

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

**ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE PERCEPÇÃO DE FARMACÊUTICAS E
ESTUDANTE DE FARMÁCIA A RESPEITO DA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA**

Julihana Álvares Bosque

Porto Alegre, julho de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

**ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE PERCEPÇÃO DE FARMACÊUTICAS E
ESTUDANTE DE FARMÁCIA A RESPEITO DA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA**

Trabalho apresentado como requisito parcial
para aprovação na Disciplina de Trabalho de
Conclusão do Curso de Farmácia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Tânia Alves Amador, Dr^ª.

Porto Alegre, Julho de 2017.

APRESENTAÇÃO

Este artigo foi elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Farmácia (Anexo A) na qualidade de “Artigo de Revisão”. Para facilitar a leitura da banca alguns critérios da revista ainda não foram formatados como: tabelas e figuras em folhas separadas do corpo do texto e largura das tabelas.

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE PERCEPÇÃO DE FARMACÊUTICAS E ESTUDANTE DE FARMÁCIA A RESPEITO DA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

Julihana Álvares Bosque¹ & Tânia Alves Amador*^{1,2}

¹ Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

² Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

RESUMO: O objetivo do artigo foi identificar e analisar a percepção de duas farmacêuticas e uma estudante do curso de graduação de Farmácia da UFRGS que exercem ou já exerceram suas atividades em drogaria, unidade pública de atenção à saúde e hospitalar, sobre a prescrição e outras atividades clínicas nestes cenários da prática farmacêutica. Para isso, buscou-se identificar as barreiras percebidas pelas farmacêuticas e pela estudante para a execução e implementação das atividades clínicas e descrever as atividades atualmente desenvolvidas em seus locais de trabalho. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório. Os dados foram obtidos por meio de um grupo focal. Após a transcrição e análise dos conteúdos, as falas foram categorizadas. As categorias finais foram: Conhecimento das Resoluções do CFF, Gestão do trabalho, Formação e Regulamentação, Experiência em clínica e Valorização profissional. As participantes acreditam que a principal barreira à execução das atividades clínicas é a formação e a regulamentação das atividades, além da grande demanda por serviços de gestão. Acredita-se que, nos últimos anos, após a reforma para currículos de formação generalista nos cursos de Farmácia no Brasil, as barreiras que afastavam o farmacêutico das demais profissões da saúde têm sido minimizadas e há compreensão sobre a necessidade de inclusão do farmacêutico ao sistema de saúde como sugere a OMS.

Palavras-chave: Serviços farmacêuticos, Prescrição farmacêutica, Serviços de saúde.

***ABSTRACT:** The objective of this article was to identify and analyze the perception of two pharmacists and a student of the undergraduate course of Pharmacy of the UFRGS who exercise or have already exercised their activities in private and public community pharmacy, and hospital pharmacy, on prescription and other clinical activities in these Scenarios of pharmaceutical practice. In order to do so, we sought to identify the barriers perceived by pharmacists and students to execute and implement clinical activities and describe the activities currently carried out in their workplaces. This is a qualitative, exploratory study. The data were obtained through a focus group. After the transcription and analysis of the contents, the statements were categorized. The final categories were: Knowledge of CFF Resolutions, Work Management, Training and Regulation, Experience in Clinic and Professional Valuation. Participants believe that the main barrier to the execution of clinical activities is the training and regulation of activities, in addition to the great demand for administrative services. It is believed that, in recent years, after the reform of curricula of general education in Pharmacy courses in Brazil, the barriers that kept the pharmacist away*

^{1*} Autor Correspondente: T. A. Amador, Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga 2752, sala 602A, Porto Alegre, RS 90610-000, Brasil. Telefone: (51) 3308-5305. E-mail: tania.alves@ufrgs.br.

from other health professions have been minimized and there is an understanding of the need to include the pharmacist in the system as suggested by WHO.

Keywords: Pharmaceutical services, Pharmaceutical prescription, Health services.

1 INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Farmácia (CFF) é responsável pela regulamentação e fiscalização das atividades profissionais do farmacêutico. O CFF é membro da associação internacional que congrega associações profissionais e científicas de farmácia de todas as partes do mundo e que apresenta políticas visando à melhoria da saúde mundial desde 2001. Acompanhando uma tendência mundial, como as orientações da Federação Internacional Farmacêutica (FIP), o CFF elaborou e editou resoluções para normatizar as atividades clínicas e de prescrição farmacêutica, as Resoluções Nº 585 e Nº 586 de 2013. Na mesma direção das novas atribuições dos farmacêuticos, no Brasil, em 2014, foi promulgada a Lei nº 021/2014, que transforma as farmácias privadas em estabelecimentos de saúde, marco que possibilita a atuação clínica do farmacêutico também em farmácias privadas. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

A FIP é uma organização farmacêutica não governamental, composta por cento e vinte e sete (127) organizações membros de diferentes países. Por meio de suas práticas de grupos de estudos de especialistas e de suas relações com a Organização Mundial da Saúde (OMS), UNESCO e demais órgãos de saúde oficiais – como o Ministério da Saúde brasileiro, por exemplo – propõe diretrizes que podem balizar políticas públicas nacionais para suas organizações membro, com o objetivo de elevar os padrões de saúde globalmente. (MORAES, 2014).

Os modelos de assistência à saúde passam, no mundo contemporâneo, por grandes mudanças, devido ao aumento de demanda por serviços, à incorporação de tecnologias e aos desafios de sustentabilidade do seu financiamento. Fatores como estes provocam novas necessidades, na forma de produzir o cuidado das pessoas e de orientar os currículos dos

cursos de farmácias do Brasil e do mundo. Isso porque a farmácia é frequentemente o ponto mais acessível, ou mesmo único em alguns lugares, para o paciente quando se trata de cuidados e serviços em saúde. Assim sendo, e atendendo as necessidades atuais da sociedade, o farmacêutico deve evoluir daquele papel de entregar o produto para aquele que aplica o conhecimento sobre o medicamento e as terapêuticas clínicas. (ANDERSON *et al.*, 2009; BRASIL, 2013).

O novo papel do farmacêutico vem sendo desenvolvida ao longo dos anos e a OMS tem reforçado as atribuições clínicas desde 1988, com a divulgação do relatório denominado *The role of the pharmacist in the health care system: report of a WHO consultative group*, resultado da reunião ocorrida em Nova Deli, na Índia. Neste documento surge o termo *Community Pharmacy*, traduzido no Brasil como “Farmácia Comunitária”, que se refere àquelas farmácias localizadas ou que atendem à comunidade e prestam atendimento de nível ambulatorial (atenção primária). Já o termo *Pharmaceutical Services* foi traduzido inicialmente como “Assistência Farmacêutica”. (OPAS, 2004).

Esse conceito abrange mais do que a denominação de um estabelecimento, ele encerra em si o papel que o farmacêutico envolvido com o cuidado do paciente desempenha nos serviços de saúde relacionado às questões da terapia farmacológica. O documento da OMS traz o escopo da Farmácia e as funções do farmacêutico em todas as áreas de atuação e adiciona a área clínica e a farmácia comunitária. De acordo com a OMS (2004, p. 25-26):

Os farmacêuticos comunitários são os profissionais de saúde mais acessíveis à população. Dispensam medicamentos conforme indicado na receita ou, quando legalmente habilitados, os dispensam sem receita. Além de assegurar estoques suficientes dos medicamentos apropriados, as atividades profissionais dos farmacêuticos incluem o aconselhamento dos pacientes no ato de dispensar medicamentos com ou sem receita; fornecimento de informações sobre os medicamentos aos profissionais de saúde, aos pacientes e ao público em geral; participação em programas de promoção de saúde; e constante articulação com outros profissionais de atenção primária de saúde.

