamento mais adequado; b) adotar para a prescrição um medicamento que dificultaria a “manipulação” do efeito adverso; c) não prescrever medicamento com potencial sedativo para crianças, pois o risco excederia o benefício, desfavorecendo o uso racional de medicamento.

Caso clínico médico-farmacêutico: um caso de luto

“Daiane tem 27 anos de idade, é mãe de duas filhas, de 2 e 3 anos, separada do marido, que mora em outro município. Ela mora na Gávea e trabalha como gerente de loja de um shopping center em Niterói. Sempre contou com a ajuda de sua mãe para cuidar de suas filhas, que incluía levá-las à escola, dar almoço e apoiar nos deveres de casa. No início deste ano (2021), Marlene, a mãe de Daiane, faleceu vítima de complicações de covid-19. Ela estava muito próxima de ser vacinada. A filha ficou desesperada e deprimida. A vizinha levou Daiane à unidade de saúde e pediu ajuda à médica de família, que receitou Fluoxetina 20 mg ao dia por 3 meses. A médica informou à Daiane que a depressão provavelmente se tratava de luto pela perda da mãe, mas que prescreveria uma medicação para ajudá-la neste momento. Ela, de fato, melhorou, não sabe dizer se pela ajuda do medicamento ou da vizinha, que assumiu o papel materno nos cuidados às suas filhas. Porém, passou a confiar no medicamento como um grande auxílio e voltou à unidade de saúde para renovar mais uma vez a sua receita. Naquele dia, a médica de família não estava trabalhando e Daiane resolveu falar com a farmacêutica sobre o medicamento. No atendimento na farmácia, Daiane disse que estava se sentindo muito bem, sua rotina de trabalho estava normal, tinha até arrumado um namorado. Disse que tinha dúvidas em manter o medicamento, já que a vizinha, que estava ajudando muito, havia sugerido que tomasse chás”.

A análise global da cena não foi tarefa fácil para alguns estudantes que se identificaram com o caso pela lembrança da perda de algum familiar, amigo ou conhecido, vítimas na Pandemia de covid-19. Outros relataram que se recordaram de lutos vividos no passado. Essa situação emocional, suscitada pelo caso clínico e pelo artigo “Medicalização do Luto: limites e perspectivas

no manejo do sofrimento durante a pandemia” (Alves, 2021), que alicerçou o relato de caso, parece ter afetado a sua interpretação.

Com o apoio da docente, observaram em unanimidade que Marlene, a mãe, seria bem interpretada como um “remédio” (Sayd, 1998) na vida da filha, especialmente referente aos cuidados com as netas e a garantia de uma rotina mais segura e estável. A sua morte repentina foi vista, portanto, como um transtorno súbito e profundo para Daiane. Foi mencionado pela professora que o emprego da palavra “transtorno” fazia alusão direta aos diagnósticos clínicos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), questionado por vários autores (Lane, 2019; Soalheiro; Mota, 2014) que trabalham o conceito de medicalização da vida e da sociedade.

Para alguns discentes, o luto de Daiane foi compreendido como tendo o valor de doença e, portanto, tendo a legitimidade da prescrição de medicamentos como proposta terapêutica. Por outro lado, o papel da vizinha no auxílio do cuidado das crianças, fez com que questionassem até que ponto a doença estaria atrelada ao contexto da sociabilidade da vida da enlutada, e não somente à condição de sofrimento pela perda materna. No debate, mencionaram que não era fácil separar a melhora terapêutica atribuída ao medicamento prescrito ou às contribuições da vizinha e do novo namorado para a rotina da paciente. Este questionamento parece que também pertencia à própria Daiane, que compareceu à unidade de saúde com a dúvida se deveria renovar ou não a prescrição médica.

Aqueles que relataram terem passado por lutos ou diagnóstico de transtornos comentaram que os medicamentos geralmente ajudam no início, pois são oferecidos para melhorar sintomas, porém disseram que estratégias de remediação (Sayd, 1998), tais como psicoterapia, religião, espiritualidade e grupos terapêuticos foram fundamentais na resolução das situações de sofrimento.

No que concerne ao papel da médica de família, os graduandos relataram que parece ter havido a tentativa de mediação (Sayd, 1998), quando interpretou a depressão como um fato da vida nomeado “luto”. Contudo, como prescreveu um medicamento, considerou-se que a médica “medicalizou” o

luto da paciente (Alves, 2021). Outros ponderaram que a médica pode ter considerado a situação de desamparo de Daiane diante da morte da sua mãe e do despreparo em lidar com a rotina das filhas. De forma geral, os estudantes consideraram essa prescrição como medicalização (Conrad, 2007), embora aceitável. Foi questionada a rapidez na prescrição e a mediação (Sayd, 1998) pouco aprofundada por parte da médica, que parece ter feito a medicalização do luto de maneira consciente.

Alguns acadêmicos afirmaram o caráter invasivo da vizinha quando sugeriu o uso de chás ao invés do medicamento prescrito. Manifestaram que somente os profissionais de saúde médica e farmacêutica poderiam avaliar o uso dos medicamentos, incluindo a sua suspensão. Embora observem, por meio de exemplos próximos de familiares, que a indicação de medicamentos, remédios e diversos tipos de tratamentos seja frequentemente feita por pessoas consideradas leigas.

Avaliaram que a farmacêutica deveria considerar a fala de Daiane, que afirmou estar “se sentindo muito bem”, para orientá-la quanto à suspensão gradual do medicamento prescrito. Houve questionamentos se a Fluoxetina teria feito algum efeito terapêutico para a paciente, considerando a presença da vizinha que teve uma função de “remédio” (Sayd, 1998). No entanto, foi ponderado que talvez o medicamento tenha funcionado por algum tempo e que a vizinha complementou e ampliou o efeito do medicamento.

A turma considerou que quando Daiane chegou à farmácia da unidade de saúde para renovar a receita da Fluoxetina, o medicamento não seria mais necessário, e que as profissionais farmacêutica e médica são as principais mediadoras para a suspensão do fármaco.

Concluiu-se com o seguinte plano de trabalho interprofissional: a) realizar uma consulta conjunta com a presença da médica, farmacêutica e a paciente; b) rever na consulta a história recente de vida da paciente: após a morte de sua mãe, o significado do seu luto, os novos sentidos de vida trazidos pela ajuda da vizinha, as propriedades farmacológicas do medicamento, a indicação clínica e as possíveis reações adversas.

Considerações finais

Os debates dos casos clínicos médico-farmacêuticos articulados aos textos-base na disciplina de “Medicamento, Saúde e Cultura” configuraram o nosso projeto de ensino. Esse projeto apresentou uma metodologia ativa, a SR, a partir dos exemplos da prática da Atenção Primária à Saúde, em que a dinâmica profissional e interprofissional pôde ser observada.

A metodologia apresentada possibilitou o ensino dinâmico, oferecendo aos discentes a oportunidade de sensibilização com os papéis dos diferentes profissionais de saúde e do paciente em seu contexto de vida. Proporcionou também a possibilidade de refletir criticamente sobre os diferentes papéis apresentados. A discussão dos casos clínicos médico-farmacêuticos, por intermédio dos conceitos-chaves de “mediar”, “remediar”, “medicar” e “medicalizar” pôde propiciar uma organização conceitual para o entendimento das práticas profissionais e interprofissionais.

Avalia-se que a estratégia pedagógica adotada possibilitou cumprir os objetivos de um ensino crítico, reflexivo, humanista, centrado em uma abordagem ampliada da clínica e da pessoa, considerando, contudo, as questões que envolvem a doença, o adoecer e os problemas relacionados aos medicamentos.

Conclui-se que a Simulação Realística é um método replicável no âmbito da Saúde e Cultura para discutir situações que envolvem os medicamentos, sendo ainda seguro para os acadêmicos das graduações de Farmácia e Medicina, profissionais de saúde e pacientes.

Referências

ALVES, A. M.; COUTO, S. B.; SANTANA, M. P.; BAGGIO, M. R. V.; GAZARINI, L. Medicalização do Luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 9, e00133221, 2021.

BARBOSA, G. R.; SAMPAIO, R. A.; APPENZELLER, S. Disponibilidade para educação interprofissional em cursos orientados por métodos ativos de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 03, p. e174, 2021.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo

redes de práticas e saberes. **Interface**, v. 20, n. 56, p. 202-4, 2016.

BEZERRA, P. A. Novas dimensões do Teatro-Fórum: arte e política no ambiente de trabalho da indústria. In: LIGIÉRIO, Z.; LICKO, T.; ANDRADE, C. (Orgs.). **Augusto Boal: arte, pedagogia e política**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2013.

BOAL, A. **Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas**. São Paulo: Editora 34, 2019.

BOAL, J. **Sobre antigas formas em novos tempos**: o Teatro do Oprimido hoje, entre “ensaio da revolução” e técnica interativa de domesticação das vítimas. São Paulo: Hucitec, 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n.4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: ME, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo**. Brasília, DF: CNE, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 1. Brasília, DF: MS, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; DORSA, M. F. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface**, v. 18, supl. 1, p. 931-43, 2014.

CARVALHO, M. F. C. *et al.* Polifarmácia em idosos do município de São Paulo – estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 817-827, 2012.

CONRAD, P. **The medicalization of Society**: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.

ELY, L. I.; TOASSI, R. F. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface**, v. 22, supl. 2, p. 1563-75, 2018.

GUEDES, C. R.; NASCIMENTO, M. C. Por uma clínica ampliada na formação médica: uma experiência de ensino. **Diversitates**, v. 8, n. 1, p. 1-17, 2016.

LANE, R. Expanding boundaries in psychiatry: uncertainty in the context of diagnosis-seeking and negotiation. **Sociology of Health & Illness**, v. 42, supl. 1, p. 69-83, 2020.

LOEKMANWIDJAJA, J. *et al.* Distúrbio do sono em crianças com rinite alérgica moderada grave. **Braz. J. Otorhinolaryngol.**, v. 84, n. 2, p. 178-84, 2018.

RABAHI, M. F. *et al.* Tratamento da Tuberculose. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v. 43, p. 472-486, 2017.

SANTOS, B. O Teatro do Oprimido Africano. In: LIGIÉRIO, Z.; LICKO, T.; ANDRADE, C. (Orgs.). **Augusto Boal: arte, pedagogia e política**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2013.

SAYD, J. D. **Mediar, Mediar, Remediar**: aspectos da terapêutica na Medicina Ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.



Capítulo 6

SIMULAÇÃO REALÍSTICA ENVOLVENDO A PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA: UM RELATO DOCENTE

Benedito Carlos Cordeiro

Claudio dos Santos Silva (nome artístico Claudio Basttos)

Monique Araújo de Brito

Introdução/Contextualização

O termo “Farmácia Clínica” sempre esteve mais presente nos sonhos do que na realidade do ensino, nos diversos cursos de Farmácia do Brasil. A característica multifacetada do curso, com campo profissional amplo, obrigou estas graduações a uma carga horária fragmentada, com pouca possibilidade de aumento de dimensão para a parte clínica, campo tão importante para estes profissionais.

Esse cenário começou a ser modificado no final do século passado, com a introdução da Atenção Farmacêutica (*Pharmaceutical Care*) como área importante de atuação profissional (Hepler; Strand, 1990). Entretanto, observava-se, nas universidades, mudanças ainda tímidas para dar carga horária a este conteúdo.

Como exemplo, é possível observar, no documento *Consenso Español de Atención Farmacéutica* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002), a Consulta Farmacêutica como um de seus componentes, enquanto o Consenso Brasileiro (Opas, 2002), datado do mesmo ano, não utiliza esta expressão, talvez para evitar conflitos com outras profissões na área da saúde.

Esta dificuldade legal é modificada a partir das Resoluções do Conselho Federal de Farmácia 585 e 586, de 2013. A primeira, ao regulamentar as atribuições clínicas dos farmacêuticos, explicita conceitos como “Consulta” e “Consultório Farmacêutico”, ampliando bastante a atuação farmacêutica neste âmbito (Brasil, 2013a). A segunda estipula uma ação farmacêutica ainda mais ousada, a Prescrição Farmacêutica, considerando os farmacêuticos atuantes no mercado e os currículos de Farmácia da época (Brasil, 2013b).

A Resolução 586/2013 (Brasil, 2013b) permite que farmacêuticos sem necessidade de especialização possam prescrever Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP). A partir de sua entrada em vigor, rapidamente foram disponibilizados cursos de especialização/atualização para os farmacêuticos já atuantes no mercado de trabalho, tanto pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), como por outras instituições públicas e privadas. Com isso, tinha-se a intenção de qualificar aqueles que já estavam formados, já que era possível perceber a insegurança dos farmacêuticos sobre a nova responsabilidade (Soares; Costa; Teixeira, 2016).

Porém, havia ainda a necessidade de trabalhar com a outra ponta, com os futuros farmacêuticos, que estavam – estão – nas universidades. Competia, então, às universidades, a realização de reformas profundas para a formação de novos farmacêuticos, em que o Cuidado Farmacêutico (Brasil, 2016) passasse a ser componente importante na formação. Esta nova situação foi corroborada pelo Conselho Nacional de Educação, que apresentou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (Brasil, 2017), com aumento expressivo na carga horária destinada à área de Cuidados.

Não obstante, mudanças em estruturas universitárias são lentas, pois exigem ou a contratação de professores com perfil adequado ou a disponibilidade individual de professores, já atuantes, de aceitarem o desafio de trabalharem em uma área na qual não tiveram formação. Assim, cada universidade foi se adaptando. Na opinião dos autores deste texto, uma forma mais eficaz de atingir o que se pretendia foi a escolha de uma metodologia ativa, a Simulação Realística (SR).

De acordo com Bacich e Moran (2018, p. 15), metodologia de aprendizagem ativa é “[...] a inter-relação entre educação, cultura, sociedade, política e escola, sendo desenvolvida por métodos ativos e criativos, centrados na atividade do estudante com a intenção de propiciar a aprendizagem”.

Várias são as metodologias ativas que podem ser empregadas como estratégias de ensino-aprendizagem, entre elas a produção de mapas conceituais, portfólio reflexivo, aprendizagem baseada em equipe e estratégias de SR, como o júri simulado (ou tribunal de júri) (Bacich; Moran, 2018).

A utilização de atores em situações de SR não é nova na realidade farmacêutica, ainda que pouco frequente no Brasil. Bell e Hakkarainen (2009, p. 13-18), em documento da Federação Internacional dos Farmacêuticos traduzido pelo CFE, apresentam um relato de “Evento de Aconselhamento ao Paciente”. Neste evento, realizado durante o Congresso de Farmácia da Austrália, em 2004, seis estudantes finalistas competiram, cada um pertencente a um estado da Austrália. Estes estudantes atuaram em casos com atores profissionais e, depois disso, jurados avaliaram seus desempenhos escolhendo, ao final, o “estudante do ano”. Uma parte importante do texto citado se dedica a apontar pontos positivos e negativos na escolha do agente para realizar a SR – utilizar pacientes reais, atores profissionais, professores ou, ainda, os próprios estudantes (Bell; Hakkarainen, 2009). Além de prós e contras, deve-se pensar na logística necessária a cada uma destas opções, nem sempre disponível a todos os cursos de Farmácia.

A Simulação Realística, em qualquer uma das opções citadas no parágrafo anterior, necessita que seja pensada uma metodologia e avaliação. Por exemplo, como “padronizar” a atuação? Como responder a indagações inusitadas, que não foram previstas por quem preparou o agente/ator? Como garantir *feedback* adequado e padronizado a partir das perguntas feitas pelos estudantes? (Nestel *et al.*, 2015a; Smith *et al.*, 2015).

Neste ponto, deve-se considerar a preparação do agente que funcionará como paciente simulado. Como se dará o treinamento deste agente? É preciso antecipar as principais perguntas que os estudantes farão, ao mesmo tempo que também será estratégico fornecer “dicas” que auxiliem o raciocínio clínico que

se queira implementar. Desenvolver previamente o cenário em que os estudantes estarão envolvidos aumenta bastante a chance de sucesso (Nestel *et al.*, 2015b).

