

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

**REVISÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DE FARMACÊUTICOS DA AUSTRÁLIA, CANADÁ E
REINO UNIDO SOBRE A ADOÇÃO DA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA.**

Priscila Nunes Kops

Porto Alegre, novembro de 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

**REVISÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DE FARMACÊUTICOS DA AUSTRÁLIA, CANADÁ E
REINO UNIDO SOBRE A ADOÇÃO 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.

Professor Orientador: Tânia Alves Amador

Co-orientador: Camila Zimmer da Silva

Porto Alegre, novembro de 2015.

Apresentação

Este artigo foi elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Farmácia (Anexo I) 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.

Resumo:

O objetivo do artigo é apresentar revisão de pesquisas quantitativas e qualitativas conduzidas na Austrália, Canadá e Reino Unido acerca das percepções de farmacêuticos sobre a adoção da prescrição farmacêutica. Admitiram-se artigos publicados no período 2005 a 2015, nos idiomas inglês, português e espanhol. Nas bases que admitiam o recurso, filtrou-se “humanos”. Na primeira busca foram encontrados 377 artigos, que, após a aplicação de critérios de exclusão, resultou em 12 artigos para compor a revisão. Foram incluídos três estudos do Canadá, quatro da Austrália e cinco do Reino Unido. De maneira geral e apesar das dificuldades de implementação os farmacêuticos desses países são favoráveis à prescrição farmacêutica, porém as preferências por modelo de prescrição variam em relação à área em que eles atuam como p. ex., farmácia comunitária e hospital. Os farmacêuticos acreditam que a prescrição farmacêutica aumenta a satisfação no trabalho, eleva o *status* da profissão e melhora a utilização de habilidades, que geralmente são subutilizadas. Em conclusão, acredita-se que estudos brasileiros, semelhantes aos conduzidos nesses países, devam ser planejados, para conhecer a percepção dos farmacêuticos sobre a prescrição farmacêutica.

Palavras-chave: farmacêutico; prescrição; conhecimentos; práticas; atitudes

Abstract:

The aim of the paper is to present review of quantitative and qualitative research conducted in Australia, Canada and the UK about the pharmacist's perceptions about adoption prescription. We admit articles published between 2005 to 2015, in English, Portuguese and Spanish. On the basis that admitted the filtered resource "human". In the first search identified 377 articles, which, after applying the exclusion criteria, resulted in 12 to compose the review articles. Three studies from Canada, four from Australia and five from the UK were included. In general and despite the difficulties in implementing the pharmaceutical, these countries are in favor of prescription pharmaceuticals, but preferences for prescription model vary in relation to the area where they act as p. eg., community pharmacy and hospital. Pharmacists believe that prescription pharmaceuticals increases job satisfaction, raises the status of the profession and improve the use of skills, which are generally underused. In conclusion, it is believed that Brazilian studies, similar to those conducted in these countries, should be planned to meet the perception of pharmacists on prescription pharmaceuticals.

Keywords: pharmacists; prescribing; knowledge; practices; attitudes

REVISÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DE FARMACÊUTICOS DA AUSTRÁLIA, CANADÁ E REINO UNIDO SOBRE A ADOÇÃO DA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA.

Priscila Nunes Kops¹, Camila Zimmer da Silva^{1,2} & Tânia Alves Amador*^{1,3}

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

²Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

³Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

*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

Introdução

O Conselho Federal de Farmácia (CFF), órgão que, segundo a legislação em vigor é responsável por fiscalizar as atividades profissionais, “zelando pela integridade e disciplina profissional em favor do interesse geral da sociedade”, aprovou duas resoluções (nº 585 e 586 de 2013) que dizem respeito às atribuições emergentes da profissão, no caso a prescrição farmacêutica e as atividades clínicas, muitas destas desenvolvidas em atividades de farmácia hospitalar (CFF_{a,b}, 2013).

Respectivamente, O CFF definiu que as atribuições clínicas do farmacêutico têm por objetivo “proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e potencializar a farmacoterapia”. O resultado final que se almeja com esse cuidado é proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas acometidas por problemas de saúde. Com essas atribuições, o farmacêutico deve fornecer cuidados de saúde em todos os lugares e níveis de atenção, seja em serviços públicos ou privados.

A prescrição farmacêutica não é uma exclusividade brasileira, ao contrário, sistemas de saúde melhor estruturados, tais como do Reino Unido, Canadá e Austrália, têm expandido a prescrição aos farmacêuticos.