Os medicamentos são tecnologias essenciais nos serviços de saúde em todas as culturas e sociedades. Eles fazem parte de programa de prevenção de doenças e estão presentes em praticamente todo tratamento de saúde. Ao longo do tempo, ocorreram mudanças nos serviços de cuidado ao paciente, com uma demanda menor, ainda era possível o médico prescrever e o farmacêutico dispensar, pois esse processo ocorria de forma simples, segura e gerava um menor custo ao sistema de saúde. Com aumento da população e a inovação tecnológica que possibilita um grande número de novos medicamentos no mercado, o processo torna-se mais complexo. A OMS preconiza que há evidências suficientes de que esse modelo tradicional já não assegura mais a eficácia, segurança e adesão à terapia farmacológica. A partir das mudanças que foram ocorrendo na sociedade, intensificaram-se as transformações nas responsabilidades do farmacêutico em relação ao cuidado com o paciente. (OMS, 2007).

Outro fenômeno ocasionado pelas transformações nos serviços de saúde foi a adoção da prescrição não médica, que surge no intuito de expandir para outros profissionais, dentre eles o farmacêutico, maior responsabilidade no manejo clínico dos pacientes. No Reino Unido, a prescrição não médica teve sua gênese em 1986, a partir de um relatório que sugeria que enfermeiros comunitários deveriam prescrever alguns medicamentos como parte da rotina de atendimento ao paciente. Em 2006, o Reino Unido permitiu que farmacêuticos prescrevessem de forma independente uma lista de medicamentos e ser responsáveis pela avaliação de pacientes diagnosticados ou não. (MCCANN *et al.*, 2015).

No Canadá ocorrem outras formas de prescrição que podem ser elencadas, onde determinados farmacêuticos têm direito a prescrever de forma independente ou em colaboração com um médico quando um diagnóstico já está estabelecido. Nos Estados Unidos da América (EUA), somente na Flórida os farmacêuticos podem desempenhar essa função a

partir de uma lista restrita, mas em outros dezesseis estados eles prescrevem em parceria com médicos nas clínicas colaborativas de gerenciamento da farmacoterapia. (COPE *et al.*, 2016).

Neste contexto mundial é que as resoluções do CFF são regulamentadas no Brasil. A demanda por acesso aos serviços de saúde cresce e o farmacêutico começa a atuar mais efetivamente em “consultas farmacêuticas”. Entretanto, para que isso ocorra é necessário ser realizada em “consultório farmacêutico” ou em qualquer outro espaço apropriado, a fim de assegurar atendimento privativo e de fácil acesso à população para atender a esse déficit na saúde nacional. Nesse contexto, é papel do farmacêutico analisar o paciente, colaborar com a avaliação e elaboração da farmacoterapia, intervir sempre que necessário e dar parecer farmacêutico para fins de acompanhamento do procedimento recomendado e rastreamento em saúde. (BRASIL, 2013).

O exercício do ‘cuidado farmacêutico’, em farmácias comunitárias públicas ou privadas, no Brasil, acontece gradualmente. É uma prática recente que tem se destacado na formação acadêmica dos farmacêuticos e nos debates com entidades da categoria, entre eles a FIP e os Conselhos Regionais e Federais de Farmácia. As experiências começam a serem reunidas e debatidas pelos conselhos de farmácia, universidades e outros órgãos que congregam farmacêuticos. Todavia, ainda há dependência de avaliações sobre a implementação dessas atividades clínicas, especialmente em farmácias comunitárias.

Sendo assim, este trabalho tem o objetivo de explorar a percepção de duas farmacêuticas e uma estudante de farmácia sobre a importância, as dúvidas e expectativas em relação à prescrição farmacêutica e outras atividades clínicas do farmacêutico. Para isso, buscou-se identificar as barreiras percebidas pelas farmacêuticas e pela estudante para a execução e implementação das atividades clínicas, e descrever as atividades atualmente desenvolvidas em seus locais de trabalho.

2 MATERIAIS

Neste artigo desenvolveu-se um estudo qualitativo, de caráter exploratório, realizado através da técnica de grupo focal, na qual o objetivo é a inferência e coleta de percepções coletivas e não individuais em grupo considerado homogêneo de participantes, dentro dos assuntos a serem explanados. (MUNARETTO *et al.*, 2013).

Foi convidada uma estudante do 9º (nono) semestre da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e duas farmacêuticas atuantes na farmácia comunitária: drogaria (setor privado) e unidade de saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (setor público), tendo como local de atuação a cidade de Porto Alegre. Os primeiros contatos foram estabelecidos via redes sociais e pessoalmente. O horário e local foi conciliado de acordo com a disponibilidade de todas e realizado em maio de 2017, nas dependências da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre.

Antes do início da técnica, foi brevemente explicado o método do grupo focal utilizado e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE) (Anexo B) e receberam uma via deste documento. O tempo de duração do grupo focal foi de aproximadamente uma hora e contou com uma moderadora e uma observadora, sendo esta a própria pesquisadora.

Questões norteadoras: Foram usadas como questões norteadoras principais: *O que sabem/conhecem sobre a resolução da prescrição farmacêutica? Vocês sabem qual é o escopo em relação a prescrição farmacêutica? Em relação a resolução 44/2009, o que vocês poderiam relacionar a prescrição farmacêutica? Qual a importância de ter uma legislação? Como estimular o farmacêutico a desenvolver atividades clínicas?* Essas foram as principais e

a partir das respostas foram sendo elaboradas outras para complementar a informação ou percepção das participantes.

2.1 Extração dos dados

Com o consentimento das participantes, todas as falas foram gravadas em áudio e transcritas fielmente, sendo a transcrição revisada para eliminar quaisquer dúvidas. Após esse momento, a transcrição foi submetida à análise de conteúdo conforme Minayo (2006) e as falas categorizadas a partir das temáticas levantadas na discussão do grupo. A análise temática é subdividida em três etapas:

Pré-análise: etapa na qual são determinadas a unidade de registro (palavra-chave ou frase) e unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise).

Exploração do material: na qual se estabelecem as categorias (expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala é organizado). A categorização consiste em redução de texto em palavras ou expressões significativas.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: interpretação do resultado, relacionando as informações obtidas com o quadro teórico inicial da pesquisa ou ainda levantando novas dimensões teóricas e/ou interpretativas. (MINAYO, 2006).

Critérios Éticos: este estudo faz parte do projeto intitulado “Fatores que influenciam na adoção de inovações centradas no cuidado ao paciente: um estudo quantiqualitativo com farmacêuticos do RS”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº 1.464.354.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das participantes: as duas farmacêuticas são formadas pela Faculdade de Farmácia da UFRGS no período em que o currículo não era generalista, ou seja, havia as habilitações em Indústria de Medicamentos ou Alimentos e Análises Clínicas. A terceira participante é estudante da última etapa do curso de Farmácia da UFRGS, com formação no currículo generalista, no qual o farmacêutico está habilitado ao exercício de atividades referentes à produção, controle e análise de fármacos, medicamentos e alimentos, às análises clínicas e toxicológicas e assistência farmacêutica. A faixa etária das participantes foi de 24 a 40 anos e tempo de formação de 4 a 7 anos. Quanto aos locais de trabalho, no momento as duas farmacêuticas trabalham em instituições públicas e a estudante realiza estágio curricular em uma unidade de saúde distrital do município de Porto Alegre. Todas as participantes alegam exercer atividades clínicas em seus locais de trabalho.