Construção da proposta

No Curso de Farmácia da Universidade Federal Fluminense não foi diferente. A disciplina de “Prescrição Farmacêutica” foi criada em 2019, como disciplina optativa, com carga horária de 54h; destas, 27h consideradas práticas. Ela foi oferecida no segundo semestre de 2019, pela primeira vez, e depois, foi oferecida de modo remoto em função da Pandemia de covid-19, no segundo semestre de 2021. Foi oferecida ainda nos segundos semestres de 2022 e 2023, novamente de forma presencial.

As atividades práticas e avaliativas da disciplina sempre procuraram trabalhar com a ideia de crescimento constante do conhecimento, com a avaliação feita a partir de 4 (quatro) prescrições ao longo do semestre.

O processo de prescrição farmacêutica é constituído das seguintes etapas: I – identificação das necessidades do paciente relacionadas à saúde; II – definição do objetivo terapêutico; III – seleção da terapia ou intervenções relativas ao cuidado à saúde, com base em sua segurança, eficácia, custo e conveniência, dentro do plano de cuidado; IV – redação da prescrição; V – orientação ao paciente; VI – avaliação dos resultados e VII – documentação do processo de prescrição (Brasil, 2013b).

No primeiro dia da disciplina, os estudantes eram orientados a fazer uma prescrição de acordo com os seus conhecimentos prévios. A segunda prescrição deveria ser feita a partir de determinados conteúdos trabalhados em aula, como legislação, semiologia, distúrbios menores, patofisiologia e farmacologia dos Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP). Na terceira, trabalha-se com casos clínicos, buscando desenvolver um raciocínio que permita perceber interações entre medicamentos, reações adversas, indicações, modo de uso, entre outras informações a serem buscadas na literatura.

Como última atividade, as prescrições devem estar embasadas por protocolos construídos por eles, a partir de evidências que as justifiquem. A saúde baseada em evidência é uma abordagem que utiliza as ferramentas da epidemiologia clínica, da estatística, da metodologia científica e da informática, para trabalhar a pesquisa, o conhecimento e a atuação em saúde, com o objetivo de oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisão nesse campo (Brasil, 2013b).

Esta última prescrição, a que mais peso tem na nota final, há que ser feita considerando as discussões anteriores, tanto nas outras prescrições quanto nas aulas, a partir do atendimento feito a um paciente fictício que, na verdade, é um ator. A partir desta exposição, deve-se entender que nesta quarta prescrição, trabalha-se a simulação realística como um jogo dramático, em que tanto um ator quanto os estudantes desempenham papéis. Nem um nem outro representam a realidade. Ambos sabem que a situação é simulada.

Mas, para os alunos, aceitar o papel os prepara para as situações que se verificarão em sua vida profissional. Não somente pelo fato de se estudar um “caso” fictício, mas sim pela possibilidade de atuar junto a pessoas, sendo empático e compreendendo que, muitas vezes, um profissional de saúde é muito mais que um “prescritor de medicamentos”, abarcando aspectos relacionais com pacientes, que podem auxiliar na resolução de problemas (Tavares, 2008).

Apresentação do relato

A atividade foi realizada presencialmente na disciplina de “Prescrição Farmacêutica” da Faculdade de Farmácia da UFF no mês de dezembro de 2023.

Inicialmente, os docentes responsáveis pela disciplina pensaram em dividir a turma em três grupos, cada um com quatro estudantes. Entendemos que grupos menores propiciam uma discussão mais íntima, em que até os estudantes mais tímidos se manifestam mais facilmente. Mas optamos por uma única turma, já que seria mais dispendioso para o ator em termos de tempo fazer a simulação repetidas vezes, sozinho, instigando a turma a trabalhar coletivamente. Isto

também evitou disparidades que poderiam prejudicar uma avaliação mais isenta. Entretanto, todos poderiam escutar as recomendações dos outros.

O convite ao ator Claudio Bastos foi feito pessoalmente. Explicamos a proposta e ele aceitou participar da atividade prontamente. Em seguida redigimos o caso a ser encenado e enviamos a ele para leitura prévia. O caso clínico está descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Caso clínico utilizado na simulação realística da disciplina de “Prescrição Farmacêutica”

Maurício, motorista de ônibus, 45 anos, trabalha em uma empresa de turismo, que leva clientes para diversos pontos do Brasil. No mês passado esteve em Gramado/Canela, no Rio Grande do Sul e, daqui a uma semana vai para Salvador/Bahia.

Quando trabalha, tem que dormir em hotéis baratos ou no próprio ônibus.

Há dois dias começou com espirros e o nariz escorrendo.

Estes sintomas o incomodam fisicamente, mas ainda há outro problema: sente que algumas pessoas no ônibus, nestes tempos de pandemia, ficam incomodados ao vê-lo espirrando.

Trabalha com outro motorista e acha que não é contagioso, pois o outro motorista não “pega” seus sintomas, que são muito frequentes.

É diabético e tem a diabetes controlada. Faz uso de glibenclamida (1 comprimido antes do almoço) e metformina (1 comprimido depois do jantar).

Gostaria que o farmacêutico lhe prescrevesse algo.

O caso foi inventado com um paciente do sexo masculino que trabalha como motorista de ônibus para empresas comerciais, levando passageiros pelo Brasil. O detalhe de que, “quando trabalha, tem que dormir em hotéis baratos ou no próprio ônibus” foi inserido para que os estudantes pudessem inferir que os sintomas relatados poderiam se relacionar a uma rinite alérgica, uma vez que hotéis mais baratos ou um lugar para dormir no próprio ônibus, sem a devida limpeza, podem conter ácaros e outros alérgenos e agravar certas alergias.

O fato de trabalhar dirigindo deveria levar os estudantes a pensarem em um medicamento que não causasse sonolência (principalmente se o paciente dirigisse à noite), ou em esquemas terapêuticos que permitissem a administração do medicamento, quando o paciente fosse dormir, seja no período matutino ou noturno.

A viagem recente à Gramado/Canela, cidades do Sul do Brasil, bastante frias, deveria levá-los a pensar em um possível agravamento da rinite.

Ele tinha sintomas respiratórios leves, como coriza e espirros. Esses sintomas são estudados na disciplina e os estudantes são levados a criar protocolos e fluxogramas de prescrições farmacêuticas medicamentosas e não medicamentosas, como possíveis formas de tratamento, simulando um paciente real. Também é importante, aqui, a presença de sintomas respiratórios em tempos de covid-19, ressaltando o papel da vacinação como forma de prevenção comprovada cientificamente.

Incluir um paciente que possua uma doença/comorbidade previamente diagnosticada é importante para que os estudantes estejam atentos e procurem possíveis interações medicamentosas, embora saibamos que a maior parte dos MIPs possuem pouca possibilidade de interações importantes ou clinicamente significantes (Brasil, 2016).

O ator chegou à sala já caracterizado como um paciente. Os estudantes o receberam, indicaram um lugar para ele se sentar e dispuseram-se ao redor dele. Em seguida, um de cada equipe, se apresentou como farmacêutico e um deles perguntou em que poderia ajudar.

O paciente-ator fez a sua exposição oral sobre o pedido de ajuda. Os estudantes ouviram e fizeram suas perguntas de anamnese farmacêutica para entender melhor o caso dele. Elas consistiram em questioná-lo há quanto tempo ele tinha os sintomas, se já havia procurado ajuda e usado algum medicamento anteriormente, se relatava outra comorbidade além da diabetes, ou alergia a algum medicamento, perguntas que conduziram ao caminho preconizado pelos protocolos feitos por eles mesmos.

Esta conversa está de acordo com os incisos do Art. 8º da Resolução CFF 586 de 2013 (Brasil, 2013b), que diz: “no ato da prescrição, o farmacêutico deverá adotar medidas que contribuam para a promoção da segurança do paciente, entre as quais se destacam: I – basear suas ações nas melhores evidências científicas; II – tomar decisões de forma compartilhada e centrada no paciente; III – considerar a existência de outras condições clínicas, o uso de

outros medicamentos, os hábitos de vida e o contexto de cuidado no entorno do paciente; IV – estar atento aos aspectos legais e éticos relativos aos documentos que serão entregues ao paciente; V – comunicar adequadamente ao paciente, seu responsável ou cuidador, as suas decisões e recomendações, de modo que estes as compreendam de forma completa; VI – adotar medidas para que os resultados em saúde do paciente, decorrentes da prescrição farmacêutica, sejam acompanhados e avaliados”.

Em seguida, cada equipe se reuniu para discutir a melhor prescrição para aquela situação. Ao final de alguns poucos minutos, entregaram a receita prescrita para o paciente. A prescrição farmacêutica foi redigida em vernáculo, por extenso, de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, sem emendas ou rasuras, e conteve os seguintes componentes: I – identificação de um estabelecimento farmacêutico fictício; II – nome completo e contato do paciente; III – descrição da terapia farmacológica, com as informações: a) nome do medicamento, concentração, forma farmacêutica e via de administração; b) dose, frequência de administração do medicamento e duração do tratamento; IV – nome completo do farmacêutico, assinatura e número fictício de registro no Conselho Regional de Farmácia; V – local e data da prescrição (Brasil, 2013b). A prescrição dos medicamentos estava em conformidade com a Denominação Comum Brasileira (DCB), como recomenda a Resolução 586 de 2013 (Brasil, 2013b).

O ator convidado escreveu um pequeno relato sobre a participação na atividade, que transcrevemos aqui.

Gostaria de dizer que foi um prazer participar das aulas da disciplina Prescrição Farmacêutica do Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica, simulando ser um paciente, que procura uma Farmácia, solicitando uma indicação de medicamento aos Farmacêuticos (alunos), informando os seus sintomas. Os Farmacêuticos fazem algumas perguntas, para obter melhores informações a respeito do paciente e depois prescrevem um medicamento, auxiliando o paciente na forma de uso. Acho que a minha pequena contribuição é proveitosa para os alunos, que logo

após a simulação recebem as orientações dos professores da disciplina, comentando os erros e acertos por eles realizados. A disciplina permite com essa simulação que os alunos tenham uma experiência, mesmo que simulada, para uma futura ação real, formando profissionais mais conscientes de seus deveres profissionais (Ator convidado).

Considerações finais

A utilização de situações de Simulação Realística para a resolução de problemas por experimentação, como a apresentada neste relato, oportuniza ao estudante um ambiente prático, permitindo que ele entre em contato com situações, reais ou simuladas, que favorecem sua autonomia, potencializam o seu engajamento e o protagonismo, assim como a empatia com o paciente, de “carne e osso”, à sua frente.

Esta atividade possibilitou a discussão e o aprofundamento de um tema muito importante e atual para o farmacêutico, a prescrição farmacêutica, que é amparada pela Resolução CFF 586, de 2013. A prática teve um caráter flexível e dinâmico.

Proposições desse tipo podem demandar bastante tempo da aula. É importante que o professor se planeje, procure realizar a atividade em aulas mais longas e seja claro quanto ao cumprimento das regras e objetivos para uma prescrição eficaz.

Referências

BACICH, L.; MORAN, J. **Metodologias ativas para uma educação inovadora**: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso, 2018.

BEARMAN, M. **Simulated Patient Methodology**: theory, evidence and practice. West Sussex: Wiley Blackwell, 2015, p. 85-92.

BELL, S.; HAKKARAINEN, K. Organizando um evento de aconselhamento ao paciente. In: INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **Aconselhamento, Concordância e Comunicação**: Educação Inovadora para Farmacêuticos. Brasília: CFF, 2009, p. 13-18.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). **Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados ao Paciente, à Família e à Comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: CFF, 2016. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_

FINAL.pdf. Acesso em: 29 jul. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585/2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 25 set. 2013a. p. 186-188.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 586/2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 25 set. 2013b, p. 136-138.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 98/2016. 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. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 03 ago. 2016, p. 111-125.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n.º 6, de 19 de outubro de 2017**. Brasília: DOU, 2017. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN62017.pdf?query=INNOVA%C3%87%C3%83O. Acesso em: 29 jul. 2024.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. **American journal of hospital pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

MINISTÉRIO DE SANIDAD Y CONSUMO. ESPAÑA. **Consenso sobre Atención Farmacéutica**. Madrid, 2002. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm>. Acesso em: 29 jul. 2024.

NESTEL, D. *et al.* Preparation: developing scenarios and training for role portrayal. In: NESTEL, D.; BEARMAN, M. **Simulated Patient Methodology: theory, evidence and practice**. West Sussex: Wiley Blackwell, 2015b, p. 63-70.

NESTEL, D. *et al.* Simulated Patients as teachers: the role of feedback. In: NESTEL, D.; BEARMAN, M. **Simulated Patient Methodology: theory, evidence and practice**. West Sussex: Wiley Blackwell, 2015a, p. 71-78.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacéutica**. Brasília: OPAS, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2024.

SMITH, C. M. *et al.* Simulated Patient Methodology and Assessment. In: NESTEL, D.; BEARMAN, M. **Simulated Patient Methodology: theory, evidence and practice**. West Sussex: Wiley Blackwell, 2015, p. 85-92.

SOARES, A. L. P. P.; COSTA, M. A.; TEIXEIRA, J. J. V. Nível de entendimento sobre prescrição farmacêutica no Brasil. Estamos preparados para essa nova realidade? **Infarma**, v. 28, n. 3, p. 149-156, 2016.

TAVARES, R. Um Olhar da Arte sobre a Saúde Pública: Ampliando Conceitos. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2008, p. 1-10.



Capítulo 7

O USO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA PARA DISCUSSÃO SOBRE A ATUAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO: EXPERIÊNCIA COM RESIDENTES EM FARMÁCIA HOSPITALAR

Patrícia Kaiser Pedroso Cava
Luciana Castilho Bokehi
Ana Clara Duarte dos Santos
Marina Soares Gonçalves
Taynah da Silva Pinheiro
Tháisa Amorim Nogueira
Selma Rodrigues de Castilho
Sabrina Calil Elias

Introdução/Breve contextualização da problemática na qual foi utilizada a SR

A formação para a atuação clínica do profissional farmacêutico requer a junção do raciocínio clínico ao conhecimento de farmacologia. Esse desafio é especialmente relevante na formação de residentes de farmácia hospitalar, modelo de formação que se fundamenta na busca de se atrelar a prática à teoria. Os programas de residência no Brasil são espaços do saber, unindo a prática do serviço com o conhecimento teórico desenvolvido nas atividades didáticas. Os programas de residência uniprofissional e multiprofissional têm duração mínima de dois anos, com carga horária mínima 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, distribuídas entre atividades práticas e teórico-práticas em serviço (80%) e teóricas (20%) (Brasil, 2009). No Brasil

existem residências multiprofissionais e uniprofissionais com vagas para farmacêuticos. Em 2021 foram oferecidas 664 vagas para farmacêuticos em residências uniprofissionais e multiprofissionais distribuídas por todo território brasileiro, totalizando 216 programas de residência com editais abertos (Calil-Elias *et al.*, 2022).

Desde 1997 está em atividade o curso de residência em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense (Gonçalves *et al.*, 2018). Ao longo dos anos, foram realizadas mudanças no conteúdo programático do curso, de tal forma a se adaptar às mudanças graduais da atividade do farmacêutico dentro do ambiente hospitalar. Dentre essas mudanças, pode-se destacar as atividades clínicas do farmacêutico, as quais são abordadas em todas as disciplinas, porém em especial na de farmacologia clínica.

Atualmente, a disciplina de Farmacologia Clínica é ofertada anualmente para 36 residentes de farmácia no primeiro ano dos cursos de residência da Universidade Federal Fluminense, a saber: Residência em Farmácia Hospitalar e Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP).