Farmacêuticos no Reino Unido, EUA e outros países, por exemplo, passaram a possuir privilégios de prescrição. Com essa ferramenta adicional conseguem, portanto, melhorar os resultados dos pacientes a partir do acesso aos medicamentos (Guirguis *et al.*, 2014). Em todo o mundo, três principais modelos de prescrição farmacêutica têm sido descritas: a prescrição dependente, a prescrição colaborativa e a prescrição independente. A prescrição independente ocorre quando o prescritor é o único responsável pela avaliação, diagnóstico e gestão clínica do paciente e requer níveis legalmente definidos de conhecimento e habilidade, que normalmente são monitorados através de um processo de licenciamento. A prescrição dependente incorpora com mais restrição as atividades de prescrição, através de protocolos ou formulários. A prescrição por protocolo é a forma mais comum de prescrição dependente e é definida como a “delegação de autoridade de um prescritor independente, geralmente um médico, envolvendo um acordo formal”. A prescrição colaborativa requer uma relação de cooperativa, entre o farmacêutico e o médico ou uma equipe de saúde, com autoridade legal para prescrever medicamentos (Emmertson *et al.*, 2005).

Em abril de 2007, Alberta tornou-se a primeira jurisdição canadense a garantir a prescrição farmacêutica em casos específicos (Makowski, 2013). A partir desta data, os farmacêuticos em

Alberta podem realizar três tipos de prescrição: adaptação de uma prescrição, prescrição em caso de emergência e prescrição inicial no acesso de medicamentos ou para orientar a terapêutica em curso, quando possuïrem a Autorização de Prescrição Adicional (APA) (MacLeod-Glover, 2011). Adaptar uma prescrição existente é uma forma de prescrição dependente, assim os farmacêuticos podem fazer alterações em uma receita com base no peso, a função do órgão ou idade, substituir um medicamento dentro da mesma classe terapêutica ou emitir uma receita para a continuidade dos cuidados. Prescrever no acesso inicial ao medicamento ou orientar a terapêutica em curso é uma forma de prescrição independente, cujos farmacêuticos são responsáveis por decisões de prescrição, mesmo que trabalhem em colaboração com outros membros da equipe de saúde. Prescrição em caso de emergência é também uma forma de prescrição independente utilizada quando não for razoavelmente possível ver outro médico e há necessidade imediata de terapia medicamentosa, como quando um asmático exige acesso imediato a albuterol (salbutamol) (Emmerton *et al.*, 2005).

Os britânicos vivenciaram muitas práticas diferenciadas e estenderam os serviços de saúde, testes de diagnóstico e intervenções de saúde pública a outros profissionais não médicos. Contudo, a introdução da prescrição para farmacêuticos, deve ter sido a mais significativa. Desde 2003, os farmacêuticos britânicos foram habilitados para treinar e praticar a prescrição, inicialmente como prescritores suplementares e, em 2006, independentemente (Cooper *et al.*, 2008).

Na Austrália, os farmacêuticos podem prescrever apenas medicamentos disponíveis sob as formas de “venda livre” ou “isentos de prescrição médica” (comparando ao modelo brasileiro de registro), em farmácias comunitárias (farmácias comerciais). Também lhes é permitido continuar o fornecimento de medicamentos prescritos apenas com base nos sistemas “emergency supply” and “repeat prescription”, que em tradução livre podemos denominar de “suplementação de emergência” e “transcrição de prescrição”. O sistema de transcrição de prescrição permite que os farmacêuticos repitam prescrições iniciais dos médicos, que em geral são mensais por até doze meses, dependendo do medicamento e quando autorizados pelo médico (Hoti *et al.*, 2011).

Como ainda não existem registros consistentes sobre a percepção dos farmacêuticos brasileiros em relação a essas recentes atribuições, o presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão para identificar e caracterizar as percepções dos farmacêuticos pertencentes a países em que a legislação que aprova a prescrição farmacêutica já tenha sido adotada na prática, como é o caso da Austrália, Canadá e Reino Unido.

Materiais e Métodos

Estratégia de busca dos artigos

Trata-se de revisão narrativa descritiva, tradicionalmente nomeada de revisão de literatura. A localização dos artigos científicos foi realizada por meio das bases de dados *Scielo*, *PubMed* e *Science Direct*. Além do uso das bases de dados isoladamente, também utilizou-se a interface de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME). A busca para identificar os estudos iniciou-se com uma revisão mais ampla da literatura, uma vez que o tema é recente e o intuito era analisar o conhecimento científico já produzido sobre o tema analisado. Com isso, a busca baseou-se inicialmente a partir da pergunta norteadora eleita pelas pesquisadoras: “Qual o status da prescrição farmacêutica no mundo?”. A pesquisa nas bases de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2015 utilizando-se primeiramente os descritores em Ciências da Saúde (DeCs) individualmente para testar a sensibilidade. Após feito isso, chegou-se à seguinte combinação: “Pharmaceutical services and Pharmacists Prescribing NOT medical” nas bases de dados PubMed e BIREME; “Pharmaceutical services and Pharmacists Prescribing AND NOT medical” na base de dados *Science Direct* e, por fim, “Prescrição AND farmacêutica” na base de dados *Scielo*. Independente da base utilizada refinou-se a pesquisa para um período de 10 anos (2005 a 2015), para os idiomas inglês, português e espanhol e o modelo de pesquisa somente em humanos, nas bases de dados que ofereciam esse recurso.