Análise das categorias estudadas: A partir da transcrição e análise de conteúdo, surgiram dez categorias iniciais e destas, extraíram-se cinco categorias finais que serão discutidas a seguir, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias iniciais e finais obtidas por meio da análise de conteúdo do grupo focal sobre a percepção de farmacêuticos respeito da prescrição farmacêutica e atribuições clínicas.

Categorias iniciais	Categorias finais
<p>Conhecimento sobre o conteúdo das resoluções do CFF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhece ou desconhece a existência das resoluções; - Conhece o conteúdo das resoluções. 	<p>CONHECIMENTO DAS RESOLUÇÕES DO CFF</p>
<p>Sobrecarga de trabalho administrativo do farmacêutico</p> <p>Gestão para evitar a sobrecarga administrativa do farmacêutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Farmacêuticos com perfis adequados a cada tipo de atividade; - Distribuição de tarefas entre os colaboradores. 	<p>GESTÃO DO TRABALHO FARMACÊUTICO</p>
<p>Importância da especialização para desenvolver atividades clínicas nas instituições</p>	<p>FORMAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO</p>
<p>Necessidade de legislação regulamentando a ação do farmacêutico para atuar na clínica</p>	
<p>Deficiência na formação como limitante para assumir a responsabilidade (como vou me responsabilizar por isso?)</p>	
<p>Atividades clínicas já desenvolvidas pelas participantes</p>	<p>EXPERIÊNCIA EM CLÍNICA</p>
<p>Valorização do profissional (pacientes e equipe) trazido pela atuação clínica.</p>	<p>VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

3.1 Conhecimento das resoluções do CFF

A primeira questão debatida no grupo focal foi sobre o conhecimento a respeito das resoluções do CFF que tratam da atuação clínica do farmacêutico. Ao analisar as falas das participantes, foi possível dividir os depoimentos em duas subcategorias, de acordo com que expressaram, ou seja: as participantes ouviram falar ou que conhecem o conteúdo das resoluções, como pode ser evidenciado a seguir.

Observou-se que as participantes sabiam que existiam as resoluções, mas muitas vezes não sabiam exatamente o que constava nas resoluções:

“Bom, eu já li as resoluções, já entrei também no curso online disponibilizado pelo CFF, (...). Já li, sei que são duas resoluções né? (...)”

“Olha, eu posso começar, mas eu vou ser bem sincera, eu até perguntei agora, quando cheguei (...), se já tinha sido aprovada porque eu não sabia, eu sabia que estava em processo, mas não sabia que tinha sido realmente oficializado. (...) Eu realmente não tenho conhecimento do que está na resolução (...)”

A formação do farmacêutico e a legislação sanitária têm sido modificadas para oferecer uma perspectiva clínica à profissão, incentivando a responsabilidade com a automedicação e o comprometimento dos farmacêuticos em relação à indicação de Medicamentos Isentos de Prescrição médica (MIP). Apesar da grande ênfase que o CFF tem dado às atividades clínicas dos farmacêuticos, as quais, inclusive, têm sido discutidas pela mídia, já que houve uma reação do Conselho Federal de Medicina sobre o tema, muitos farmacêuticos ainda não se apropriaram do conteúdo das resoluções. (OPAS, 2004; CFF, 2013; LENHARO, 2013; CFF, 2015)

Pode-se sugerir que a informação sobre esse conteúdo deve estar restrita aos profissionais que se interessam pelo tema e trabalham no serviço público ou nas farmácias

comunitárias. No interior das instituições de ensino, ainda prevalece a formação mais direcionada para áreas tradicionais como análises clínicas e produção e controle de medicamentos, uma vez que as iniciativas de implantação nesses cenários de prática ainda são incipientes.

3.2 Gestão do trabalho farmacêutico

Durante a conversa entre as participantes, quando trataram das dificuldades em realizar atividades clínicas, emergiram informações acerca da sobrecarga administrativa do farmacêutico, a distribuição de tarefas entre os colaboradores e os perfis dos indivíduos para realizar cada tipo de atividade. A análise dessas informações foi realizada agrupando as falas que se relacionavam na categoria final denominada “gestão do trabalho farmacêutico”. A sobrecarga de serviços internos e burocráticos no ambiente de trabalho interfere na atuação considerada “clínica”, ou seja, no aconselhamento e cuidado com o paciente. As falas a seguir exemplificam a percepção emitida pelas participantes a esse respeito.

“É, e tem a questão da drogaria também, que acontece muito, de eles quererem que tu vire gerente ou subgerente. Eu falei que não queria ser porque tu perde muito do papel do farmacêutico mesmo, né? A partir do momento que tu pega gerência ou subgerência tu fica fazendo muita, total parte administrativa e perde um pouco né? Dessa parte, eu gosto, se fosse para fazer administração, trabalhar na parte administrativa eu tinha feito administração. O meu gerente queria que eu fosse subgerente e eu disse pra ele assim: ó, não, não pretendo sabe, não vale a pena, assim, o valor que eles acrescentam só para, porque aí tu perde o foco da coisa assim sabe (...)”

“Vai da área que a pessoa se identificar.”

“Por exemplo, tenho colegas que trabalham no hospital tem coisas que ela não gosta da parte clínica, ela gosta de fazer revisão de pareceres de qualificação de fornecedor, de fazer compras de fazer cálculo, de fazer curva ABC, ela gosta dessa parte da distribuição e tal, mas tem gente que não gosta dessa parte e gosta de ficar ali e conversar e atender, então vai muito do perfil. Mas teria que ter

uma divisão de tarefas para não sobrecarregar porque se não tu acaba, no fim, não fazendo nada bem feito.”

Para analisar a percepção das pessoas envolvidas é importante refletir rapidamente sobre o histórico da profissão. Após um longo período de afastamento do farmacêutico do contato com os usuários do medicamento, provocado pela massiva industrialização do setor e sua conseqüente transformação tecnológica na produção dos medicamentos, o domínio intelectual, econômico e operativo deslocou-se para a indústria, fazendo desaparecer, quase por completo, o elo entre o profissional farmacêutico, o usuário e os demais profissionais da equipe de atenção à saúde. Assim, costuma-se dizer que o farmacêutico se preocupava mais com o produto e menos com o usuário do produto. (HEPLER & STRAND, 1990).

O centro da profissão foi redirecionado para outras atividades que sua formação lhe capacitava e, nas farmácias comunitárias, ou estava ausente ou desenvolvia tarefas burocráticas e administrativas. Já no período de 1960 a 1987 marcou o início de uma nova era para a educação e a prática farmacêutica, sendo o papel clínico dos farmacêuticos requerido no âmbito hospitalar e na atenção primária. Essa relação de cuidado com os usuários do medicamento ficou conhecida como “atenção farmacêutica”. (ZUBIOLI, 1992).

Pode-se considerar, partindo dos conceitos que são apresentados por pesquisadores e profissionais que atua na área, que atualmente os farmacêuticos que desenvolvem seu ofício em farmácias, seja comunitária ou hospitalar, pública ou privada, exercem atividades de “assistência farmacêutica”. Em outras palavras, se comprometem com questões relacionadas à gerência ou logística, tais como seleção, programação, aquisição, controle de estoque e armazenamento, mas também se envolvem com a “gestão do cuidado”, com a segurança e uso correto dos medicamentos, sendo coparticipante na responsabilidade

de alcançar o desfecho positivo quando do uso da terapia medicamentosa. (BRASIL, 1998; MARIN, 2003; FARINA & ROMANO-LIEBER, 2009).

No Brasil, a farmácia sempre foi caracterizada como estabelecimento comercial e o medicamento visto como um bem de consumo, desvinculado do processo de atenção à saúde. As mudanças começam a acontecer quando o movimento da “atenção farmacêutica” chega ao país e inicia-se o processo de transição entre a formação mais tecnicista para uma formação mais clínica. (OPAS, 2004).