O objetivo da utilização dos casos clínicos na referida disciplina é estimular a reflexão sobre o cenário observado na prática hospitalar e ambulatorial. Simulando situações em que o farmacêutico exerça sua atividade clínica, como por exemplo, consulta farmacêutica no ambulatório, ou participação de rounds com discussão da condição do paciente e interação com a equipe multiprofissional. Na prática clínica é comum a utilização de diversos medicamentos simultaneamente, bem como a manifestação de problemas relacionados aos medicamentos em uso, muitos advindos do uso concomitante destes num contexto não ideal, incluindo elementos de não adesão ao tratamento, eventos adversos e/ou complicadores sociais.

Enquanto a teoria está muitas vezes fixada pela formação da graduação ou em consultas de livros-textos, a aplicação dos casos clínicos permite a análise de diversas variáveis, incluindo informações provenientes de outras disciplinas que tangenciam a atividade clínica do farmacêutico. Outro ponto importante, é que os próprios residentes agregam bastante à discussão dos

elementos mais realistas da prática e podem expandir a troca de experiências, mas incorporando ao cenário proposto de SR elementos de sua própria vivência. Ademais, os alunos preferem este tipo de atividade à aula no modelo tradicional, uma vez que eles tiveram o conteúdo de farmacologia na graduação de farmácia. A riqueza da troca de experiências advém das experiências dos residentes, inseridos em múltiplos contextos hospitalares. Atualmente são 11 hospitais diferentes compondo a rede de unidades de treinamento do curso de Residência em Farmácia Hospitalar a saber: cinco da rede federal do Ministério da Saúde, seis da rede municipal e um da Marinha do Brasil, todos localizados na cidade do Rio de Janeiro, além do HUAP. Neste contexto de aprendizado, cada caso clínico poderá ter inúmeros fluxogramas de análise, diferentes desfechos a serem partilhados pela expertise adquirida pelo treinamento local de cada residente, sendo norteadas a discussão pelo professor que está ministrando a aula.

Construção da proposta

O objetivo da atividade é proporcionar o desenvolvimento de habilidades durante o atendimento para consulta farmacêutica de alunos de Residência Farmácia Hospitalar e Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Antônio Pedro durante a disciplina de Farmacologia Clínica.

Os alunos são apresentados ao caso e, em seguida, provocados com as questões norteadoras:

1. Qual(is) o(s) problema(s) identificado(s) pelo farmacêutico neste caso?
2. Qual(is) intervenção(ões) não farmacoterapêutica(s) deve(m) ser realizada(s) pelo farmacêutico?
3. Qual(is) intervenção(ões) farmacoterapêutica(s) deve(m) ser realizada(s) pelo farmacêutico?

Durante a discussão dos casos, conceitos que foram inseridos em outras disciplinas muitas vezes são relatados, como: o controle de medicamentos de alto custo, formas de seguimento farmacoterapêutico,

incompatibilidades físico-químicas dos medicamentos no momento da administração, dentre outros.

Após a divisão da turma em grupos, são distribuídos os casos, de tal forma que dois grupos discutam o mesmo caso clínico de forma separada. Após o tempo de discussão, que pode variar de 30 a 60 minutos, dependendo da complexidade do assunto, os grupos devem apresentar as suas considerações com base nas perguntas norteadoras. O objetivo de se ter dois grupos discutindo o mesmo caso clínico é para que um grupo corrija o outro. Desta forma, muitas questões são levantadas e os discentes conseguem refletir e comparar as respostas dos dois grupos. Informações complementares podem ser oferecidas pelo professor a partir da demanda dos alunos. Esta estratégia visa estimular o espírito crítico quanto à completude das informações disponíveis e a identificação de outros dados que podem ser necessários à tomada de decisão em cada caso específico.

Apresentação dos relatos

Caso 1

Neste caso, além das questões relacionadas ao paciente, é necessário que a discussão também aborde a comunicação entre os profissionais de saúde, tanto de forma verbal quanto de forma escrita. É importante tentar simular situações nas quais o farmacêutico deverá se comunicar com os demais profissionais de saúde. Este exemplo específico trata-se de uma questão de infecção e uso de antibióticos. As intervenções farmacêuticas devem ser realizadas e também registradas no prontuário do paciente. Cabe ressaltar que o prontuário é um documento do paciente e que nele deve ser registrado tudo que for necessário para o acompanhamento da doença apresentada, de forma clara e objetiva.

Paciente 30 anos, sexo masculino, paraplégico com bexiga neurogênica com histórico de cateterismo vesical de demora,

diabético, HAS, interna por calafrios e dor lombar, taquipneico, desorientado, com urina grumosa e fétida.

EAS colhido por meio da sonda com piúria importante, hematúria microscópica, nitrito positivo, esterase leucocitária presente. Exames laboratoriais apresentam Hemoglobina 16 g/dL, Leucócitos de 20.000/ μ L, PCR 45 mg/dL, Clearance de creatinina 20 mL/min, K de 6,5 mmol/mL, Lactato de 2,0 mmol/L. Coletada amostra de sangue e urina pelo cateter para cultura microbiológica e iniciado tratamento com Ceftriaxona 2 g 1 x ao dia intravenoso.

Foi solicitado aos residentes avaliar o caso e formular as estratégias de intervenção farmacêutica e o plano terapêutico.

Num segundo momento, foram oferecidas as seguintes informações adicionais:

Após 48 horas resultado de cultura microbiológica de urina apresenta:

Proteus mirabilis 1.000.000 UFC/mL

Exames laboratoriais apresentam Hemoglobina 13 g/dL, Leucócitos de 18.000/ μ L, PCR 40 mg/dL, K de 5,5 mmol/mL, Lactato de 2,0 mmol/L.

Iniciado diálise contínua, nesses casos considerando Clearance de creatinina 60 mL/min.

Novamente, foi solicitado aos residentes avaliar o caso e formular as estratégias de intervenção farmacêutica e o plano terapêutico.

O cenário é então complementado com as seguintes informações da evolução do paciente:

Apesar da discreta melhora dos exames laboratoriais, a equipe optou por manter tratamento com Ceftriaxona com ajuste de exposição.

Após 96 horas de tratamento, o paciente apresentou piora de parâmetros respiratórios, diminuição da responsividade, desenvolvendo icterícia em olhos, frênulo lingual, faces palmares e plantares e urina com coloração avermelhada.

Exames laboratoriais: Hemoglobina 6 g/dL, Hematocrito 18%, VCM 101 U, HCM 28 pg, CHCM 30g/dL, RDW 18%, Reticulócitos 14%, Leucócitos de 15.000/ μ L, PCR 15 mg/dL, Bilirrubina total 8 mg/dL, Bilirrubina Indireta 7 mg/dL, LDH 380 U/L, sendo diagnosticado com anemia hemolítica.

Novamente, foi solicitado aos residentes avaliar o caso e formular as estratégias de intervenção farmacêutica e o plano terapêutico.

Por fim, o novo cenário é apresentado, para reavaliação das condutas.

Equipe realiza troca de Ceftriaxona por suspeita de RAM e para Ciprofloxacino 400 mg 2 x ao dia intravenoso.

Após 72 horas da troca, o paciente apresentou melhora de parâmetros respiratórios, responsividade, icterícia e normalização da coloração urina.

Exames laboratoriais: Hemoglobina 9 g/dL, Hematocrito 27%, VCM 96 U, HCM 28 pg, CHCM 28 g/dL, RDW 15%, Reticulócitos 8%, Leucócitos de 7.000/ μ L, PCR 5 mg/dL, Bilirrubina total 4 mg/dL, Bilirrubina indireta 3,5 mg/dL, LDH 200 U/L. Paciente interrompe diálise e apresenta Clearance de creatinina 50mL/min.

Caso 2

O segundo caso aborda o acompanhamento farmacoterapêutico de paciente oncológico em uso de antineoplásico oral. O número de antineoplásicos orais vem aumentando com o passar dos anos, sendo importante avanço no tratamento oncológico, trazendo maior comodidade para o paciente, bem como melhorando sua qualidade de vida (Thomas *et al.*, 2019). Apesar dos pontos positivos desta nova tecnologia para o tratamento do câncer, deve-se

ter cuidado com outros aspectos que antes não necessitavam de atenção com os agentes intravenosos. O uso domiciliar destes medicamentos pode dificultar a observação de eventos adversos de baixa gravidade, de tal forma a serem negligenciados, dificuldade de adesão a terapia, que pode ser redução ou até mesmo excesso de adesão, dentre outros cuidados que devem ser prestados constantemente a esses pacientes (Algethami *et al.*, 2021; Feral *et al.*, 2022).

Neste sentido é de suma importância que esse paciente seja atendido por uma equipe multiprofissional e que o farmacêutico possa prestar o cuidado por meio de educação em saúde e pelo acompanhamento farmacoterapêutico, por exemplo.

Paciente, A.M.B., 57 anos, sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama avançado pós menopausa. Possui ensino superior completo, casada e reside com esposo e filho. Diabética, em uso de metformina 850 mg 1x/dia. Nunca fez uso de bebidas alcoólicas e nunca fumou.

Está em acompanhamento farmacoterapêutico há um mês, quando iniciou o uso de Exemestano 25 mg/dia.

Procurou atendimento farmacêutico com as seguintes queixas:

- dor nas articulações e elevação nos níveis glicêmicos, registrados em exames laboratoriais há cerca de 15 dias.
- diarreia - aproximadamente 5 episódios/dia nos últimos 7 dias.
- instabilidade emocional - relata episódios de angústia, tristeza e raiva mais constantes, além da vontade de abandonar o tratamento para o câncer.
- cefaleia, tontura e náuseas.

Relata adesão ao tratamento e vem utilizando o Exemestano às 8h no café da manhã.

Em consulta, a paciente apresenta os seguintes resultados de exames laboratoriais e clínicos:

Colesterol total= 173 mg/dL; Triglicerídeos= 160 mg/dL; HDL= 41 mg/dL; LDL= 120 mg/dL; Glicose= 128 mg/dL

Peso = 66,42 kg; Altura = 1,58m; IMC= 26.21; Pressão arterial= 112 x 83 mmHg; Frequência cardíaca= 70 bpm.

Caso 3

Ainda que o curso seja sobre farmácia hospitalar, a maior parte das unidades hospitalares do curso conta com serviços de farmácia ambulatorial, e a abordagem de casos nesse cenário também abrange a formação para Atenção Primária à Saúde (APS). Os professores entendem que apesar do nosso programa ser de residência em farmácia hospitalar, muitos de nossos egressos irão trabalhar na APS, logo, também busca-se debater o cuidado farmacêutico nesse nível de atenção à saúde.

A Atenção Primária à Saúde é uma porta de entrada para o SUS, pois é o primeiro nível de assistência à saúde. Nela são ofertados diversos serviços focados na proteção e promoção da saúde tanto individuais quanto da coletividade. O serviço de cuidado farmacêutico na APS inicia-se acolhendo o paciente, seja quando ele busca atendimento farmacêutico por iniciativa própria, seja por encaminhamento de outro profissional da equipe multiprofissional, o que é fundamental para garantir um atendimento integral ao paciente. Após o acolhimento e durante a consulta farmacêutica, busca-se coletar informações acerca do paciente, durante a anamnese farmacêutica, para que se possa proceder à elaboração do plano de cuidado, com a colaboração do paciente. Quando se sabe das necessidades do paciente, há a criação do plano de cuidado com as intervenções necessárias traçado com a participação do paciente. Assim como ocorre com outros profissionais de saúde, é necessário que o paciente retorne à unidade de saúde para acompanhamento do seu quadro clínico (Brasil, 2014).

Trata-se de um caso clínico pensado a partir das experiências vivenciadas durante a atuação de uma das autoras na Atenção Primária à Saúde.

C. X. S, 40 anos, feminino, portadora de hipotireoidismo há 5 anos, além de hipertensa e com histórico familiar de infarto e acidente vascular cerebral (AVC), vem à unidade de saúde de seu território, onde busca seus medicamentos mensalmente. Ao entrar na farmácia para o momento da dispensação, entrega a seguinte prescrição:

Levotiroxina sódica 25 mg - 1 comprimido em jejum, antes do café da manhã.

Omeprazol 20 mg - 1 cápsula em jejum, antes do café da manhã.

Losartana Potássica 50 mg - 1 comprimido pela manhã e pela noite.

Ácido acetilsalicílico 100 mg - 1 comprimido após o almoço.

A paciente relata estar sentindo muito sono e que, por mais que durma bastante, o sono não parece reparador. Alega, ainda, que o trânsito intestinal não está normal, passando vários dias com prisão de ventre. Relata que isso vem prejudicando seu rendimento no trabalho, pois está constantemente cansada e inchada, o que a deixa irritada.

Considerações finais

Essa forma de ensino baseada em casos reais vem se demonstrando muito produtiva com os alunos de residência em farmácia hospitalar. Essa metodologia vai ao encontro ao modelo amplamente citado na educação de profissionais de saúde por meio da pirâmide de competência clínica de Miller (1990). A pirâmide de Miller faz a diferenciação entre o conhecimento (saber) nos níveis mais baixos até o alcance da ação (fazer) nos níveis mais altos. A Pirâmide de Miller diferencia o conhecimento (saber) nos níveis mais baixos até a aplicação prática (fazer) nos níveis mais altos. A utilização de simulação realística em atividades da disciplina de farmacologia clínica para residentes em farmácia tem como objetivo demonstrar como exercer as atividades clínicas do farmacêutico, facilitando sua atuação profissional na prestação de cuidados ao paciente.

Referências

- ALGETHAMI, A. A. *et al.* Evaluation of handling, storage, and disposal practices of oral anticancer medications among cancer patients and their caregivers at home setting in the Princess Noorah Oncology Center. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, v. 27, n. 1, p. 20-25, 2021.
- BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p. 7.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica** – Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica. 2014, p. 56-57.
- CALIL-ELIAS, S. *et al.* Panorama dos programas de residência para farmacêuticos na América do Sul. **Revista Internacional de Educação Superior**, v. 10, p. e024023, 2022.
- FERAL, A. *et al.* Influence of the implementation of a multidisciplinary consultation program on adherence to the first ever course of oral antineoplastic treatment in patients with cancer. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, v. 28, n. 7, p. 1543-1551, 2022.
- GONSALVES, Z. *et al.* Residência em Farmácia Hospitalar: 20 anos contribuindo para a formação de farmacêuticos de excelência. **DIVERSITATES International Journal**, v. 10, n. 3, p. 20-34, 2018.
- THOMAS, S. A. *et al.* Challenges to oral chemotherapy adherence. **US Pharm**, v. 44, n. 6, p. HS9-HS12, 2019.



Capítulo 8

O USO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA PARA APRENDIZADO DE ATENDIMENTO FARMACÊUTICO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM PASSO PARA A TELEFARMÁCIA

Thays da Silva Rangel
Thiago Freire dos Santos
Bruno Paulino de Lima Costa
Ranieri Carvalho Camuzi
Thaísa Amorim Nogueira

Introdução

A simulação realística (SR) se destaca como ferramenta pedagógica inovadora no ensino da saúde, proporcionando imersão em cenários clínicos que replicam a realidade do ambiente hospitalar ou ambulatorial. Essa metodologia de ensino oferece diversas vantagens, tais como:

- Aperfeiçoamento de habilidades práticas: a SR permite habilidades técnicas e interpessoais essenciais para atuação profissional, a saber: realização de procedimentos clínicos, comunicação com pacientes e familiares e trabalho em equipe multiprofissional. Estudos demonstram que a simulação melhora significativamente o desempenho dos estudantes em tarefas clínicas reais (Gaba *et al.*, 2006; Nehring *et al.*, 2010).
- Desenvolvimento da confiança e autoconfiança: estar em situações

desafiadoras em ambiente seguro e controlado, os estudantes podem desenvolver autoconfiança para lidar com situações complexas no contexto real da prática profissional. Contribuindo para a redução do estresse e da ansiedade, promovendo melhor performance clínica (Moulaei *et al.*, 2016; Halabi, *et al.*, 2017).