As diretrizes curriculares de 2002 recomendam currículos de Farmácia que preparem farmacêuticos para atuar no SUS e com formação humanística, preocupada em trabalhar em saúde coletiva e em equipe multiprofissional. Entretanto, um estudo que avaliou cursos de Farmácia da região sul do Brasil concluiu que as mudanças nos currículos foram diferentes, com inclusão de disciplinas de assistência e atenção farmacêutica, mas poucas estratégias implementadas para aproximar o ensino do serviço público de saúde. (COSTA, 2017; MONTEGUTI & DIEHL, 2016).

Em relação à possibilidade de realizar atividades clínicas nas farmácias e a grande carga de trabalho relacionado à logística, é possível inferir que essa é sempre uma preocupação recorrente entre os farmacêuticos. Um estudo realizado com farmacêuticos no interior de São Paulo mostra que os profissionais ainda não compreendem as atividades que são inerentes a esta prática e tampouco são acolhidos em seus locais de trabalho para realizar tais atividades, pois muitas vezes existe apenas um farmacêutico para se responsabilizar pelo cumprimento dos atos legais e não haveria tempo para atividades clínicas. (FEGADOLLI *et al.*, 2011).

Assim sendo, os profissionais enfrentam obstáculos como a insegurança e desmotivação decorrente desta elevada carga de trabalho e falta de tempo para dedicar-se ao

atendimento e, em alguns casos, a concorrência com auxiliares de farmácia em busca de comissões sobre vendas. Constatou-se a necessidade de estimular a atuação profissional, principalmente de acadêmicos e egressos profissionais, o que pode representar um primeiro passo ao sucesso da Atenção Farmacêutica e à abertura por parte dos empresários, uma vez que a sociedade começa a reconhecer a importância do atendimento realizado pelo farmacêutico.

Portanto, o farmacêutico está envolvido em um dilema profissional, no qual está a sua plena atuação conforme o Código de Ética de um lado frente à concorrência do mercado de trabalho. Isso reflete na necessidade na realização profissional, uma vez que nem sempre o farmacêutico consegue desempenhar as atividades exigidas legalmente. (CFF, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Talvez fosse importante que as escolas de Farmácia refletissem juntamente com os discentes sobre quais as habilidades e competências individuais cada farmacêutico deveria desenvolver de acordo com seus interesses. Como mencionado pelas participantes, alguns deles se interessam pela gestão logística e essa habilidade deveria ser estimulada também, visto que atualmente não se concebe uma farmácia atuando com um único farmacêutico. Nesse contexto, é importante destacar que, a partir da publicação da Lei 13.024/2014, foi reafirmada a necessidade das farmácias manterem o responsável técnico durante todo o horário de funcionamento e, ainda, estabeleceu que o farmacêutico é o profissional habilitado para isso, o que anteriormente não estava explicitado em lei. (BRASIL, 1973).

3.3 Formação e regulamentação

A aprovação das duas resoluções do CFF N° 585 e N°586, regulamentando as atribuições clínicas do profissional farmacêutico, dentre elas a prescrição farmacêutica, ainda não são de total domínio das participantes. Também há a falta de informação ou de esclarecimento acerca do tipo de especialização que se deve ter para estar apto a prescrever. O grupo chamou a atenção ao fato de que cada profissional, de acordo com a sua experiência de vida, possui um grau de conhecimento e segurança para exercer esta atividade. Observou-se, por meio dos diálogos, que ainda existem muitas divergências e questionamentos sobre este assunto, mas é unânime a posição de que se deva ter uma especialização capacitando e assegurando a qualidade da prescrição farmacêutica e que ter uma regulamentação para isso seria muito benéfico para a profissão.

Historicamente no Brasil, um indivíduo acessa uma farmácia e adquire um medicamento apenas solicitando uma indicação ao farmacêutico ou ao auxiliar de farmácia. Essa prática está inserida culturalmente na sociedade brasileira fazendo com que, muitas vezes, medicamentos que deveriam ser dispensados apenas com prescrição sejam vendidos de forma livre, sem a apresentação da receita. Para alguns, a prática da indicação de MIPs será regulamentada com o ato de prescrição farmacêutica. A partir das regulamentações, esse ato deverá ser documentado a fim de proteger o profissional e o paciente. E essa foi, durante a realização do grupo, a percepção das participantes como pode ser analisada nas falas que se seguem.

(...)“mas eu acredito que precisa de toda essa parte mesmo de formação que a gente não tem né.”(...)

(...) “Para a gente se especializar, entender mais para valorizarem mais a profissão e mais por esse sentido também, se tu colocar no papel o que está orientando, tudo que tu falou pra e ele e acontecer da pessoa acabar internando, alguma coisa assim, e usou tudo errado, porque não entendeu direito, se tu bota escrito já é mais fácil à compreensão assim, do que foi dito realmente. Mas tem que ter um pouco de estudo assim, sabe, tem que ter um pouco mais de conhecimento clínico. (...)”

Em determinados momentos também ocorre uma confusão entre prescrever e realizar diagnóstico. Deve-se ressaltar que a resolução do CFF não se refere a realização de diagnóstico, pois essa atividade é privativa de médicos e odontólogos. Também foi apontado que o curso de Farmácia não possibilita aos alunos a vivência fora da sala de aula, o contato com o paciente e a consolidação do que foi aprendido. Aplicar os conhecimentos adquiridos em hospitais universitários/escola, no decorrer da formação, facilitaria as atividades, pois insere rotinas ao futuro profissional desde o meio acadêmico, fazendo com que a cultura de trabalho multidisciplinar seja exercitada pelos estudantes.

Logo, as instituições formadoras deveriam se aproximar mais da atenção primária, principalmente, para aumentar a troca de conhecimento e atualização dos profissionais que ali atuam, além de proporcionar aos acadêmicos a vivência das atividades atuais do profissional farmacêutico. Este ponto foi identificado como uma carência da grade curricular dos cursos de Farmácia.

Corroborando com a percepção das participantes, o estudo de Monteguti e Diehl (2016), que avaliou os projetos pedagógicos de Farmácia da região sul, percebeu que existem cursos que apresentam estágios apenas no final do curso, outros que oferecem estágios mais na área de análises clínicas que na área de assistência farmacêutica e que a aproximação das universidades com o setor público ainda é incipiente em sua grande maioria.

Confirmando a análise anterior, as farmacêuticas destacaram que, ao chegarem ao mercado de trabalho, não haviam adquirido os conhecimentos básicos para um atendimento ao paciente, sentindo-se inseguras para isso devido à falta de prática e de conhecimento durante a graduação. As três participantes admitiram que a mudança no currículo do curso de

Farmácia com a inclusão de disciplinas que insiram a atenção primária, secundária e terciária é fundamental para o desenvolvimento deste serviço farmacêutico.

A estudante, em suas falas, assegurou que, com a nova mudança no currículo, sente-se mais preparada com relação ao contato com o paciente, mas que ainda sente falta de mais períodos em que possa aplicar o conhecimento adquirido ao longo dos 10 semestres da graduação. O processo de mudança na formação ocorreu, mesmo que timidamente, mas certamente os profissionais que entram no mercado hoje são diferentes daqueles que cursaram Farmácia com habilitação nas áreas de atuação como análises clínicas, indústria de medicamentos e alimentos, ainda que sejam necessários ajustes a serem realizados, como observado nos estudos mencionados. A formação generalista, introduzia nos currículos dos cursos de Farmácia a partir de 2002, mostra-se como uma alteração não só de conceito, mas de estrutura e filosofia da formação do profissional farmacêutico, com ênfase às questões sanitárias e sociais. (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Outro tópico discutido no grupo focal foi sobre o ato de prescrever. A partir da regulamentação e fiscalização da obrigatoriedade da presença de farmacêuticos durante o tempo integral de funcionamento das farmácias internas de hospitais, farmácias e drogarias, os profissionais que migravam para essa área adquiriam a maior parte de seus conhecimentos na prática. Com a adoção das resoluções do CFF, surge a demanda formal por qualificações que devem ser exigidas para atuação na área. As falas a seguir ilustram a preocupação das participantes com a regulamentação da prática.