- Segurança do paciente: a SR permite que pratiquem procedimentos e tomem decisões em ambiente sem riscos para os pacientes. Isso contribui para a redução de erros e para a promoção da segurança do paciente durante a assistência à saúde (Zendedel *et al.*, 2018; Manser *et al.*, 2019).
- Preparação para teleatendimento em saúde: a SR pode treinar profissionais de saúde para atendimento à distância, aprimorando suas habilidades de comunicação verbal e não verbal, bem como capacidade de utilizar ferramentas tecnológicas para diagnóstico e acompanhamento de pacientes (Arora *et al.*, 2017; Yasser *et al.*, 2023).

A telefarmácia no Brasil foi regulamentada pela Resolução nº 727/2022 do Conselho Federal de Farmácia (Brasil, 2022), definindo-a como atividade da Farmácia Clínica exercida por meio de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), de forma remota, em tempo real (síncrona) ou assíncrona. Seu objetivo é abranger ações que visem à promoção, proteção, monitoramento, recuperação da saúde, prevenção de doenças e outros agravos, bem como à resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

Relato da experiência

O objetivo da atividade foi prover treinamento de habilidades para consulta farmacêutica a estudantes de Farmácia, durante período de ensino remoto, ocasionado pela emergência sanitária da covid-19, no ano de 2021, para a disciplina de “Estágio Supervisionado em Cuidados Farmacêuticos” ,atualmente alocado no 9º período de 10.

A prática promoveu treinamento simulado supervisionado para atendimento farmacêutico a portadores de diabetes e hipertensão. Na prática farmacêutica atual, a consulta ao paciente tem sido frequente e despertado desafios de manejo aos profissionais.

Os objetivos de aprendizagem a serem alcançados foram:

- Desenvolvimento de linguagem adequada à demanda do paciente;
- Treinamento para adaptação entre linguagem técnica e informal sobre a doença em questão;
- Habilidades de escuta ativa do paciente;
- Desenvolvimento de empatia perante o paciente;
- Desenvolvimento e pesquisa para a consolidação de protocolo interno de manejo da doença com material instrutivo aos pacientes e desenvolvimento de formulário para atendimento;
- Avaliação dos documentos construídos, sobretudo após atendimento, com diagnóstico de modificação ou não.
- O cenário para a construção da atividade e recursos didáticos empregados foram: sala de aula em ambiente virtual (Google Classroom®), sala virtual de atendimento (Google Meet®), roteiro elaborado com informações sobre o caso a cada consulta, exames laboratoriais específicos a cada consulta.

Planejamento da sequência de simulações para o treinamento efetivo

A atividade descrita em suas etapas e os resultados obtidos para cada etapa podem ser observados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Planejamento de atividades e suas descrições para aplicação de simulação realística a partir da telefarmácia para alunos de graduação de farmácia, Niterói, 2024

Atividade	1ª Organização do Atendimento	2ª Organização de Material orientador do Atendimento	3ª Primeiro atendimento simulado	4ª Segundo atendimento simulado	5ª Terceiro atendimento simulado	6ª Roda de Conversa sobre sequência de atendimentos
Objetivos	Pesquisa e organização de informações relacionadas ao manejo de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão arterial), baseado em evidências científicas atuais e parâmetros protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS).	Desenvolvimento de formulário de atendimento para pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial, baseado em evidências científicas atuais.	Prestar o primeiro atendimento simulado	Prestar o segundo atendimento simulado	Prestar o terceiro atendimento simulado	Roda de conversa sobre atividade de simulação realística
Agentes da ação	Grupos de 5 a 7 estudantes. (Tempo previsto para realização: 7 dias de pesquisa de maneira assíncrona).	O formulário foi elaborado a partir da discussão em grupo de 5 a 7 estudantes. (Tempo previsto para realização: 7 dias de pesquisa de maneira assíncrona)	Ao monitor coube a função de interpretar um paciente portador de diabetes ou hipertensão arterial, residente do município de Niterói. (Tempo previsto para realização: 1 hora de atendimento de forma síncrona)			Estudantes relatam a experiência de maneira individual. (Tempo previsto para realização: 1 hora de maneira síncrona)

Resultados	Atividade realizada pela turma composta por grupos de 5 a 7 estudantes. Tempo previsto para realização: 7 dias de pesquisa de maneira assíncrona	Formulário elaborado a partir da discussão em grupo de 5 a 7 estudantes. Tempo previsto para realização: 7 dias de pesquisa de maneira assíncrona	Estudante atua como farmacêutico de equipe multiprofissional. Monitor atua como o paciente. Ao ingressar no ambiente virtual o monitor está com sua câmera fechada e nome do paciente ao qual irá interpretar para evitar qualquer distração por parte do estudante.	Monitor no papel do paciente apresenta a intervenção farmacêutica feita a partir de dados do primeiro atendimento. Relata intercorrência que demandou atendimento médico	Monitor no papel do paciente apresenta intervenções feitas no segundo atendimento e novas intervenções	Relato dos estudantes sobre a participação na simulação realística
Expectativas			Formação de vínculo a partir da coleta da anamnese com o paciente. Entender história da doença. Preencher formulário. Planejamento e realização de intervenção farmacêutica	Análise da situação atual do paciente e proposta de nova intervenção farmacêutica. Preenchimento do relatório com as informações do atendimento	Análise da situação atual do paciente e proposta de nova intervenção farmacêutica. Preenchimento do relatório com as informações do atendimento	Análise do aluno. Propostas para melhoria da atividade

Avaliação			Avaliação de linguagem, empatia, capacidade técnica de diagnóstico relacionado a medicamentos		Responder um formulário "Feedback ESCF sobre as simulações" contendo questões de avaliação da atividade, da própria participação nesta atividade e do aproveitamento desta para a carreira profissional.	A análise do atendimento prestado em cada atividade servirá como condutor para as novas consultas, em que críticas e elogios poderão incrementar o processo vivido pelo estudante.

Fonte: Elaboração própria

Caso Clínico 1: simulação de atendimento para o caso de diabetes

Histórico:

Maria tem 40 anos, recepcionista em clínica dentária. Há 2 anos teve seu primeiro filho, parto normal na maternidade municipal. No pré-natal, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), diagnosticaram precocemente diabetes gestacional (DMG), que foi adequadamente acompanhada durante a gestação. Após o parto, por dificuldades com rede de apoio, não realizou o teste oral de tolerância à glicose (até 6 semanas pós-parto) para que pudesse acompanhar adequadamente. Agora, com seu filho na creche da comunidade, conseguiu se organizar para retomar o cuidado. Na primeira consulta, realizou exame preventivo contra câncer de colo de útero e lembrou-se da DMG e sobre o monitoramento pós-parto. Seu peso atual é de 86 kg e sua altura 1,58 m.

Exames:

- Glicemia em jejum = 130 mg/dL (Valores de referência [VR] – Normal: inferior a 99 mg/dL; Pré-diabetes: entre 100 mg/dL e 125

mg/dL; Diabetes: igual ou superior a 126 mg/dL) (Brasil, 2022).

- Creatinina: 1,5 mg/dL (VR – entre 0,7 e 1,3 mg/dL homens, e entre 0,6 e 1,2 mg/dL mulheres) (Brasil, 2022).
- Hemoglobina glicada (Hb1Ac): 9% (VR – Normal: Hb1Ac entre 4,7% e 5,6%; Pré-diabetes: Hb1Ac entre 5,7% e 6,4%; Diabetes: Hb1Ac acima de 6,5%) (Brasil, 2022).
- Frutosamina: 410 mmol/L (VR – 205 a 285 mmol/L) (Brasil, 2022).

Assim, em janeiro de 2021, teve diagnóstico de diabetes tipo 2, e iniciou o monitoramento capilar com medições ao acordar em jejum, e metformina 500 mg ao almoço e jantar.

1ª Consulta médica: Maria chega à consulta e sua glicemia capilar está aumentada capilar está desregulado, (variando entre 150 e 230 mg/dL nos últimos 7 dias). A médica a questiona sobre sua dieta e a prática de exercícios físicos. Maria conta que está muito difícil manter a dieta, tem comido poucas verduras e legumes, carne apenas de frango, pois a carne de boi está bastante cara, e com ovo também não consegue fazer nada gostoso. Diz que tem ficado muitas horas em jejum quando deixa a clínica, chega em casa quase às 21h e janta nesse horário. Mas depois vai cuidar do filho e de suas necessidades básicas. Quanto à atividade física, na gravidez se esforçou muito e fez musculação e caminhada na academia perto de seu trabalho, que custava R\$49,90 por mês à época, mas aumentou muito e ela não consegue mais pagar; interrompeu a atividade.

Conduta médica: Encaminhamento para nutricionista, prescrição de glibenclamida 5 mg + metformina 500 mg no almoço e jantar, instruções sobre atividade física. Marcação de nova consulta em 6 meses.

Quadro 2. Atitudes e atividades esperadas do farmacêutico durante 1º Atendimento por telefarmácia para paciente diabético, Niterói, 2024

Esperado do atendimento telefarmácia pelo farmacêutico	Consultar sobre exames existentes. Identificar falhas que conduzam a períodos longos de jejum. Orientar sobre regime posológico adequado para os medicamentos prescritos. Verificar a forma de armazenamento dos medicamentos em domicílio. Conhecer a rotina da paciente para propor formas de conciliar o uso dos medicamentos e seus hábitos, diminuindo chances de esquecimento ou não administração do medicamento por desenvolvimento de atividade prioritária. Medidas que facilitem a terapia frente ao cenário descrito pelo paciente.
--	--

Fonte: Elaboração própria.

2ª Consulta médica: Encaixe na agenda da médica de família apenas 3 meses após a primeira consulta.

Maria relata à médica que veio, antes da data marcada, porque, na semana passada, desmaiou em seu trabalho e foi levada à UPA, onde fizeram os exames de glicemia capilar (830 mg/dL; VR: até 99 g/dL em jejum), eletrólitos (sódio menor que 120 mEq/mL, potássio 1,5 mEq/mL, pH 8,4) e aplicação de insulina regular 10 UI.

Quando questionada, conta que, nesse dia, a rotina estava muito corrida na clínica onde trabalha e comeu um lanche (uma coxinha e refresco). Tinha chegado atrasada devido ao tiroteio que impediu o ônibus de passar no horário adequado. Também estava bastante preocupada com a creche do filho, pois a professora dele estava grávida e havia incerteza sobre quem seria a professora substituta. Maria estava com medo de não ter mais creche. Na ausência da creche, não conseguiria trabalhar. E o salário do marido seria insuficiente para a família. Lembrou-se também que a metformina tinha acabado há 1 semana, mas não buscou no posto. O horário de trabalho dela coincide com o horário de funcionamento da unidade de saúde, fazendo com que precise se atrasar para chegar ao trabalho, ou sair mais cedo, quando precisa ir à UBS. Então, por conta própria, resolveu tomar 2 comprimidos de glibenclamida de 5 mg.

Conduta médica: Colher novos exames: glicemia em jejum, hemoglobina glicada, prescreveu a insulina regular 30 minutos antes das refeições conforme as medidas da glicemia capilar. E manteve a prescrição da metformina 500mg, suspendendo a glibenclamida 5 mg. Agendamento de nova consulta em 1 mês.

Quadro 3. Atitudes e atividades esperadas do farmacêutico durante 2º Atendimento por telefarmácia para paciente diabético, Niterói, 2024

Esperado do atendimento telefarmácia pelo farmacêutico	Identificação dos fatores que levaram ao quadro agudo da paciente. Orientação sobre o regime posológico do medicamento prescrito. Orientação sobre armazenamento da insulina e demais características de administração do medicamento. Orientações sobre descarte de seringas e agulhas utilizadas. Orientação sobre retirada de glicosímetro, tiras de aferição de glicemia e insulina em programas municipais e/ou farmácia popular. Orientações sobre os principais eventos adversos do uso dos medicamentos prescritos e o manejo adequado em casos de hipo ou hiperglicemia. Orientações sobre o cuidado dos pés e unhas, além da sensibilidade nas extremidades.
--	--

Fonte: Elaboração própria.

3ª Consulta médica: Maria traz os exames. Glicemia capilar 120 mg/dL, hemoglobina glicada 7%. Relata adaptação à insulina e não sentiu mais nada. Conseguiu participar do grupo de apoio aos diabéticos da UBS, onde descobriu sobre a horta comunitária. Seu marido passou a colaborar no projeto; agora eles recebem uma cesta de verduras e legumes toda semana, melhorando a dieta. Ela leva diariamente marmitta para o trabalho, e tem vontade de comer a sua própria comida, pois agora está mais diversa e gostosa. Também foi orientada a fazer pequenas caminhadas. Ela tem levado o filho caminhando para a creche, a 20 minutos de sua casa, de segunda a sexta-feira.

Conduta médica: Manutenção dos hábitos criados e medicamentos. Marcação de nova consulta em 6 meses.

Quadro 4. Atitudes e atividades esperadas do farmacêutico durante 3º Atendimento por telefarmácia para paciente diabético, Niterói, 2024

<p>Esperado do atendimento telefarmácia pelo farmacêutico</p> <p>O objetivo desta atividade deve ser o aconselhamento para melhor gestão do autocuidado do paciente.</p>	<p>Orientação sobre a construção do diário de glicemia, com a busca por elementos que possam indicar se há algum aspecto da rotina que justifique a alteração da glicemia (por exemplo: glicemia de jejum alterada no dia seguinte da festa de aniversário de uma amiga onde comeu bastante brigadeiro).</p> <p>Fomentar a participação no grupo de pacientes na unidade de saúde. Fortalecer o vínculo farmacêutico-paciente, ainda que o atendimento seja online, expressando a localização do mesmo em unidade de saúde e seus horários de atendimento presencial.</p>
--	---

Fonte:Elaboração própria.

Caso Clínico 2: simulação de atendimento para o caso de hipertensão arterial

Histórico:

José tem 50 anos e está com sobrepeso e circunferência abdominal acima das recomendações. Ele trabalha de maneira informal como flanelinha, e durante o último ano, tem se preocupado bastante, pois sua área de trabalho é comercial e houve diminuição do fluxo de carros, devido ao *home office*. Conseguiu se inscrever no auxílio emergencial, mas não tem recebido com regularidade. Na última consulta, há 1 ano, o médico disse que estava tudo bem,

mas não podia continuar com aquele peso e sem atividade física; era preciso cuidar melhor da saúde. José perdeu sua mãe recentemente, ela infartou e precisou de uma cirurgia cardíaca, mas não resistiu a infecções pós-cirúrgicas, agravadas pela diabetes descompensada. Pai desconhecido. Histórico familiar de dores no peito, pressão alta, derrame e infarto, com perda de tias e primos.

1ª Consulta médica: Consulta no fim da tarde (PA: 160 mmHg x 90 mmHg). Relata dores de cabeça frequentes à tarde, às vezes tontura. Tinha bastante dificuldade de tomar água, e também receio, pela falta de banheiros disponíveis.

Conduta médica: Prescrição de hidroclorotiazida 25 mg e orientação sobre exercícios físicos e uma dieta hipossódica. Marcação de consulta em 6 meses.

Quadro 5. Atitudes e atividades esperadas do farmacêutico durante o 1º atendimento por telefarmácia para paciente hipertenso, Niterói, 2024

Esperado do atendimento telefarmácia pelo farmacêutico	Orientação sobre hidratação adequada para o paciente hipertenso. Orientação sobre o medicamento prescrito: objetivo terapêutico e impacto na doença diagnosticada, uso em horário adequado para rotina do paciente sem comprometer sono ou outra rotina diária, assim como atrelar a uma atividade cotidiana facilitando a adesão ao tratamento. Determinar horários rotineiros para atividades diárias, assim como delineamento de atividades chaves que possam nortear o tratamento. Reconhecer se há vulnerabilidade social/financeira que demande atendimento de assistente social para garantir dignidade da condição de saúde e não agravo do seu quadro.
--	--

Fonte:Elaboração própria.