(...) “Bom, eu acho que ter uma legislação específica também ajudaria bastante para respaldar todas as atividades.” (...)

(...) “E até nas próprias resoluções, tem uma parte que se tu tem uma formação de especialista em farmácia clínica, tu tem mais algumas atribuições que tu consegue fazer encaminhamentos, algumas outras atividades tu pode incluir no teu hall, se tu tiver uma formação específica na área.” (...)

(...) “Acho que seria bem bom ter uma legislação.”

Em contrapartida, as resoluções do CFF tratam apenas da regulamentação da atribuição do farmacêutico com a área clínica, mas não menciona como os farmacêuticos serão “autorizados” a realizar essa prática. Há, no senso comum, a ideia de que estando formado por uma instituição de ensino superior, automaticamente, o farmacêutico estaria habilitado a exercer atividades clínicas como a prescrição. O debate inclui sugestões como a realização de um exame de ordem, como acontece com advogados no Brasil.

Cabe mencionar que, nos países nos quais a prescrição farmacêutica é regulamentada, foram adotados critérios para selecionar profissionais que realizariam essa atividade. Na revisão narrativa realizada por Kops (2015), é mencionado como isso ocorre no Reino Unido, onde, desde 2006, o farmacêutico que desejar prescrever deve completar um programa de formação e educação credenciado, que compreende pelo menos 26 dias de ensino, com um adicional de 12 dias de aprendizagem em prática supervisionada por um médico preceptor. Esse ponto ainda não está completamente esgotado nos debates sobre prescrição, mas acredita-se que seja imperativo regularizar para evitar distorções na prática profissional.

3.4 Experiência em clínica

As participantes foram estimuladas para falassem sobre a sua formação e áreas de atuação das farmacêuticas. As resoluções do CFF tratam das atribuições clínicas dos farmacêuticos. Anteriormente já foi mencionado que a relação entre farmacêutico e paciente chegou ao Brasil com a denominação de “atenção farmacêutica”. Contudo, com o amadurecimento das práticas clínicas, tanto no Brasil quanto no exterior, novas denominações e escopo foram surgindo e sendo incorporadas às atribuições clínicas. A RDC nº 44/2009, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, é a primeira legislação sanitária a adotar o termo “serviços farmacêuticos” e relacionar quais são esses serviços, que nesse caso inclui a medição de temperatura corporal, pressão arterial, glicemia periférica, aplicação de medicamentos, entre outros. (BRASIL, 2009).

Correr *et al.* (2012) publicaram revisões sistemáticas com o objetivo de descrever os serviços farmacêuticos clínicos e seus principais componentes. Os autores agruparam esses serviços em oito categorias que envolvem desde atividades de aconselhamento para promover o uso correto e práticas de autocuidado, adesão à terapia e até fornecimento de informações à equipe de saúde sem contato direto com o médico.

Neste estudo, as participantes concordaram que o atendimento clínico ao paciente ainda é um exercício diário do profissional. Este que está em fase de reconquista de seu espaço no mercado, rerepresenta os seus serviços de saúde à população.

(...) “Um exemplo bom que eu tenho para dar, assim, a gente começou a trabalhar, o que? Fim do ano passado para qualificar o programa de diabetes, então o município fornece as fitas e os aparelhos de HGT.2 Sempre era problema, a enfermagem fazia a distribuição para as pessoas cadastradas e coisa e tal e sempre faltava, dava problema e o aparelho estragava e a pessoa estava toda descompensada.

A gente recebeu um treinamento da empresa, para usar o glicosímetro e foi feito/montado um material de orientação de como aplicar a insulina, cuidados com a insulina, vários outros cuidados.

Quando é feita a entrega do glicosímetro é o farmacêutico que faz.(...) A gente marca com a pessoa e faz a entrega do aparelho, explica tem até algumas coisas de orientação de alimentação, tem material pronto, de uso do glicosímetro, de aplicação da insulina então tem todo um atendimento individual.

Isso deu uma boa diferença, os aparelhos não estragam mais, não somem mais as fitas, a gente consegue dar um aproveitamento maior do recurso e a pessoa se sente com cuidado muito maior.” (...)

Independente dos conceitos introduzidos ao longo do tempo no mundo inteiro, o Consenso de Atenção Farmacêutica (IVAMA *et al.*, 2002) já destacava que a prática da atenção farmacêutica envolve a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico. Na revisão de Correr *et al.* (2013), uma das categorias relacionadas são os “serviços que se organizam como programas estruturados de detecção, prevenção ou controle de fatores de risco específicos”, os quais se pode classificar a atividade descrita pela participante anterior.

Uma preocupação recorrente entre os farmacêuticos, especialmente entre os hospitalares, é que se considere a formação em clínica a partir da prática. Alguns autores postulam que uma atuação profissional requer conhecimento, empenho e responsabilidade e que é fruto da formação acadêmica e da vivência profissional conquistada cotidianamente. A experiência adquirida com a prática clínica é indiscutivelmente uma formação para os farmacêuticos que já a aplicam no seu dia a dia, tornando mais natural a aproximação com o paciente. (IVAMA, 2002).

Nesse sentido, o que se pode depreender desse momento da profissão e da formação é que os profissionais têm a prática consolidada e requerem uma formação teórica, enquanto que os recém-formados se ressentem pela falta do treinamento prático, causando insegurança para enfrentar o mercado de trabalho. Certamente, o amadurecimento deste

processo há de sanar a maior parte dessa dicotomia entre prática e teoria, especialmente se a aproximação entre a academia e o serviço se tornarem mais regulares.

3.5 Valorização profissional

O tema sobre a valorização profissional emergiu quando às participantes foram questionadas a respeito da necessidade, ou não, de existir uma legislação sanitária a respeito da prescrição farmacêutica e também quando questionadas se a prescrição farmacêutica seria um diferencial para o profissional. As participantes do grupo focal consideraram que a valorização do profissional farmacêutico, por sua atividade clínica em farmácias comunitárias ou hospitalares, está diretamente ligada à postura do profissional. Este deve manter uma postura proativa, estar disponível para o colaborador e para o paciente, ter iniciativa para alcançar os objetivos junto à equipe de trabalho. Ainda, deve estar disposto a melhorar sempre sua participação na equipe, mantendo e contribuindo para a transformação das “drogarias” em “farmácias como estabelecimentos de saúde”.

Quando o farmacêutico se destaca nos serviços farmacêuticos e na relação com a equipe de trabalho, o seu serviço é mais requisitado e melhor visto por toda a comunidade. Isso foi ressaltado nas falas das participantes, quando foram estimuladas a falar sobre a valorização profissional e sua importância.

“Eu acho que sim sabe, na verdade, eu vejo que agora está tendo um respeito maior pelo farmacêutico.

Na drogaria eles estão buscando bastante. Se a pessoa começa a gostar do teu atendimento e da orientação.

Era bastante requisitada e gostava de trabalhar na drogaria por isso, me sentia bastante valorizada. Lá dentro eles tinham necessidade, não só o cliente como os trabalhadores no caso os atendentes, tinha muitas situações de eu estar de folga e eles me ligarem, não tinha a farmacêutica e eles me ligavam e diziam, está acontecendo tal situação, o que a gente faz, sabe? Posso liberar, não posso liberar essa receita né? Me ligavam bastante.

*Então eles buscavam bastante, nossa tu cria vínculo com alguns clientes que vão seguido. Mas acho que eles iam/ já está tendo um reconhecimento.
Eu vi que tem essa necessidade né, até mesmo na farmácia os gerentes, dependendo de como tu age eles valorizam a presença de estar ali.
Acho que prescrevendo, tendo um ambulatório, Vá, a gente ia ganhar muito mais respeito em relação a tudo né e as pessoas perguntam de medir pressão e ficam chocadas que não é toda farmácia que tem um ambulatório para ter o básico, dos sinais clínicos né HGT, tudo, eles ficam bem chocados de não ter um ambulatório que a gente possa realmente dar um auxílio pra eles.
Eu vi que atualmente eles estão valorizando bastante, depois que foi obrigatório que tivesse mesmo um farmacêutico ajudou muito né. “*

Kops (2015), em sua revisão, sistematizou benefícios e limitações percebidas por farmacêuticos da Austrália e Reino Unido para aderirem à prescrição farmacêutica, sendo que entre os benéficos aparece valorização profissional, reconhecimento da comunidade e elevação o status do profissional. Percebe-se que as preocupações de farmacêuticos de vários países se assemelham com as dos profissionais brasileiros. E de fato, é possível inferir que atividades clínicas, nas quais o farmacêutico contribua diretamente com desfechos positivos para a saúde do paciente, podem contribuir para o reconhecimento profissional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção de farmacêuticos brasileiros sobre a prescrição farmacêutica e atividades clínicas regulamentadas pelas resoluções do CFF nº 585 e 586 ainda não foi muito estudada. Logo, o presente estudo é limitado por caracterizar-se em um relato de caso no qual participaram apenas duas farmacêuticas e uma estudante de Farmácia. Entretanto, estudos de caso podem ser úteis para oferecer novas perspectivas de estudos mais estruturados.

Assim sendo, percebeu-se que as participantes deste estudo conhecem ou conheceram superficialmente o conteúdo das resoluções do CFF, provavelmente por estarem atuando na área, o que facilita o farmacêutico conhecer mais profundamente as resoluções.

Também é possível concluir que os farmacêuticos esperam que haja regulamentação sobre a prescrição farmacêutica, pois acreditam que isso evita distorções da atividade.

O ensino farmacêutico avançou para a formação mais voltada para a atuação clínica, mas ainda carece de aproximação com o serviço de saúde e de mais treinamento prático que auxiliem na diminuição da insegurança dos profissionais recém-formados. Eles se preocupam que sua prática clínica seja reconhecida e acreditam que essas atividades valorizam o profissional perante a sociedade e os auxiliares com quem trabalham. Essas percepções se correlacionam com as de farmacêuticos de outros países.

Por último, acredita-se que, nos últimos anos, juntamente com a reforma do currículo dos cursos de Farmácia ocorrida no Brasil, as barreiras que afastavam o farmacêutico das demais profissões da saúde têm sido minimizadas. Ainda, infere-se que a compreensão sobre a necessidade de agregar o farmacêutico ao sistema de saúde como sugere a OMS, é concreta e não somente o ideal de um grupo de profissionais, já que ao se limitar a atenção à saúde a um único profissional tornam os sistemas de saúde inviáveis por conta do crescimento e envelhecimento populacional.

REFERÊNCIAS

Anderson C *et al.* The WHO UNESCO FIP pharmacy education taskforce. **Human Resources for Health**, v. 7, n. 1, p. 45, 2009.

Brasil. **Lei no 5.991**, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio sanitário de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 dez. 1973, p. 13049.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 10 dez. 1998. Seção 1, p. 18.

_____. **Resolução nº 44** de 17 de agosto de 2009 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do

funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-44-2009>>. Acesso em 25 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Farmácia (CFF1). **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 585**, de 29 de agosto de 2013. Ementa: Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União de 05 de setembro de 2013, Seção 1, p. 90. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em 25 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Farmácia (CFF2). **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 586**, de 29 de agosto de 2013. Ementa: Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Diário Oficial da União de 25/09/2013, Seção 1, página 186. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>>. Acesso em 25 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.021**, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União de 11 de agosto de 2014 - Edição extra

Cope LC, Abuzour AS & Tully MP. Nonmedical prescribing: where are we now? **Therapeutic advances in drug safety**, v. 7, n. 4, p. 165-172, 29 abr. 2016

Conselho Federal de Farmácia. **Resolução no 357**. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Pharm Bras, 2001; v. 25, p. 5-12.

_____. **Resolução nº 585** de 29/08/ 2013. Ementa: Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União de 05/09/2013, Seção 1, página 90. / **Resolução nº 586** de 29/08/2013. Ementa: Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Diário Oficial da União de 25/09/2013, Seção 1, página 186.

_____. **Juiz indefere pleito do CFM contra as atribuições clínicas do farmacêutico**. Notícias do CFF. (2015). Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=3152>>. Acesso em: 27/06/2017

Correr CJ *et al.* **Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas?** Universidade Federal do Paraná, 2012.

Costa MP. **Padrão de dispensação de medicamentos em uma farmácia pública municipal do estado do Rio Grande do Sul**. (Dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, 2017.

Farina SS & Romano-Lieber NS. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde e sociedade**, v. 18, n. 1, 2009, p. 7-18.

Fegadolli C *et al.* A percepção de farmacêuticos acerca da possibilidade de implantação da atenção farmacêutica na prática profissional. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 12, n. 1, 2011, p. 48-57.

Hepler CD & Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp. Pharm.** v.47,1990. p.533-543.

Ivama AM *et al.* **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

Kops PN. **Revisão sobre a percepção de farmacêuticos da Austrália, Canadá e Reino Unido sobre a adoção da prescrição farmacêutica.** (2015). Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158087>>. Acesso em: 01/07/2017

Lenharo M. **Resolução que prevê prescrição de remédio por farmacêutico é publicada.** Portal de Notícias G1. SP, 25/09/2013. Disponível em:

<<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/09/resolucao-que-preve-prescricao-de-remedio-por-farmacutico-e-publicada.html>>. Acesso em: 28/06/2017.

Marin N *et al.* Assistência farmacêutica para gerentes municipais. In: **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

McCann LM *et al.* A patient perspective of pharmacist prescribing: 'crossing the specialisms- crossing the illnesses'. **Health Expectation**, v. 18, n. 1, p. 58–68, fev. 2015.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.

Monteguti BR & Diehl EE. Pharmacy education in southern brazil: preparing pharmacists for the unified health system?. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, 2016, p. 77-95.

Moraes GC. **Governança privada.** International Pharmaceutical Federation (FIP), 2014.

Munaretto LF; Corrêa, HL & Cunha, JAC. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, Jan/Mar 2013. v. 6, n. 1, p. 09-24.

Oliveira AB *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 41, n. 4, out./dez., 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde; **O papel do farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde**: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13 - 16 de dezembro de 1988 + O papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população: Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto - 3 de setembro de 1993 + Boas práticas em farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Federal de Farmácia, 2004.

Organização Mundial da Saúde. Trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Zubioli A. **Profissão farmacêutica, e agora?** Curitiba: Ed. Lovise, 1992.