2ª Consulta médica: José requer um atendimento de encaixe pois passou mal no sábado, com dores no peito, enquanto trabalhava. À noite, quando chegou em casa, foi levado à UPA por seus familiares. Na UPA realizou os exames, mas ficaram arquivados lá, sem acesso. Relata que melhorou, mas está com medo de sentir dor de novo, pois a sua mãe dele começou assim e acabou morrendo.

Conduta médica: Solicitou novos exames, hemograma completo, *clearance* de creatinina, sódio e potássio sérico, glicemia em jejum e hemoglobina glicada; prescreveu captopril 25mg e losartana 50 mg, ambos duas vezes ao dia, e manteve a hidroclorotiazida pela manhã. Agendamento de nova consulta em 1 mês e encaminhamento para o grupo de apoio de pacientes hipertensos.

Quadro 6. Atitudes e atividades esperadas do farmacêutico durante o 2º atendimento por telefarmácia para paciente hipertenso, Niterói, 2024

Esperado do atendimento telefarmácia pelo farmacêutico	Identificação de elementos que possam ter sido preponderantes para atendimento de emergência, reforçando elementos de Educação em Saúde e autopercepção do paciente em sua condição com objetivo de autocuidado. Orientação sobre o regime posológico atual com adição de medicamentos, além de explicação sobre o objetivo terapêutico dos medicamentos prescritos, e administração e armazenamento, pactuando horários de administração compatíveis com a rotina diária e incluindo a correta administração em horário de trabalho, se for o caso.
--	---

Fonte: Elaboração própria.

3ª Consulta médica: José relata fazer ginástica na praça todas as manhãs, antes de trabalhar. E, no grupo de pacientes, ele e sua esposa (recém diagnosticada com hipertensão arterial) foram muito bem acolhidos. Orientados pela ONG “Alimentar Feliz”, conseguiram fazer uma horta com alguns legumes e verduras. José passou a levar marmita para o trabalho e tem ido a pé, se sente bem-disposto depois da ginástica e emenda na caminhada. Os exames solicitados ficaram prontos e estavam controlados considerando o quadro. No grupo de apoio aos pacientes, ele também recebeu orientações da assistente social sobre benefícios, aos quais teria direito, e informações sobre o cálculo para a sua aposentadoria, pois tinha contribuído com o INSS desde os 14 anos. Estava bastante esperançoso em conseguir se aposentar em breve e ficar mais tranquilo com a sua renda. A esposa retomou o trabalho como auxiliar de serviços gerais num condomínio e estava recebendo salário regularmente.

Conduta médica: Manter prescrição de medicamentos, fazer os exames, agendamento da consulta de acompanhamento em 6 meses.

Quadro 7. Atitudes e atividades esperadas do farmacêutico durante o 3º atendimento por telefarmácia para paciente hipertenso, Niterói, 2024

Esperado do atendimento telefarmácia pelo farmacêutico O objetivo desta atividade deve ser a orientação para melhor gestão do autocuidado do paciente.	Orientação sobre a construção do diário de aferição de pressão arterial (MRPA), com a busca por elementos que identifiquem se há algum elemento em vivência que justifique a alteração da medida (por exemplo: pressão alterada após a discussão acalorada com seu filho). Fomentar a participação no grupo de pacientes relato na unidade de saúde. Fortalecer o vínculo farmacêutico – paciente ainda que o atendimento seja online, expressando a localização do mesmo em unidade de saúde e seus horários de atendimento presencial.
---	---

Fonte: Elaboração própria.

Considerações finais

As atividades propostas em sala de aula ou em ambiente de ensino dispararam discussões amplas sobre acolhimento e a formação de vínculo para pacientes e estudantes, mediada pelos professores e monitores da disciplina. A construção de repertório pelo estudante, no papel de farmacêutico, juntamente com seus colegas de grupo, e o desenvolvimento de raciocínio clínico, baseado em evidências científicas sobre a condição relatada pelo paciente, proporcionaram uma tomada rápida de decisão e intervenção, quando necessário.

Houve diversos relatos sobre a experiência proporcionada pela simulação de atendimento, semelhante ao que experienciaram em outras disciplinas de modo presencial, tais como Estágio em Farmácia Comunitária e Estágio Supervisionado em UBS. Algumas narrativas evidenciaram que, muitas vezes, o grupo acreditava estar atendendo um paciente real, mesmo quando havia a desconfiança sobre o monitor simulando um paciente.

Como o atendimento foi realizado em ambiente virtual, propostas de lembretes virtuais, tais como contato por rede social, que proporciona troca de mensagens *on-line* e uso de tecnologias, como alarmes para lembrar da administração dos medicamentos e outros elementos da tecnologia atual, estiveram presentes nos atendimentos. Os estudantes expuseram, a partir de suas autopercepções, a crescente aquisição de segurança, para a realização do atendimento farmacêutico, assim como a melhoria na desenvoltura da linguagem a ser aplicada. Esse processo aconteceu ao longo das semanas.

A estratégia de ensino, por meio de simulação de atendimento, desenvolvida e aplicada na disciplina de Estágio Supervisionado em Cuidados Farmacêuticos, durante o período de ensino remoto emergencial, demonstrou-se promissora ao contribuir para a aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso e propiciar o desenvolvimento de habilidades clínicas farmacêuticas essenciais ao exercício da profissão.

Referências

- ARORA, S. *et al.* Simulation-based training for telemedicine: A systematic review and meta-analysis. **Telemedicine and e-Health**, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2196%2F30440>. Acesso em: 03 set. 2024.
- BRASIL (Conselho Federal de Farmácia). Resolução CFF nº 727, de 30 de junho de 2022. Dispõe sobre a regulamentação da Telefarmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 136, p. 179, 20 jul. 2022. Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-727-de-30-de-junho-de-2022-416502055>. Acesso em: 03 set. 2024.
- GABA, D. *et al.* Simulation for training in healthcare: From novice to expert. **British Medical Journal**, v. 333, n. 7572, p. 833-838, 2006. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl_2/i34. Acesso em: 03 set. 2024.
- HALABI, R. *et al.* The effect of simulation-based medical education on reducing anxiety and improving self-confidence among dental students: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Dental Education**, v. 81, n. 1, p. 106-114, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04586-6>. Acesso em: 03 set. 2024.
- HENRY, J.B. **Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais**. 21. ed. Barueri/SP: Manole, 2012.
- MANSER, C. *et al.* Simulation-based training for reducing medication errors: A systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 9, n. 1, p. e021940, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29383867/>. Acesso em: 03 set. 2024.
- MOULAEI, A. *et al.* The impact of simulation-based education on self-confidence and anxiety of medical students: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Surgical Education**, v. 83, n. 4, p. 551-558, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251078>. Acesso em: 03 set. 2024.
- NEHRING, W. *et al.* The effectiveness of simulation-based training in emergency medicine: A systematic review and meta-analysis. **Simulation in Healthcare**, v. 5, n. 2, p. 117-126, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.1.0163>. Acesso em: 03 set. 2024.
- YASSER, N. B. M. *et al.* Telesimulation in healthcare education: A scoping review. **Nurse Education Today**, v. 58, p. 669-674, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105805>. Acesso em: 03 set. 2024.
- ZENDEDEL, K. *et al.* The impact of simulation-based training on patient safety: A systematic review and meta-analysis. **BMC Medical Education**, v. 18, n. 1, p. 150, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16130979/>. Acesso em: 03 set. 2024.



Capítulo 9

SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA DISCUSSÃO DA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA: O USO DO JÚRI SIMULADO

Monique Araújo de Brito
Bárbara Dias Camarinha
Isabela Ramos Silvério
Benedito Carlos Cordeiro

Introdução/Breve contextualização

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) mais recentes do Curso de Graduação em Farmácia recomendam, em parágrafo único do Artigo 11, que, para a organização e o desenvolvimento do Curso de Graduação em Farmácia, deve ser considerada, entre outras coisas, a utilização de metodologias ativas de ensino. Estas devem ser centradas na aprendizagem do estudante, com critérios coerentes de acompanhamento e de avaliação do processo ensino-aprendizagem (Brasil, 2017). Nesse sentido, desde 2014 os Conselhos de Farmácia, Federal e Regionais, também estimulam o uso dessas estratégias em sala de aula.

Nesse quadro, segundo Bacich e Moran (2018, p. 15), metodologia de aprendizagem ativa é “[...]a inter-relação entre educação, cultura, sociedade, política e escola, sendo desenvolvida por métodos ativos e criativos, centrados na atividade do estudante com a intenção de propiciar a aprendizagem”.

Essas abordagens pedagógicas primam por privilegiar um aprendizado significativo, centrado no discente, abandonando o currículo disciplinar,

isolado do conhecimento cotidiano. Young (2002) escreve com lucidez em *Durkheim, Vygotsky e o currículo do futuro*, que esta organização curricular foi uma característica quase universal dos sistemas educacionais dos últimos cento e cinquenta anos e constituiu a base para a expansão maciça do conhecimento. Porém, sabemos que ele está ultrapassado.

Quando conduzidas apropriadamente, ou seja, fundamentadas em evidências científicas e outras comprovadas, dinamizadas em grupo e supervisionadas por um professor, as técnicas de metodologias ativas promovem uma iniciação adequada ao ambiente de ensino superior (Berbel, 2011; Cyrino; Toralles-Pereira, 2004). O trabalho em grupo, com diálogo, problematizado, constitui ferramenta indispensável para a construção do farmacêutico que desejamos. Como afirmou Paulo Freire (1987), “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

Várias são as metodologias ativas que podem ser empregadas como estratégias de ensino-aprendizagem, entre elas a produção de mapas conceituais, portfólio reflexivo, aprendizagem baseada em equipe e estratégias de simulação realística, como o júri simulado (ou tribunal de júri) (Bacich; Moran, 2018).

O júri simulado consiste em uma simulação realística com preparo teórico de leitura prévia por parte dos estudantes, estudo e escolha de argumentos para a apresentação em debate *in situ* e discussão. Para a atividade, os discentes são separados em três grupos: o de defesa, ou a favor da proposta; o de acusação, ou contra a proposta e o do júri (Vieira de Melo; Bernardo, 2014). Cada um dos grupos pode ter um ou dois relatores, que escreverão os argumentos que serão apresentados ao júri. Os grupos de acusação e de defesa participam de um debate sobre um determinado tópico ou questão; o júri acompanha, toma nota, reflete e discute para dar o veredito. É interessante que o professor forneça uma estrutura que os auxilie a julgar os argumentos apresentados. O professor pode atuar como juiz, moderando a atividade.

É ampla a gama de assuntos que podem ser abordados em um júri simulado. Há desde questões amplas da atualidade, tais como a descriminalização do aborto e a legalização do uso de drogas psicoativas;

passando por fatos históricos ocorridos no mundo; questões sociocientíficas, que envolvem o conhecimento científico em sua aplicação social, dentre outros. Cada docente tem liberdade para propor seus temas, baseados em seu domínio de conhecimento e atuação.

A Resolução nº 586 de 2013, do Conselho Federal de Farmácia, assegurou oficialmente uma prática que o farmacêutico desde sempre exercitou em seu âmbito profissional, a de indicar Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP) (Brasil, 2013). Se antes podíamos indicá-los, desde 2013 os farmacêuticos graduados podem prescrevê-los. A partir de sua entrada em vigor, cursos de especialização/extensão foram prontamente organizados para os farmacêuticos já atuantes no mercado de trabalho, tanto pelo CFF como por diversas Instituições públicas e privadas. O objetivo desses cursos era qualificar aqueles profissionais que já estavam formados. Porém, havia ainda a necessidade de trabalhar com a outra ponta, com os futuros farmacêuticos, que ainda estavam nas faculdades de Farmácia das universidades brasileiras.

Construção da proposta

Neste relato de experiência, descrevemos um encontro na Deontologia Farmacêutica, Ética e Vigilância Sanitária, disciplina obrigatória do Curso de Farmácia da UFF. Sua ementa consiste no estudo de documentos oficiais do âmbito farmacêutico que se relacionam a algumas das áreas de prática da profissão. Nesse encontro foi utilizada a metodologia ativa de ensino-aprendizagem conhecida como júri simulado, que consiste em uma simulação realística com bastante diálogo entre os estudantes.

Para a preparação dessa atividade, a turma foi organizada em três grupos: acusação, defesa e o júri. Em cada um dos grupos de acusação e de defesa foi escolhido um relator pelos próprios estudantes. Ele escreve os argumentos que serão debatidos e representa o coletivo oralmente. Opcionalmente, pode-se escolher um estudante para escrever/relatar e outro (que tenha mais desenvoltura para se expressar verbalmente) para participar

do debate oral. Os professores assumiram a função de juízes (e mediadores), organizando e estruturando as contribuições dos grupos.

Os grupos de acusação e de defesa foram instruídos a buscar argumentos para orientar a acusação e a defesa, e o do júri, a anotar as contribuições, avaliar os argumentos e apresentar uma decisão fundamentada ao juiz. Este pondera sobre o veredito e profere a sentença final.

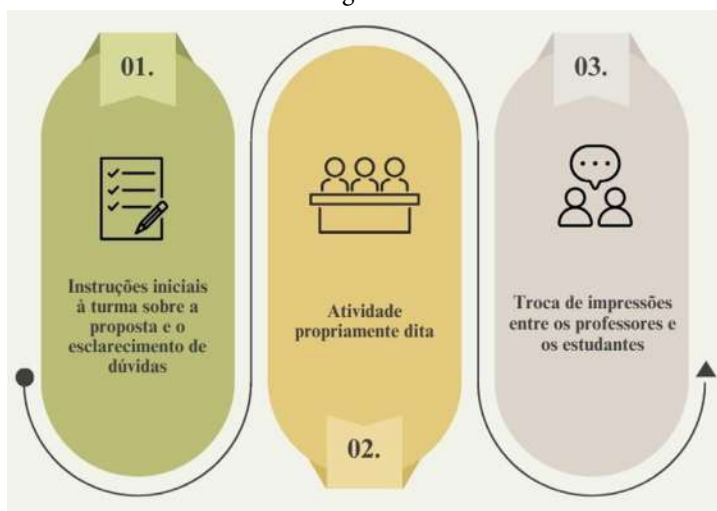
É importante ressaltar que os estudantes contaram com tempo antes do encontro para pesquisar sobre o tema, construindo uma base de conhecimentos e levantando os argumentos. Ainda assim, os professores permitiram que alguns minutos antes do encontro fossem usados para esta tarefa. Eles orientaram a etapa prévia de fundamentação teórica/preparação, recomendando textos, sites e demais fontes que julgaram pertinentes.

O tema escolhido para o debate foi a Prescrição Farmacêutica – ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas e outras intervenções relativas ao cuidado do paciente, visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e à prevenção de doenças e de outros agravos (Brasil, 2013). Ele foi escolhido porque é um assunto que gera discussões políticas importantes. Consideramos relevante orientar os estudantes, para que eles o exerçam com propriedade e conhecimento a respeito de sua base legal.

Apresentação do relato

A atividade de simulação realística consistiu em três etapas, estruturadas em um pequeno roteiro, presente, a seguir, na Figura 1.

Figura 1. Etapas da atividade de simulação realística por júri simulado na disciplina de “Deontologia Farmacêutica”



Fonte: Autoria própria.

A primeira etapa envolveu alguns minutos de instruções iniciais à turma sobre a proposta e o esclarecimento de dúvidas; a segunda consistiu na atividade propriamente dita, e a terceira, na troca de impressões entre os professores e os estudantes ao final da prática.

A primeira etapa teve a duração de, aproximadamente, quarenta minutos. Nela, procedeu-se às divisões dos grupos e à organização de três subdivisões do espaço da sala de aula: um à direita para o grupo de acusação, à esquerda para o grupo de defesa e no centro, à frente, o grupo dos jurados.