ANEXOS

INSTRUÇÕES GERAIS

Todos os manuscritos devem ser originais e não publicados anteriormente. Cabe salientar que submissão simultânea implicará em sua recusa nesse periódico. As publicações em inglês e espanhol devem ser revisadas por um profissional de edição de língua estrangeira e não garantem o aceite do artigo. **O custo da revisão do texto em inglês ou espanhol é de responsabilidade dos autores que são encorajados a buscar profissionais ou empresas qualificados.**

A RBF reserva os direitos de submeter todos os manuscritos para revisores *ad hoc*, cujos nomes serão confidenciais e com autoridade para decidir a aceitação ou declínio da submissão. Nos casos de conflito de avaliações entre os pares, não se compromete a seguir com uma terceira avaliação, a decisão contará com avaliação dos pareceres pelo Conselho Editorial.

FORMA E APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A RBF aceita artigos para as seguintes seções:

Artigos originais ou de revisão (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências, e exclui o Resumo/Abstract. Máximo de 5 figuras, quadro/gráfico ou tabela): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise/revisão bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências, e exclui o Resumo/abstract. Máximo de 5 figuras, quadro/gráfico ou tabela): textos inéditos de temas previamente solicitados pelo editor (a) Chefe ou Conselho Editorial a autores/pesquisadores de reconhecida experiência no campo das Ciências Farmacêuticas, que poderão resultar em artigos resultado de pesquisa ou de revisão. Os artigos originais serão publicados com base em pareceres (*double-blind peer review*). Apenas artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, serão analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*).

Resumo de Tese de Doutorado ou Dissertações de Mestrado (até 1500 palavras, incluindo notas e referências. Máximo de 3 figuras, tabela ou quadro/gráfico): Trata-se de um Resumo ampliado de estudos acadêmicos que tenham relevância no campo das Ciências farmacêuticas. Serão aceitos os Resumos de pesquisas que tenham sido defendidas até dois anos antes da publicação da RBF. O número de Resumos não poderá ultrapassar 15%

do total de artigos apresentados por edição, e deverá contemplar as seções Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão e Conclusão de forma resumida.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

Deverá ser adotado o **Sistema Internacional (SI)** de medidas. As equações necessárias a compreensão do texto deverão ser editadas utilizando *software* compatível com o editor de texto. As variáveis deverão ser identificadas após a equação. Recomenda-se que os autores realizem a análise de regressão ou outro teste estatístico aplicável para fatores quantitativos, mas que a utilização de programas específicos para o tratamento dos dados estatísticos deve constar da seção de Metodologia.

ATENÇÃO: QUADROS/ TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS devem ter largura de no máximo 8,25 cm, com alta resolução e enviados em arquivo separado. Nesse caso, sua posição deve ser identificada no texto. CASO CONTRÁRIO, O MANUSCRITO SERÁ DEVOLVIDO AOS AUTORES, que acarretará em nova submissão.

A RBF recomenda a utilização de Referências Bibliográficas atualizada, salvo aquelas consagradas em trabalhos de autores seminais de cada área específica, ou ainda em textos que necessitam de informações históricas relevantes na compreensão da argumentação apresentada. Consideraremos atualizadas aquelas com data de publicação em periódicos indexados a pelo menos 5 anos da data de envio do manuscrito.

TODAS as correções sugeridas durante o processo de submissão deverão ser destacadas em **VERMELHO, e devolvida a comissão editorial pelo endereço: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br.**

FORMATAÇÃO DO TEXTO

Os manuscritos deverão utilizar aplicativos compatíveis com o **Microsoft Word**. Devem ser escritos em página formato A4 com margens de 2 cm, espaçamento duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, justificado. As linhas e páginas devem ser numeradas a partir do Título até a página final.

Deve-se adotar no texto apenas as **abreviações padronizadas**. Por exemplo: Kg (quilograma).

A primeira citação da abreviatura entre parênteses deve ser precedida da expressão correspondente por extenso. Por exemplo: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O **recurso de itálico** deverá ser adotado apenas para realmente destacar partes importantes do texto, como por exemplo, citações *ipsis literis* de autores consultados, partes de depoimentos, entrevistas transcritas, nomes científicos de organismos vivos e termos estrangeiros.

As ilustrações, figuras, esquemas, tabelas e gráficos deverão ser identificadas no texto, conforme apresentação desejada pelo autor, e **apresentadas em arquivo separado.**

Os manuscritos deverão seguir a seguinte estrutura:

Título: deverá ser conciso e não ultrapassar 30 palavras, informativo, digitado em negrito com letras minúsculas utilizando a fonte *Times New Roman* (tamanho 14), com exceção da primeira letra, dos nomes próprios e/ou científicos.

Autores: deverão ser adicionados a um espaço abaixo do título, centralizados, separados por vírgula. O símbolo "&" deve ser adicionado antes do último autor (Ex.: Paulo da Paz, João de Deus & Pedro Bondoso). Inserir os nomes completos dos autores, por extenso, com letras minúsculas com exceção da primeira letra de cada nome.

Afiliação do autor: cada nome de autor deverá receber um **número arábico** sobrescrito indicando a instituição na qual ele é afiliado. A lista de instituições deverá aparecer imediatamente abaixo da lista de autores. O nome do autor correspondente deverá ser identificado com um asterisco sobrescrito. O e-mail institucional, endereço completo, CEP, telefone e fax do autor correspondente deverão ser escritos no final da primeira página.

Resumo (Abstract): deverá ser escrito na **segunda página** do manuscrito, não deverá exceder 200 palavras, deverá conter informações sucintas que descrevam **objetivo da pesquisa, metodologia, discussão/resultados e a conclusão.** Os manuscritos escritos em português ou em espanhol devem ter um Resumo traduzido para o inglês (Abstract). O Abstract deve ser digitado na **terceira página** do manuscrito e deve ser revisado por um profissional de edição de língua inglesa. **Os manuscritos em inglês deverão apresentar um Resumo em português.**

Palavras-chave (Keywords): são fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitas entre 3 e 5 palavras-chave. Após a seleção, sua existência em português e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor (es) do manuscrito no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - Bireme). As palavras-chave (Keywords) deverão ser separadas por **vírgula** e a **primeira letra** de cada palavra-chave deverá maiúscula.

Introdução: Situa o leitor quanto ao tema que será abordado e apresenta o problema de estudo, destaca sua importância e lacunas de conhecimento (justificativa da investigação), e inclui ainda os **objetivos** (geral e específico) a que se destina discutir.

Metodologia ou Percorso Metodológico: Nessa seção o autor (es) deve (m) apresentar o percurso metodológico utilizado que apresente o tipo de estudo (se qualitativo ou quantitativo), de base empírica, experimental ou de revisão de forma que identifique a natureza/tipo do estudo. São fundamentais os dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção (inclusão e exclusão) e cálculo amostral. Nos casos de pesquisa experimental cabe a identificação do material, métodos, equipamentos, procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados. Na apresentação do tratamento estatístico/categorização dos dados cabe informar a técnica ou programa utilizado no tratamento e análise. Nos casos de investigação com humanos ou animais cabe informar a data e o número do protocolo da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Quanto ao estudo de espécies vegetais deve ter a indicação do seu local de coleta (dados de GPS), o país de origem, o responsável pela identificação da espécie e o depósito da exsicata.

Resultados e Discussão: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações (figuras, quadros e tabelas) quando necessário. Deve-se comparar com informações da literatura sobre o tema ressaltando-se aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas. Nessa seção cabe a análise e discussão crítica da pesquisa.

Conclusões: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo.

Agradecimentos: opcional e deverá aparecer antes das referências.

Figuras, Quadro/Tabelas ou Gráficos: Todas as ilustrações devem apresentar um título breve na parte superior e numerada consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no manuscrito e a legenda com fonte em Times New Roman, tamanho 12, justificado e com largura máxima de 8,25 cm.

As Tabelas devem apresentar dados numéricos como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, com os seus respectivos símbolos. **Se houver ilustração extraída de outra fonte, publicada ou não, a fonte original deve ser mencionada abaixo da tabela.** Não é permitida a utilização de Figura, gráfico, quadro/tabela publicada em outro periódico **sem antes pedir autorização prévia dos autores e/ou da revista.**

Qualquer uma dessas ilustrações com baixa resolução poderá ser excluída durante o processo de diagramação da RBF, ou ainda comprometer o aceite do manuscrito.

As fotos deverão garantir o anonimato de qualquer indivíduo que nela constar. Caso os autores queiram apresentar fotos com identificação pessoal, deverão apresentar permissão específica e escrita para a publicação das mesmas.

Referências: As citações bibliográficas deverão ser adotadas de acordo com as exigências da RBF. Citação no texto, usar o sobrenome e ano: Lopes (2005) ou (Lopes, 2005); para dois autores (Souza & Scapim, 2005); três autores (Lima, Pereira & Silva, 2008), para mais do que quatro autores, utilizar o primeiro autor seguido por *et al.* (Wayner *et al.*, 2007), porém na lista de referências deverão aparecer ordenadas alfabeticamente pelo **sobrenome do primeiro autor**. A citação de mais que uma referência por parágrafo requer a ordenação em ordem decrescente cronológica e cada grupo de autores separados por "ponto e vírgula". Por exemplo: (Gomes & Souza, 2012; Mendez, 2010; Lima, Pereira & Silva, 2008).

A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Os exemplos de referências citados abaixo foram adaptados, em sua maioria, do documento original da ABNT (NBR 6023, agosto de 2002).

a) Artigos de periódicos:

A abreviatura do periódico deverá ser utilizada, em itálico, definida no Chemical Abstracts Service Source Index (<http://www.cas.org/sent.html>) ou na Base de dados PubMed, da US National Library of Medicine (<http://www.pubmed.gov>), selecionando Journals Database. Caso a abreviatura autorizada de um determinado periódico não puder ser localizada, deve-se citar o título completo. Autor (es)*. *Título do periódico em itálico*, volume (a indicação do fascículo é entre parênteses): páginas inicial - final do artigo, ano de publicação.

Galato D & Angeloni L. A farmácia como estabelecimento de saúde sob o ponto de vista do usuário de medicamentos. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

Fonseca VM, Longobuco P, Guimarães EF, Moreira DL, Kaplan MAC. Um teste do formato de nome. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

b) Livros:

Com 1 autor

Autor. Título. Edição (a partir da 2ª). Cidade: Editora, ano de publicação. Número total de páginas.
Casciato DA. Manual de oncologia clínica. São Paulo: Tecmed, 2008. 1136 p.

Com 2 autores

Lakatos EM & Marconi MA. Metodologia científica. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 231 p.

Com autoria corporativa

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: O farmacêutico de que o Brasil necessita (Relatório Final). Brasília, DF, 2008. 68p.

Capítulos de livros (o autor do capítulo citado é também autor da obra):

Autor (es) da obra. Título do capítulo. *In:* _____. Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.

Rang HP, Dale MM & RITTER JM. *In:* Quimioterapia do câncer. Farmacologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. cap. 50, p. 789-809.

Capítulos de livros (o autor do capítulo citado não é o autor da obra):

Autor (es) do capítulo. Título da parte referenciada. *In:* Autor (es) da obra (ou editor) Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.
Schenkel EP, Gosmann G & Petrovick PR. Produtos de origem vegetal e o desenvolvimento de medicamentos. *In:* Simões CMO. (Org.). Farmacognosia: da planta ao medicamento. 5. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC, 2003. cap. 15, p. 371-400.

Citação indireta

Utiliza-se *apud* (citado por) nas citações que foram transcritas de uma obra de um determinado autor, mas que na verdade pertence a outro autor.

Helper CD & Strant LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* 47: 533-543, 1990. *Apud* Bisson MP. Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica. 2. ed. Barueri: Manole, 2007. p. 3-9.

c) Teses, Dissertações e demais trabalhos acadêmicos:

Autor. *Título* (inclui subtítulo se houver). Ano. Cidade. Total de páginas. Tipo (Grau), Instituição (Faculdade e Universidade) onde foi defendida.

Sampaio IR. *Etnofarmacologia e toxicologia de espécies das famílias Araceae e Euphorbiaceae*. 2008. Rio de Janeiro. 45 p. Monografia (Especialização em Farmacologia), Associação Brasileira de Farmacêuticos. Rio de Janeiro.

d) Eventos científicos (Congressos, Seminários, Simpósios e outros):

Autor (es). Título do trabalho. *Nome do evento*, nº do evento. Página. Cidade. País. Ano. Marchioretto CT, Junqueira MER & Almeida ACP. Eficácia anestésica da neocaína (cloridrato de bupivacaína associada a epinefrina) na duração e intensidade da anestesia local em dorso de cobaio. *Reunião anual da SBPC*, 54, Goiânia, Brasil, 2002.

e) Patentes: Devem ser identificadas conforme modelo abaixo e na medida do possível o número do Chemical Abstracts deve ser informado.

Ichikawa M, Ogura M & Lijima T. 1986. Antiallergic flavone glycoside from *Kalanchoe pinnatum*. *Jpn. Kokai Tokkyo Koho JP 61,118,396,apud* Chemical Abstracts 105: 178423q.

f) Leis, Resoluções e demais documentos

Conforme o modelo:

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n o 44, de 17 de agosto de 2009.

g) Banco/Base de Dados

Conforme o modelo

BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>

IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=>. Acesso em: 27 ago. 2009.

h)Homepage/Website Conforme o modelo:

WHO *Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses*. 91 p. Disponível em:

<http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf>. Acesso em agosto de 2009.

Anexo B: Termo e Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo Focal

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “PERCEPÇÃO DE DUAS FARMACÊUTICAS E UMA ESTUDANTE DE FARMÁCIA SOBRE PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA: RELATO DE CASO”, que faz parte do trabalho de conclusão de curso da aluna Julihana Álvares Bosque, sob orientação da farmacêutica Dra. Tânia Alves Amador.

O objetivo da pesquisa é identificar fatores associados com a adoção da prescrição farmacêutica. Para isto será realizado um grupo focal, gravado em áudio, com duração aproximada de 60 minutos ou um pouco mais, nos quais você irá conversar sobre a sua prática profissional e a prescrição farmacêutica. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Os riscos previsíveis relacionados à sua identificação serão evitados por meio de sigilo de dados pessoais e confidenciais. A participação na pesquisa pode gerar alguns desconfortos; entre eles, expor suas ideias e contribuições em grupo e despende 60 minutos ou um pouco mais do seu tempo para a realização do grupo focal e um pouco menos para a entrevista. Mas enfatizamos que você não é obrigado (a) a participar e pode desistir a qualquer momento.

Embora não haja benefícios diretos aos participantes, considera-se um benefício indireto a reflexão sobre a prática de trabalho dos farmacêuticos e a possibilidade dos dados servirem para ações das entidades profissionais para fomentar a prática da prescrição farmacêutica.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador responsável, a professora orientadora da pesquisa, e da Comissão de Ética em Pesquisa da UFRGS, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Pesquisador Responsável: Tânia Alves
Amador Faculdade de Farmácia/UFRGS
Fone: +55 51 3308-5305
UFRGS/ Comitê de Ética em Pesquisa da
UFRGS Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar - Porto
Alegre/RS CEP: 90040-060
Fone: +55 51 3308 3738
E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

Eu, (nome do participante da pesquisa), declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura do pesquisador)

Cidade, ____ de _____ de 2017.