A segunda etapa, da atividade propriamente dita, durou cerca de sessenta minutos. Um dos professores assumiu a função de atuar como mediador, organizando o tempo e estruturando as contribuições dos grupos.

Durante a apresentação dos argumentos, por parte dos grupos, é recomendado que o professor os estimule a elaborá-los e os instigue a refletir sobre as implicações do que está sendo apresentado. Para facilitar esse processo, o docente pode sintetizá-los, escrevendo no quadro.

Os principais argumentos dos grupos sobre a prescrição farmacêutica encontram-se resumidos no Quadro 1.

Quadro 1. Argumentos dos grupos contra e a favor da prescrição farmacêutica

Argumentos do grupo de acusação – contra a prescrição farmacêutica	Conflito entre o farmacêutico e outros profissionais prescritores
	Falta de conteúdo curricular do farmacêutico para prescrever/“falta de preparo técnico”
	Não poder solicitar exames para renovar receitas prescritas anteriormente por um profissional prescritor
	Baixa credibilidade do farmacêutico entre a população
	Conflito de interesses se o farmacêutico for o proprietário de uma farmácia de manipulação ou drogaria
	Ultrapassa o limite legal da profissão
	Sobreposição à Lei n.º 12.842, de 2013
Argumentos do grupo de defesa – a favor da prescrição farmacêutica	Melhora o acompanhamento clínico dos pacientes que desejam
	Desafoga o serviço público de saúde
	Reduz o uso indiscriminado de medicamentos
	Propicia o alcance de melhores resultados terapêuticos
	Descentraliza atividades dos outros profissionais prescritores
	Melhora o controle dos gastos, reduzindo custos com a provisão da farmacoterapia
	Amplia a cobertura dos serviços de saúde e incrementa a capacidade de resolução desses serviços

Fonte: Autoria própria.

Entre os sete argumentos do grupo de acusação discutidos, tivemos o possível conflito entre o farmacêutico e outros profissionais prescritores de medicamentos para humanos (que eles identificaram apropriadamente como o médico e o odontólogo), a carência de conteúdo curricular do farmacêutico para prescrever (uma possível “falta de preparo técnico”, que inclui a ausência de algumas disciplinas obrigatórias, como a semiologia farmacêutica – exemplo deles), a baixa credibilidade do farmacêutico entre a população e uma possível sobreposição à Lei n.º 12.842, de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina (Brasil, 2013).

Os argumentos deste grupo, que foi contra a prescrição farmacêutica foram construídos adequadamente, embora tenhamos percebido um tom “acusatório”, comumente usado por pessoas ou grupos que desconhecem as

competências legais do farmacêutico. Ficou evidente para os professores que estes argumentos foram construídos pelas leituras de textos não científicos ou com pouco embasamento, provavelmente encontrados no Google, sobre a verdadeira competência do trabalho de prescrição do farmacêutico. Como exemplo, citamos o uso da palavra “afronta” em vez de “sobreposição” (último argumento do grupo de acusação).

O texto poderia ter sido melhorado, mas isso demandaria maior tempo durante e pós-atividade, com maior período para leitura embasada. Logo, trabalhamos com o que foi possível no momento da prática e fizemos retornos escritos ao grupo posteriormente.

Os sete argumentos do grupo que ficou a favor da prescrição farmacêutica nos pareceram melhor elaborados do que os do grupo anterior. Percebemos uma escolha mais apropriada das palavras e termos envolvidos com a defesa. Isso pode ser explicado em parte pelo envolvimento com a formação para a profissão. Eles serão farmacêuticos, e é importante o engajamento com a defesa das áreas profissionais que nos cabem. De todo modo, também fizemos, posteriormente, retornos escritos ao grupo.

Entre eles ressaltamos a melhora no acompanhamento clínico dos pacientes que desejam esse acompanhamento, o desafogamento do serviço público de saúde, a redução do uso indiscriminado de medicamentos, o alcance de melhores resultados terapêuticos e a melhora no controle dos gastos, reduzindo custos com a provisão da farmacoterapia.

Frisamos com os estudantes que o argumento de que o acompanhamento do farmacêutico “Melhora o acompanhamento clínico dos pacientes...” (primeira linha dos argumentos a favor da prescrição) não impede o acompanhamento médico. Por um lado, ele descentraliza ao permitir diminuir consultas médicas, mas os médicos continuam prescrevendo medicamentos isentos de prescrição (MIPs).

Ressaltamos que não foi incluído no grupo a favor da prescrição a mudança na valorização que o farmacêutico está construindo perante a sociedade, por sua atuação clínica próxima a pacientes em ambiente onde, historicamente, isso pouco acontecia.

O debate foi acalorado e sério, com direito a réplica e tréplica. Os grupos mostraram-se envolvidos nos seus respectivos lados, a favor ou contra a prescrição farmacêutica. No final da atividade, que durou cerca de noventa minutos, o júri entregou seu parecer ao juiz, que leu o parecer favorável à prescrição farmacêutica por dois votos contra um.

Na terceira etapa, os docentes esclareceram alguns argumentos trazidos pelo grupo de acusação/contra a prescrição farmacêutica e fizeram uma intervenção final, expondo e desmistificando pontos importantes e desconstruindo falácias comumente aceitas, mas pouco analisadas à luz da racionalidade.

O primeiro deles foi sobre um possível “conflito entre o farmacêutico e outros profissionais prescritores”. Ratificamos que não há qualquer conflito no que diz respeito a isso, porque o farmacêutico só prescreve MIPs e não está autorizado a prescrever medicamentos que exigem prescrição médica. O segundo argumento foi sobre “a falta de conteúdo curricular do farmacêutico para prescrever”/“falta de preparo técnico”. Sobre isso, foi ressaltado que os cursos de graduação em Farmácia estão realizando as adaptações curriculares necessárias para que os estudantes tenham disciplinas que atendam ao estudo dos MIPs, não só à farmacologia geral de medicamentos que exigem prescrição médica. O terceiro argumento trazido por eles, o de que a prescrição farmacêutica, “ultrapassa o limite legal da profissão” e a “sobreposição à Lei 12.842 de 2013”, corrobora um desconhecimento tanto a respeito das competências legais da profissão farmacêutica quanto da médica (Brasil, 2013).

Quando perguntados sobre sua participação, a maior parte dos estudantes descreveu concordância com as atividades dos grupos aos quais estiveram vinculados. Apenas dois que estavam no grupo de acusação afirmaram não serem mesmo a favor da prescrição farmacêutica. Ou seja, percebemos que eles se identificaram com seu grupo e avaliaram a atividade em seu conjunto. Alguns membros das equipes estavam mais ávidos para falar e participar do que outros, o que é esperado por questões individuais de personalidade. Ao final, os professores ouviram os educandos sobre sugestões

para o aprimoramento da atividade. Entre elas estava a ênfase em um tempo maior para a prática.

As atividades de júri simulado possibilitam o aprofundamento em determinados temas, visto que os alunos devem pesquisar e estabelecer relações entre assuntos e contextos para apresentar argumentos a favor ou contra a questão apresentada. Essa atividade permite o desenvolvimento de habilidades argumentativas, já que objetiva a discussão, e assim, demanda que os estudantes exponham seus argumentos e refutem os argumentos do grupo rival.

Além disso, no que se refere ao ensino de Ciências, as atividades de júri simulado têm muito potencial para propiciar aos estudantes a vivência da prática científica, no sentido de debater, posicionar-se e defender ideias, visto que a ciência é construída por meio da argumentação. Esta habilidade também é importante para o desenvolvimento da cidadania dos estudantes, ainda mais em uma sociedade polarizada como a que se convive nos tempos atuais. Tanto a capacidade argumentativa como a escuta crítica e a busca de evidências são cruciais para o exercício da cidadania nos espaços públicos e privados de poder.

Paulo Freire (1996) também se manifestou a favor da introdução de desafios baseados na problematização dos fenômenos cotidianos, de forma a conduzir os discentes a se motivarem, a questionar a realidade e a propor transformações. Mais do que aprender de forma indutiva ou dedutiva, aprendemos com base em situações concretas.

Os métodos tradicionais de ensino, que privilegiam a transmissão de informações do docente ao aluno e que avaliam os discentes de forma igualitária, é tema em debate há muitos anos por não considerarem conhecimentos prévios, a proatividade e a colaboração discente durante o processo educacional (Morán, 2015). Paradoxalmente, exige-se que profissionais da saúde formados neste modelo tenham perfil inovador, crítico-reflexivo e formador de opinião (Farias; Martin; Cristo, 2015), com autonomia intelectual e habilidades para o pensamento clínico, a liderança, a resolução de problemas e a comunicação com paciente, família e outros profissionais (Brasil, 2017).

Considerações finais

A aprendizagem baseada em atividades por meio do júri simulado possibilitou a discussão e o aprofundamento de um tema muito importante e atual para o farmacêutico, a prescrição farmacêutica, que é amparada pela Resolução CFF nº 586, de 2013. A prática tem um caráter flexível e dinâmico, em que os estudantes participam ativamente das tarefas e discussões a fim de agregar novas informações às estruturas de conhecimento consolidadas.

Ela permite o desenvolvimento de habilidades argumentativas por parte dos estudantes, já que expor e refutar seus argumentos faz parte da metodologia da prática. Eles tiveram que pesquisar e estabelecer relações para apresentar argumentos a favor ou contra o tema simulado.

Atividades de júri simulado geralmente demandam muito tempo de aula. É importante que o professor se planeje, procure realizar a atividade em aulas mais longas e seja claro quanto ao veredicto (os estudantes levam isso em consideração).

A utilização de situações para resolução de problemas por experimentação oportuniza ao estudante o ambiente prático, permitindo que ele entre em contato com problemas, tanto reais quanto simulados, além de favorecer a autonomia, potencializar o engajamento e o protagonismo discente.

Referências

BACICH, L.; MORAN, J. **Metodologias ativas para uma educação inovadora**: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso, 2018.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585/2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 25 set. 2013a. p. 186-188.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 586/2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 25 set. 2013b. p. 136-138.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares

Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. **Diário Oficial [da União]**, seção 1, Brasília, DF, 19 out. 2017. p. 30-32.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Competência para atuação clínica do farmacêutico**: relatório do I encontro nacional de educadores em farmácia clínica e matriz de competências para a atuação clínica. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/Relat%C3%B3rio%20Enefar06jun2017_bx.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Ensino de deontologia e legislação farmacêutica**: conceitos e práticas. 3. ed. São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/Ensino_de_Deontologia_3_edicao.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descobertas na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 143-150, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. In: SOUZA, C. A.; MORALES, O. E. T. (Orgs.). **Convergências midiáticas, educação e cidadania**: aproximações jovens. Ponta Grossa: Proex UEPG, 2015. v. 2, p. 15-33.

VIEIRA, R. D.; DE MELO, V. F.; BERNARDO, J. R. R. O júri simulado como recurso didático para promover argumentações na formação de professores de física: o problema do “gato”. **Revista Ensaio**, v. 16, n. 3, p. 203-225, 2014.

YOUNG, M. F. D. Durkheim, Vygotsky e o currículo do futuro. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 53-80, 2002.



Capítulo 10

SIMULAÇÃO EM SAÚDE E O ESTADO DA ARTE NA FRANÇA

Tatiana Feitoza

Introdução

A simulação pode ser definida como uma técnica de ensino que emprega atividades estruturadas, em que são criadas ou replicadas condições de representação de situações reais ou potenciais na educação e na prática. Tal método confronta os alunos a situações próximas à realidade. Quando aplicada na área da saúde, desempenha um importante papel na formação, na promoção da segurança partilhada pelos profissionais envolvidos e na facilitação do trabalho em equipe. Desta forma, possibilita que os alunos desenvolvam seus conhecimentos, habilidades e atitudes em um ambiente controlado. A repetição, a avaliação e a reflexão são possíveis, sem o risco de danos ao paciente (ABEM, 2021; Pazin Filho; Scarpelini, 2007; Ziv *et al.*, 2006).

A utilização da simulação em saúde como instrumento pedagógico está em franca expansão, seja na formação inicial e contínua, médica ou paramédica. Diferentes instrumentos pedagógicos são empregados, e uma vasta gama de manequins e métodos educativos, como a simulação orgânica, incluindo simuladores técnicos e pacientes simulados; a simulação sintética, que reúne simulações processuais; simulações de alta fidelidade; jogos sérios (*serious games*) ou mesmo realidade virtual. Este tipo de formação busca não somente a melhora da segurança do paciente, mas também a qualidade de vida dos cuidadores, permitindo aos alunos trabalharem as

suas competências técnicas ou não técnicas, como comunicação, espírito de equipe e liderança (Ung, 2023).

Popularizada pelo advento dos manequins de alta fidelidade, a simulação em saúde desenvolve-se em diversos países (Boet *et al.*, 2013). Este ensaio apresenta as recomendações da Alta Autoridade de Saúde Francesa (Haute Autorité de Santé [HAS]), no que tange à simulação em saúde, aos métodos aplicados na simulação, assim como o exemplo de iLumens, o departamento de Simulação em Saúde da Faculdade de Medicina da Université Paris Cité, na França.

A reforma da formação médica na França

Em 2017, a formação em medicina passou por uma importante reforma, com o intuito de modernizar e melhorar o terceiro ciclo na França. Esta reforma foi delineada principalmente pelo Decreto n.º 2016-1597, de 25 de novembro de 2016 (République Française, 2015), e pelo Arrêté de 12 de abril de 2017 (République Française, 2017). O objetivo foi atualizar o currículo para as necessidades contemporâneas da prática médica e garantir uma formação de alta qualidade, alinhada aos avanços científicos e tecnológicos. Novos conteúdos e metodologias de ensino foram incluídos com enfoque em competências práticas e habilidades clínicas. O terceiro ciclo foi reorganizado em três fases distintas: *Phase socle* (Fase Básica), primeiros 2 anos focados em adquirir conhecimentos fundamentais e competências clínicas básicas; *Phase d'approfondissement* (Fase de Aperfeiçoamento), os anos intermediários para aprofundamento em áreas específicas da especialidade escolhida e, finalmente, *Phase de consolidation* (Fase de Consolidação), o último ano destinado à consolidação dos conhecimentos e à preparação para a prática autônoma.

De seu lado, a HAS entende que a simulação pode significar uma melhora na qualidade do atendimento ao paciente e na segurança do ambiente de saúde. Esta agência publicou recentemente, em março de 2024, as novas recomendações para a simulação em saúde (De Santé, 2012). Trata-se de um

documento que atualiza o guia de boas práticas de simulação em saúde. Este último foi elaborado com base nas recomendações de boas práticas europeias e internacionais e seu objetivo é implementar e propor programas de simulação de qualidade aos profissionais de saúde.

As recomendações da HAS para a simulação em saúde

A HAS francesa enfatiza a importância da simulação como uma ferramenta essencial para a formação e a melhoria contínua dos profissionais de saúde. Esta agência considera que, independentemente de onde ocorra a simulação, as regras de boas práticas, por ela definidas, devem ser aplicadas pelas estruturas e organizações profissionais, assim como as instituições que desejam implementar e oferecer programas de simulação de qualidade para alunos e profissionais da área (De Santé, 2024).

Esta abordagem também é apoiada por outras instituições. Assim, a Conferência de Reitores de Medicina da França, de 2023, em seu Relatório nº 2, recomenda, além do uso de simulação no campo da medicina e cirurgia, a integração deste método educativo no desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas em odontologia e nas atividades farmacêuticas, tanto na formação inicial como na continuada.

Tipos de simulação em saúde

A simulação clínica envolve a concepção de uma situação hipotética que compreende uma representação da realidade, ajudando na participação ativa do aluno e envolvendo prática e teoria no aprendizado (ABEM, 2021). Trata-se de um método prioritário na formação inicial e contínua, para o avanço da cultura de segurança e da ética. Busca-se criar condições favoráveis à cooperação entre as diferentes estruturas, com vista à partilha de recursos e competências, e identificar as prioridades nacionais e regionais em termos de qualidade e segurança dos cuidados, em que a simulação constituiria uma alavanca relevante.

Baseia-se na utilização de cenários de complexidade variadas, que empregam uma técnica de simulação. Tal procedimento visa: (a) treinar gestos técnicos (habituais ou excepcionais); (b) implementar procedimentos individuais e em equipe, formar linhas de raciocínio clínico diagnóstico e/ou terapêutico; (c) gestão comportamental (situação profissional, trabalho em equipe, comunicação etc.); (d) gestão de riscos (reprodução de eventos indesejáveis, capacidade de lidar com situações excepcionais etc.) (Boet *et al.*, 2013).

A formação é mais completa quando estudantes e profissionais têm acesso à simulação em saúde, cujas técnicas escolhidas devem ser adaptadas aos objetivos educacionais identificados. A metodologia da simulação permite que os alunos pratiquem e corrijam seus erros frente a situações do cotidiano, sem riscos para o paciente e a eles próprios.

A simulação beneficia a prática médica relacionada ao conhecimento teórico, o *savoir faire* e o *savoir-être*. Desta forma, representa uma valiosa ferramenta pedagógica para diversas áreas da saúde. Trata-se de uma técnica de ensino e não uma tecnologia, que permite a aquisição de competência individual até o desenvolvimento de um espírito de equipe. Ela pode e deve ser aplicada ao longo de toda a formação acadêmica inicial e contínua, e visa entender e evitar erros humanos (Ghazali *et al.*, 2012).

As técnicas de simulação clínica são ferramentas habilitadas a coordenar práticas de ensino e pesquisa fundamentais à qualificação dos profissionais da saúde. Existem inúmeras classificações e tipologias para a simulação em saúde, mas, segundo a HAS, podem ser orgânicas, sintéticas ou digitais. Na primeira, empregam-se organismos animais ou humanos (De Santé, 2012). Por exemplo, aprendendo a suturar usando a língua de boi ou fazendo uma introdução à relação paciente-ator, com pacientes fictícios. Na simulação sintética são usados manequins mais ou menos sofisticados buscando aprender um gesto técnico (braço a ser perfundido, etc.) ou manequins de baixa e alta fidelidade. Finalmente, na simulação digital utilizam-se produtos de tecnologia mais ou menos sofisticados, como simuladores de realidade virtual 3D e jogos sérios (*serious games*).

Classificação dos centros de simulação

A HAS identifica 3 tipos de centros de simulação (De Santé, 2012). O Tipo 1 tem uma atividade de formação de simulação reduzida, incidindo apenas sobre uma profissão ou disciplina. Os materiais podem ser de baixa fidelidade e compartilhados com outras estruturas, assim como as salas e o pessoal empregado. O tipo 2 oferece serviços intermediários que incluem necessariamente uma oferta de programas multiprofissionais e multidisciplinares, salas dedicadas e equipamentos de alta fidelidade. Os centros de simulação do tipo 3 implementam a mais ampla gama de programas e métodos de simulação. Destinam-se potencialmente a todas as profissões de saúde e a todas as especialidades, possuindo recursos humanos em tempo integral e salas dedicadas, equipadas com equipamentos fixos de áudio/vídeo e equipamentos de alta fidelidade. Os centros tipo 3 devem realizar atividades de pesquisa em simulação. Os centros universitários devem atender a esse nível de requisitos.

Técnicas de simulação

Sobre as técnicas de simulação e os simuladores, existem diferentes estratégias. A simulação pode ser: (a) clínica para treinamento de habilidades; (b) clínica com o uso de simuladores de diferentes tipos; (c) clínica com paciente simulado (simulação cênica); (d) híbrida; (e) prática deliberada em ciclos rápidos (PDCR); (f) virtual; (g) *in situ*; (h) telessimulação.

A simulação clínica para treinamento de habilidades, também chamada de aula simulada, relaciona-se à preparação de ambientes simulados onde os participantes têm a possibilidade de praticar habilidades psicomotoras, cognitivas e/ou afetivas, com objetivos de aprendizagem predefinidos. Estimula-se que debatam os passos técnicos, esclareçam as dúvidas e preencham suas lacunas individuais de conhecimento. Este treinamento permite que a mesma técnica ou procedimento seja repetido diversas vezes,

desenvolvendo competências de menor nível de complexidade. Dependendo da habilidade a ser desenvolvida, podem ser utilizados simuladores de partes do corpo, como um braço (para técnica de punção venosa) ou um tórax (para técnica de ressuscitação cardiorrespiratória) (Bonduelle *et al.*, 2020).

A simulação clínica com o uso de manequins/simuladores de pacientes, segundo a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) (2021), é uma estratégia de ensino prático na área da saúde, podendo ser executada com simuladores de baixa ou média tecnologia, quando os objetivos envolvem treinamento de habilidades técnicas específicas, ou com simuladores de alta tecnologia, quando se intenciona praticar treinamentos para o desenvolvimento de raciocínio clínico, tomada de decisão, habilidades técnicas, atuação da equipe multiprofissional ou outras competências mais amplas, a partir de casos clínicos complexos.

Já a construção de casos clínicos colabora com a estratégia de simulação, seja ela de baixa, média ou alta tecnologia (Bergamasco *et al.*, 2022)

A simulação clínica com paciente simulado utiliza indivíduos para representação dos sintomas ou problemas clínicos. Nessa modalidade de simulação, é importante a construção de um caso clínico a ser interpretado pelo participante simulado, seguindo um roteiro de encenação (*script*). Há um aumento da interação durante a simulação nesta modalidade. A literatura descreve os termos “paciente simulado”, “paciente estandardizado” e “paciente padronizado” como sendo similares. O *role-play*, ou “troca de papéis”, enquadra-se nesse tipo de simulação. Consiste em um método de aprendizagem em que os estudantes são instigados a tomar o papel de outras pessoas por meio de dramatização, objetivando uma melhor compreensão de um fenômeno, a partir de uma perspectiva diferente da sua. Esse recurso é utilizado na formação de diferentes profissionais da saúde para sensibilizar estudantes em relação a uma temática ou situação (ABEM, 2021).

Na simulação híbrida, associa-se mais de uma modalidade de simulação em um treinamento, como a combinação de um paciente simulado com um simulador de qualquer nível tecnológico, desenvolvendo habilidades

processuais e de comunicação com um indivíduo. É uma opção de simulação financeiramente acessível e, ao mesmo tempo, eficaz (Brown; Tortorella, 2020).

A simulação virtual (simulação baseada em computador ou realidade virtual) foi proposta a partir das inovações tecnológicas. Inclui a criação da realidade de um ou mais cenários de simulação no computador, em que o participante cumprirá tarefas específicas e desenvolverá habilidades de interação, tomada de decisão e comunicação no atendimento a pacientes virtuais criados a partir de uma variedade de configurações clínicas (Padilha *et al.*, 2019).

Uma modalidade que amplia a fidelidade, levando a atividade simulada diretamente ao local em que a assistência à saúde ocorre é a simulação *in situ*, possibilitando que a equipe e o indivíduo realizem práticas simuladas em seu próprio ambiente de trabalho. Esse tipo de simulação contempla tanto a aprendizagem individual quanto em equipe (Bergamasco *et al.*, 2022).

Já a telessimulação tem potencial inovador para a educação, o treinamento e a avaliação na área da saúde, possibilitando que equipes e indivíduos que vivem em locais remotos e de difícil acesso ensinem e aprendam (McCoy *et al.*, 2017).

Simulação em saúde para o ensino: conceitos

Diferentes técnicas de ensino podem ser utilizadas em simulação. As mais comumente utilizadas na área da saúde são:

1 – Paciente padronizado ou paciente simulado

Nesta estratégia simula-se uma consulta com pacientes ou atores, que são solicitados com base em um cenário preestabelecido e uma descrição detalhada de cada atuação. Este tipo de técnica destina-se a estudantes e profissionais da área da saúde. Esses métodos são usados para desenvolver habilidades de comunicação com o paciente para o anúncio de anúncio de más notícias ou informação sobre benefício/risco de um tratamento (Alinier, 2007; De Santé, 2012).

2 – Simulação processual

Esse recurso permite a aprendizagem de um procedimento por meio de repetição de gestos, sem risco para o paciente. Utiliza uma ampla gama de técnicas, por meio de dispositivos ditos de baixa, média ou alta fidelidade (Perkins, 2007). Estes últimos serão descritos adiante.

Os simuladores são ferramentas que permitem a prática de simulações. Não há classificação padrão, portanto, são considerados seus níveis variados de tecnologia, fidelidade, função fisiológica, entre outras particularidades quando os categorizamos (Domingues *et al.*, 2020).

Os simuladores empregados em simulações de baixa fidelidade são os que não interagem com o cenário devido à ausência de respostas anatômicas, fisiológicas e sensoriais. Podem ser encontrados em corpo completo ou parcial, na forma de membros, órgãos ou suas partes (*Part-task trainer*) e os utilizam para o desenvolvimento de habilidades específicas, como realização de suturas, acessos para administração de medicamentos, drenagem torácica, manejo das vias aéreas, entre outras. Estes simuladores não precisam de contextualização do cenário, pois servem para treinamento de certos procedimentos e demonstração de competências.

Já os simuladores usados em simulações de média fidelidade possibilitam maior aproximação com situações reais e apresentam limitadas respostas anatômicas, fisiológicas e sensoriais, que admitem alguma interação com o aprendiz. São usados para treino individual ou em grupo de habilidades, protocolos e guidelines (Tun *et al.*, 2015). Tratam-se de simuladores com a possibilidade de ausculta de sons respiratórios, cardíacos e abdominais, possibilitando a monitorização de traçados eletrocardiográficos, identificação de alguns pulsos e sons vocais.

Aqueles utilizados para simulações de alta fidelidade são capazes de criar uma situação com um alto grau de realismo, sentido e vivenciado pelos estudantes. Assemelha-se às situações “de vida real”. Possibilitam treinar a atenção para enfermidades em doentes em uma situação clínica estável, instável,

crítica ou em situação anestésica, bem como a direção de uma equipe que tem de resolver uma situação concreta, em que a tomada de decisões e o trabalho em equipe são cruciais (Orlrdge, 2012). Alguns desses simuladores são conduzidos por um *software* e se apresentam como manequins de corpo inteiro, com grande semelhança anatômica (ABEM, 2021). Podem apresentar movimentos respiratórios, pulsos venosos e arteriais, piscam os olhos, alteram a coloração de mucosas. Permitem a avaliação de “dados da pele, ausculta intestinal, cardíaca, respiratória e podem ser programados para responder a falhas na administração de medicamentos, com ênfase na performance de habilidades na decisão, preparação e administração terapêutica” (ABEM, 2021, p. 68).

3 – Simuladores táteis e laparoscopia cirúrgica

Nestes simuladores, o cirurgião pode treinar sua destreza em realizar suturas a um custo baixíssimo. Os mais sofisticados são geralmente os simuladores cirúrgicos. Eles fornecem uma sensação de retorno de força ou resistência ao manipulador. O operador encontra-se em uma situação muito próxima da realidade. Eles permitem o domínio do controle dos olhos/mãos. O progresso da aprendizagem é muito rápido e permite a autoavaliação de desempenho e destreza. Os exemplos mais comuns são encontrados em endoscopia e laparoscopia. Esses simuladores possuem utilidade tanto para estudantes e profissionais experientes que desejam desenvolver ou diversificar suas habilidades (De Santé, 2012).

4 -Simulador híbrido

Utiliza-se a combinação de um paciente simulado com partes de manequins, como a pele para perfusão, a bacia para parto ou o nariz para coleta de material. Quando contextualizadas, essas associações aguçam os sentidos do aluno, qualificando esses métodos como sendo de alta fidelidade (De Santé, 2012).

5 – Realidade virtual baseada em interfaces de tela de computador

Este tipo de simulação permite apreender situações complexas, ou estudar conceitos ilustrados de forma mais concreta através de modelos informáticos. Esses aplicativos são interativos e permitem, por exemplo, modelizar a extensão de uma epidemia de gripe em uma população; entender como os equipamentos podem ser usados, ou ainda praticar a tomada de decisões clínicas para um paciente virtual de acordo com o ajuste de diferentes variáveis (De Santé, 2012).

6 – Ambiente 3D

Este tipo de simulação é muito útil para o aprendizado à distância e presta-se bem ao *e-learning*. Aproximam-se, por seu realismo, dos ambientes de videogame, sendo assim mais populares, ainda que o custo de criação desses ambientes realistas virtuais seja alto. Essas técnicas, teoricamente, não têm limites quanto à diversidade de situações que podem ser criadas e permitem uma imersão total na cena simulada (Lemartelleur *et al.*, 2021).

7 – Outros tipos de simulação

A simulação no contexto da segurança do paciente pode auxiliar na formação de profissionais de saúde ao treinar habilidades, sem expor o paciente a erros evitáveis pela falta de conhecimento adequado. A recriação de cenários que, raramente, são experimentados, ajuda profissionais em situações desafiadoras, possibilitando a repetição ou o exame cuidadoso de suas ações. Para aumentar a segurança do paciente, o uso da simulação tem crescido em diferentes ambientes de aprendizagem (Agrawal *et al.*, 2010). Há inúmeras possibilidades de cenário, objetivando colocar-se no lugar do paciente para compreender melhor a relação cuidador/paciente. Um exemplo é a simulação

da velhice e de uma deficiência: uma experiência enriquecedora em que os alunos e profissionais de saúde estão equipados de próteses que os incapacitam em seus gestos cotidianos (Sfez *et al.*, 2008).

8 – Habilidades de comunicação

Para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, dado que se trata de uma competência clínica fundamental para o exercício das profissões da área da saúde, esses simuladores não são adequados. As técnicas de comunicação podem ser ensinadas e aperfeiçoadas efetivamente com o uso da dramatização nas práticas simuladas (Baer *et al.*, 2008).

A experiência de iLumens, o departamento de simulação da Université Paris Cité

Mesmo antes em 2017, momento da reforma complexa que reorganizou a formação médica na França, a questão do ensino pela simulação atraiu a atenção das autoridades competentes, como a HAS, que publicou em 2012 o relatório “Estado da arte (nacional e internacional) em práticas de simulação na área da saúde”. Este documento mostrava que, na Europa, a simulação na área da saúde já era uma ferramenta educacional bem estabelecida, embora fosse distribuída de forma desigual no território. Apontada como uma atividade emergente, suscitou um interesse crescente em todo o território francês (De Santé, 2012).

Segundo a HAS, em 2012, os centros de simulação franceses dispunham de uma superfície modesta (em média inferior a três salas por centro, equipadas ou não com sistemas de vídeo). Com exceção de alguns estabelecimentos, os materiais e equipamentos eram pouco diversificados, embora gozassem de pelo menos um manequim de alta fidelidade. A simulação, usando ambientes virtuais, era quase inexistente (De Santé, 2012). Descreveremos aqui o caso da Université Paris Cité, que evoluiu bastante em comparação aos dados recolhidos em 2012.

iLumens é o departamento de Simulação em Saúde da Faculdade de Medicina da Université Paris Cité. A Faculdade de Medicina, junto com as faculdades de Farmácia e Odontologia, e os cursos de Enfermagem e *sages femmes* (ciências da obstetrícia), compõem a Faculdade de Saúde. O iLumens dispõe de dois centros de simulação distintos por suas localizações geográficas: ao centro de Paris, o Campus Saint Germain, e ao norte o Campus Pajol. Juntos, oferecem uma área de aproximadamente 1.400 m².

A maior parte das atividades oferecidas é destinada a alunos da formação inicial em medicina, embora também inclua estudantes de outros cursos da faculdade de saúde e profissionais dessa área. Dentre as formações do iLumens, destacam-se a oftalmologia, a radiologia, a pediatria, a pediatria neonatal, a pneumologia, a anestesia e a reanimação, a medicina de emergência, a medicina física e de reabilitação, a ginecologia, a psiquiatria, a formação de formadores (*Sim Training*) e outras.

Tais centros dispõem de uma área destinada à dissecação de animais de pequeno porte, utilizada para o ensino de suturas e outras técnicas nas quais o uso de partes animais pode substituir o estudo em cadáveres. Como exemplo, olhos de porcos na cirurgia oftalmológica, e língua de boi para a ginecologia. Possui também uma ambulância para a simulação dos cuidados antes da chegada ao hospital.

A formação *Sim Training*, destinada a profissionais da área da saúde, aborda a conscientização do erro médico, o fator humano, a educação baseada em simulação, o *design* e a programação de cenários, bem como a arte de *debriefings*, ou seja, balanço e avaliação de atividades realizadas. Ao final do treinamento, os alunos são capazes de criar seus próprios programas de simulação de saúde. É emitido um certificado de aproveitamento, atestando a aquisição de competências. A formação se dá graças à prática de gestos técnicos e à simulação de casos clínicos, tais como nos locais de exercício profissional. Os alunos testam os seus conhecimentos teóricos e/ou adquirem novas práticas. O uso de manequins de alta fidelidade e a benevolência dos professores fornecem uma estrutura tranquilizadora que permite aos alunos ganhar confiança em gestos técnicos repetidos sem perigo.

iLumens tem como uma de suas missões o desenvolvimento da interdisciplinaridade. Para tal, participa ativamente de editais, os quais patrocinam tais formações. Um exemplo é o diploma de reanimação neonatal, com grupos compostos por pediatras, enfermeiras e *sages femmes*. Outro exemplo é o “apartamento conectado”, no qual diferentes cenários podem ser propostos a diferentes profissionais da saúde que deverão trabalhar em equipe num espaço de 35m². Um deles é o caso de uma senhora obesa, prestes a dar à luz, que se encontra caída no chão sem conseguir levantar-se, em um apartamento pequeno, no quinto andar de um prédio sem elevador. Ela liga para o SAMU e para sua farmacêutica. O socorro começa normalmente pelos bombeiros na França, que deverão esperar a chegada do ginecologista ou da *sage-femme*. O farmacêutico poderá atuar? De que maneira? E o enfermeiro que pode fazer parte da equipe do SAMU? Neste caso, será preciso aprender a trabalhar em equipe.

Um terceiro exemplo é do treinamento de uma equipe multidisciplinar, formada por alunos das faculdades de Farmácia, Enfermagem e Odontologia. O cenário se passa num quarto de hospital, no qual se encontra um idoso no leito, esperando os cuidados de higiene. Os papéis tanto do idoso como do cuidador são simulados pelos próprios alunos. Para atuar como idoso, o aluno vai utilizar um óculos que dificulta a visão, um protetor auricular que reduz a audição e um exoesqueleto que limita os movimentos. O aluno que atua como cuidador propõe que o idoso se levante do leito para realizar a higiene bucal. Dessa forma, o grupo se sensibiliza para as eventuais dificuldades de todos os envolvidos.

O impacto deste tipo de aprendizado pode ser avaliado, até mesmo por estudos randomizados. Uma pesquisa recente mostrou a melhoria no conhecimento, nas habilidades e na autoavaliação de proficiência em cardiologia, bem como uma redução no tempo necessário para concluir os exames (Pezel *et al.*, 2021).

Conclusão

A utilização da simulação em saúde como instrumento pedagógico protege não somente o paciente que receberá cuidados de melhor qualidade, mas igualmente o profissional que o aplica, de modo seguro e eficaz.

O modelo adotado atualmente por iLumens, de incentivo à formação interdisciplinar, vem sendo acolhido pelos alunos oriundos das distintas faculdades de saúde com grande satisfação.

iLumens recebeu alguns representantes de universidades brasileiras para visitas, estágios e participação na formação *Sim training* citado. De modo unânime, a demanda mais frequente foi a de desenvolver a interdisciplinaridade também nas instituições de ensino no Brasil.

Intercâmbios entre universidades brasileiras e francesas devem ser incentivados de modo a perpetuar a troca de conhecimento e o desenvolvimento do ensino da simulação em saúde nas universidades brasileiras.

Referências

ABEM. Associação Brasileira de Educação Médica. **Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas**. São Carlos, SP: Cubo Multimídia, 2021.

AGRAWAL, A. *et al.* Fuzzy-adaptive-thresholding-based exon prediction. **International Journal of Computational Biology and Drug Design**, v. 3, p. 311–333, 2010.

ALINIER, G. A typology of educationally focused medical simulation tools. **Medical Teacher**, v. 29, p. e243–e250, 2007.

BAER, A. N. *et al.* Breaking bad news: use of cancer survivors in role-playing exercises. **Journal of Palliative Medicine**, v. 11, p. 885–892, 2008.

BERGAMASCO, E. C.; PASSOS, I. C. M. D. O.; NOGUEIRA, L. D. S. **Estratégias de Simulação**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 2022.

BOET, S.; GRANRY, J.-C.; SAVOLDELLI, G. **La simulation en santé: de la théorie à la pratique**. New York: Springer, 2013.

BONDUELLE, Q.; CHO, W. S.; ELLOY, M. D. The paediatric tracheostomy part-task trainer: low fidelity, low cost. **Annals of The Royal College of Surgeons of England**, v. 102, p. 72-73, 2020.

BROWN, W. J.; TORTORELLA, R. A. Hybrid medical simulation—a systematic literature review. **Smart Learning Environments**, v. 7, p. 1-16, 2020.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Bonnes pratiques en matière de simulation en santé. **HAS**, 3 avr. 2024. Disponible em: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3505883/fr/bonnes-pratiques-en-matiere-de-simulation-en-sante. Acesso em: 2 nov. 2024.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). **Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé**. S.l.: Haute Autorité de Santé (HAS), 2012.

DOMINGUES, T. M. A. R.; NOGUEIRA, L. D. S.; MIURA, C. R. M. Simulação clínica: principais conceitos e normas de boas práticas. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (Org.). **Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**, São Paulo: COREN-SP, 2020.

GHAZALI, A. *et al.* La simulation: du Task-Trainer au Crisis Resource Management, un défi pédagogique pour la médecine d'urgence. **Annales Françaises de Médecine d'Urgence**, v. 2, p. 384-392, 2012.

LEMARTELLEUR, V. *et al.* Impression 3D dans la simulation en santé-Enjeux en centre de simulation universitaire. **Techniques de l'Ingénieur**, 10 out. 2021. Disponible em: <https://www.techniques-ingenieur.fr/base-documentaire/biomedical-pharma-th15/biomateriaux-42606210/impression-3d-dans-la-simulation-en-sante-med7307/>. Acesso em: 20 out. 2024.

MCCOY, C. E. *et al.* Telesimulation: an innovative tool for health professions education. **AEM Education and Training**, v. 1, p. 132-136, 2017.

ORLRDGE, J. *et al.* The use of simulation in healthcare. **Current Opinion in Critical Care**, v. 18, p. 326-332, 2012.

PADILHA, J. M. *et al.* Clinical virtual simulation in nursing education: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 21, p. e11529, 2019.

PAZIN FILHO, A.; SCARPELINI, S. Simulação: definição. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 40, p. 162-166, 2007.

PERKINS, G. D. Simulation in resuscitation training. **Resuscitation**, v. 73, p. 202-211, 2007.

PEZEL, T. *et al.* Simulation-based training in cardiology: State-of-the-art review from the French Commission of Simulation Teaching (Commission d'enseignement par simulation-COMSI) of the French Society of Cardiology. **Archives of Cardiovascular Diseases**, v. 114, p. 73-84, 2021.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. **Republique Francaise**, 12 avr. 2017. Disponible em: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758>. Acesso em: 20 out 2024.

REPUBLIQUE FRANCAISE. **Décret no 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation**. Disponible em: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033479390>. Acesso em: 20 out. 2024.

SFEZ, M. *et al.* Combiner des entretiens et cas simulé pour identifier les facteurs favorisant la récupération. **Risques & qualité en milieu de soins**, v. 5, n. 3, p. pp. 141-150, 2008.

TUN, J. K. *et al.* Redefining simulation fidelity for healthcare education. **Simulation & Gaming**, v. 46, p. 159-174, 2015.

UNG, N. Simulation en santé: état des lieux et mise en place pratique. **Pratique en Anesthésie-Réanimation**, v. 27, n. 6, p. 352-358, 2023.

ZIV, A. *et al.* Simulation-based medical education: an ethical imperative. **Simulation in Healthcare**, v. 1, p. 252-256, 2006.



LISTA DE AUTORES

Amanda Ornela Hyppolito

Graduada em Enfermagem, com mestrado em Ciências da Saúde e doutorado em Saúde Pública. Professora do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF). Atua nas disciplinas de “Estágio Supervisionado no SUS”, “Introdução à Saúde Coletiva” e “Trabalho e Saúde”.

Ana Clara Duarte dos Santos

Graduada em Farmácia, especialista em Farmácia Hospitalar em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer, mestranda em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Anna Alice Amorim Mendes

Graduada em Medicina, com mestrado e doutorado em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF), nas disciplinas de “Educação e Comunicação em Saúde”, “Introdução à Prática Médica”, “Introdução à Homeopatia”, “Cuidado Interativo em Saúde” e “Habilidades e Competências para a Prática do Cuidado”.

Bárbara Dias Camarinha

Graduada em Farmácia, com mestrado em Gestão e Administração da Assistência Farmacêutica. Farmacêutica Hospitalar no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Benedito Carlos Cordeiro

Farmacêutico, mestre e doutor em Saúde Pública. Professor do Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Orientador nos programas de Pós-graduação em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Gestão e Administração da Assistência Farmacêutica e Residência em Farmácia Hospitalar.

Bruno Paulino de Lima Costa

Farmacêutico-Bioquímico da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Diana Legal Ferreira Paiva

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Carla Ribeiro Guedes

Graduada em Psicologia, com mestrado e doutorado em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordena as disciplinas de “Comunicação, Psicologia e Liderança e Habilidades” e “Competências para a Prática do Cuidado”, e atua nas disciplinas de “Estágio Supervisionado no SUS” e “Iniciação à Pesquisa” (graduação em Farmácia).

Claudia Pereira de Sousa

Graduada em Farmácia e Ciências Biológicas, mestranda em Ensino em Biologia. Atua como preceptora da disciplina de “Estágio Supervisionado no SUS”, do curso de graduação em Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Deison Alencar Lucietto

Graduado em Odontologia, com Mestrado e Doutorado em Saúde Pública. Professor do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto

de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Atua nas disciplinas de Estágio Supervisionado no SUS (graduação em Farmácia) e Iniciação à Pesquisa Científica; Estágio Supervisionado: Saúde Coletiva I; Fundamentos da Pesquisa; e Fundamentos do Ensino.

Elaine Cristina Xavier Ferreira

Graduada em Farmácia, com Residência em Farmácia Hospitalar pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Mestrado em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica e doutoranda em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde.

Elaine Silva Miranda

Graduada em Farmácia, com mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora Associada do Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica da Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenadora das disciplinas Assistência Farmacêutica e Assistência Farmacêutica em Desastres e Emergências de Saúde Pública. Vice-coordenadora do Programa de Pós-graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica (PPGGAFAR/UFF).

Evani Leite de Freitas

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), especialista em Farmácia Hospitalar e Mestre em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Asistencia e Investigación Sanitaria pela Universidade da Coruña (Espanha).

Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui

Graduada em Farmácia, com Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordena

a disciplina de Fundamentos de Saúde Coletiva, e atua nas disciplinas de Estágio Supervisionado no SUS e Habilidades e Competências para a Prática do Cuidado. É coordenadora do Núcleo de Avaliação de Tecnologias do ISC-UFF.

Isabela Ramos Silvério

Graduada em Farmácia, com Mestrado em Saúde Coletiva e doutoranda em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde. Professora Substituta do Departamento de Fármacos e Medicamentos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Isabelle Ruiz Martins

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Letícia Figueira de Castro

Graduada em Farmácia, com mestrado concluído e doutorado em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Federal Fluminense (PPGCAPS/UFF). Especialista em Farmácia Hospitalar pelo Programa de Residência da UFF.

Luciana Castilho Bokehi

Graduada em Farmácia, especialista em Farmácia Hospitalar pela Universidade Federal Fluminense, com mestrado em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Luiz Claudio dos Santos Silva

Assistente administrativo da Universidade Federal Fluminense (UFF). Ator com formação pelo Centro Cultural Calouste Gulbenkian. Bacharel em História pela Faculdade de Humanidades Pedro II.

Marina Soares Gonçalves

Graduada em Farmácia, Mestranda em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Mauro Silveira de Castro

Graduado em Farmácia. Mestrado em Farmacologia e em Atenção Farmacêutica. Doutor em Medicina: Ciências Médicas. Professor aposentado da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ex-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica em Rede. Assessor de Projetos da Associação Guarani Mbyá Tenonde Rã.

Monique Araújo de Brito

Graduada em Farmácia Industrial, com mestrado e doutorado em Ciências. Professora Associada IV do Departamento Farmácia e Administração Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Orientadora nos programas de Pós-graduação em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde, Gestão e Administração da Assistência Farmacêutica, Ciência dos Medicamentos e Alimentos, Residência em Farmácia Hospitalar e Residência Multiprofissional em Saúde.

Patrícia Kaiser Pedroso Cava

Graduada em Farmácia, especialista em Farmácia Hospitalar pela Universidade Federal Fluminense (UFF), especialista em Farmácia Hospitalar em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer, com mestrado em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica da UFF, doutoranda em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde da UFF. Farmacêutica do Ministério da Saúde no Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Ranieri Carvalho Camuzi

Farmacêutico com mestrado em Ciências Farmacêuticas e doutorado em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde. Professor do Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Docente em disciplinas de Farmácia Hospitalar e Estágios Supervisionados (Dispensação e Gestão Farmacêutica; Cuidados Farmacêuticos; Farmácia Hospitalar).

Sabrina Calil Elias

Graduada em Farmácia, com mestrado e doutorado em Farmacologia e Química Medicinal da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), professora titular da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Selma Rodrigues de Castilho

Graduada em Farmácia, com mestrado e doutorado em Engenharia Biomédica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), professora titular da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Tatiana Feitoza Vianna da Silveira

Graduada em Farmácia Industrial, com mestrado em Saúde Coletiva, em Saúde Pública e em Sociologia da saúde e doutorado em Sociologia da Saúde. Diretora do Departamento de Simulação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Paris Cité.

Taynah da Silva Pinheiro

Graduada em Farmácia, com mestrado em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica da Universidade Federal Fluminense (UFF) e doutorado em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde da UFF. Professora adjunta da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

Thaísa Amorim Nogueira

Graduada em Farmácia, especialista em Farmácia Hospitalar pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com mestrado e doutorado em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde da UFF. Professora do Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenadora da disciplina de “Farmácia Hospitalar” e colaboradora da disciplina de “Estágio em Cuidados Farmacêuticos”.

Thays da Silva Rangel

Graduada em Farmácia e Gestão da Qualidade, com especialização em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Analista de Assuntos Regulatórios do Instituto Vital Brazil.

Thiago Freire dos Santos

Farmacêutico da Prefeitura de Araruama (RJ).

Vanessa Maia Rangel

Graduada em Medicina, com mestrado e doutorado em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordena as disciplinas de “Medicamentos, Saúde e Cultura” e “Racionalidades Médicas/Medicina Integrativa”.

Verônica Alcoforado de Miranda

Graduada em Medicina, com mestrado em Saúde Coletiva e doutorado em Ciências Médicas. Professora do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF). Atuou como professora e coordenadora na disciplina de “Estágio Supervisionado no SUS” (graduação em Farmácia). Atualmente, é superintendente do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF).

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-186-1



9 786554 621861