Método da Revisão

A pesquisadora principal, de forma independente, realizou a busca de artigos nas bases de dados citadas. A partir do título e do resumo do artigo, os estudos que se encontravam dentro dos critérios de inclusão e eram pertinentes à questão norteadora foram pré-selecionados. Após isso, os títulos e resumos dos estudos foram novamente analisados pela pesquisadora principal e realizou-se uma nova seleção para os estudos, devido à diversidade de subtemas que se encontravam dentro do tema central da pergunta norteadora. Com isso, optou-se por selecionar o subtema mais frequente encontrado nos artigos pré-selecionados, com o intuito de que a posterior análise fosse mais precisa. Finalmente, caso houvesse dúvidas sobre a inclusão ou não de algum artigo, a tomada de decisão era discutida entre as autoras desta revisão.

Critérios de elegibilidade dos artigos

Estudos que analisassem prescrições médicas por farmacêuticos, de utilização de medicamentos, de intervenções farmacêuticas, de prescrições contendo outros profissionais da área da saúde, de adesão ao tratamento, que não estivessem disponíveis na íntegra, que fossem de um idioma divergente do requerido, que não seguissem o método qualitativo ou quantitativo, que tratavam da opinião de outros profissionais da saúde sobre a prescrição farmacêutica, que eram pertencentes a países onde a prescrição farmacêutica ainda não tenha sido aprovada pela legislação e que foram publicados anteriormente ao ano de 2005 foram excluídos. Por outro lado, os artigos que tratavam da opinião somente de farmacêuticos sobre a prescrição farmacêutica e não se encontravam dentro dos critérios de exclusão foram incluídos na revisão.

Extração dos dados

Após discussão entre as pesquisadoras sobre os artigos incluídos na revisão e suas leituras completas, foi criado um banco de dados no programa *Excel* (Microsoft Corp., Estados Unidos) para gerenciar as informações dos artigos. Os estudos foram avaliados pela generalização no contexto do estudo e pelas suas expostas limitações. Foram coletadas e registradas as seguintes informações de cada artigo separadamente: título, ano de publicação, autores, periódico, país, idioma, objetivos, método, delineamento, número de participantes, critérios de inclusão dos participantes, perguntas realizadas pelos autores, respostas obtidas pelos autores, local de trabalho e moradia dos participantes e discussão e conclusão sintetizada do trabalho.

Resultados e Discussão

Caracterização das publicações e heterogeneidade dos artigos selecionados

Foram encontrados 377 estudos por meio de busca nas bases de dados eletrônicas. Desses artigos, 297 foram encontrados na base de dados *PubMed*, 13 na base de dados *Science Direct*, 30 na interface Bireme e 37 na base de dados *Scielo*. Após leitura de seus respectivos títulos e resumos, 54 artigos foram pré-selecionados, uma vez que se encontravam dentro dos critérios de inclusão propostos inicialmente. Cinquenta desses estudos eram provenientes da base de dados *PubMed*, três da interface Bireme e um da base eletrônica *Science Direct*, contudo um desses artigos era duplicata da base *PubMed*, portanto 53 estudos foram pré-selecionados. O motivo da exclusão de cada artigo foi identificado em cada base de dados separadamente. Da base de dados *PubMed*, foram excluídos 247 artigos pois 38,9% dos resultados se tratavam de estudos de intervenção farmacêutica; 45,3% dos resultados não reportavam a prescrição do farmacêutico (somente de outros profissionais da área da saúde); 9,3% dos resultados eram estudos sobre utilização de medicamentos; 2,4% estavam disponíveis na íntegra em idiomas não refinados na busca e 0,4% se tratava da importância de farmacêuticos hospitalares. Já na base de dados *Science Direct*, foram excluídos 12 artigos. Desses, 50% eram estudos de intervenção farmacêutica; 33,3% não reportavam a prescrição farmacêutica em si e 16,7% se encontravam em um idioma não incluído nos critérios de inclusão. Da interface Bireme, foram excluídos 27 artigos. Dos estudos, 33,3% se tratavam de intervenção farmacêutica; 55,5% não reportavam a prescrição do farmacêutico; 7,4% dos estudos se tratavam da importância de farmacêuticos hospitalares e um estudo (3,7%) estava em duplicata. Da base de dados *Scielo*, nenhum dos 37 estudos encontrados foi pré-selecionado. Desses, 70,3% não reportavam a prescrição do farmacêutico em si; 16,2% eram estudos de intervenção farmacêutica; 5,4% eram relacionados ao uso de medicamentos e 2,7% relacionado à utilidade de farmacêuticos hospitalares.

Os 53 artigos pré-selecionados foram novamente analisados e quarenta estudos foram excluídos, uma vez que os critérios de exclusão foram atualizados e aplicados e as duplicatas excluídas. Com isso, a amostra final desta revisão é constituída por doze (12) artigos científicos, sendo onze (11) provenientes da base de dados *PubMed* e um (1) proveniente da interface Bireme. A Figura 1 sintetiza os passos até o número final de artigos incluídos nesta revisão.

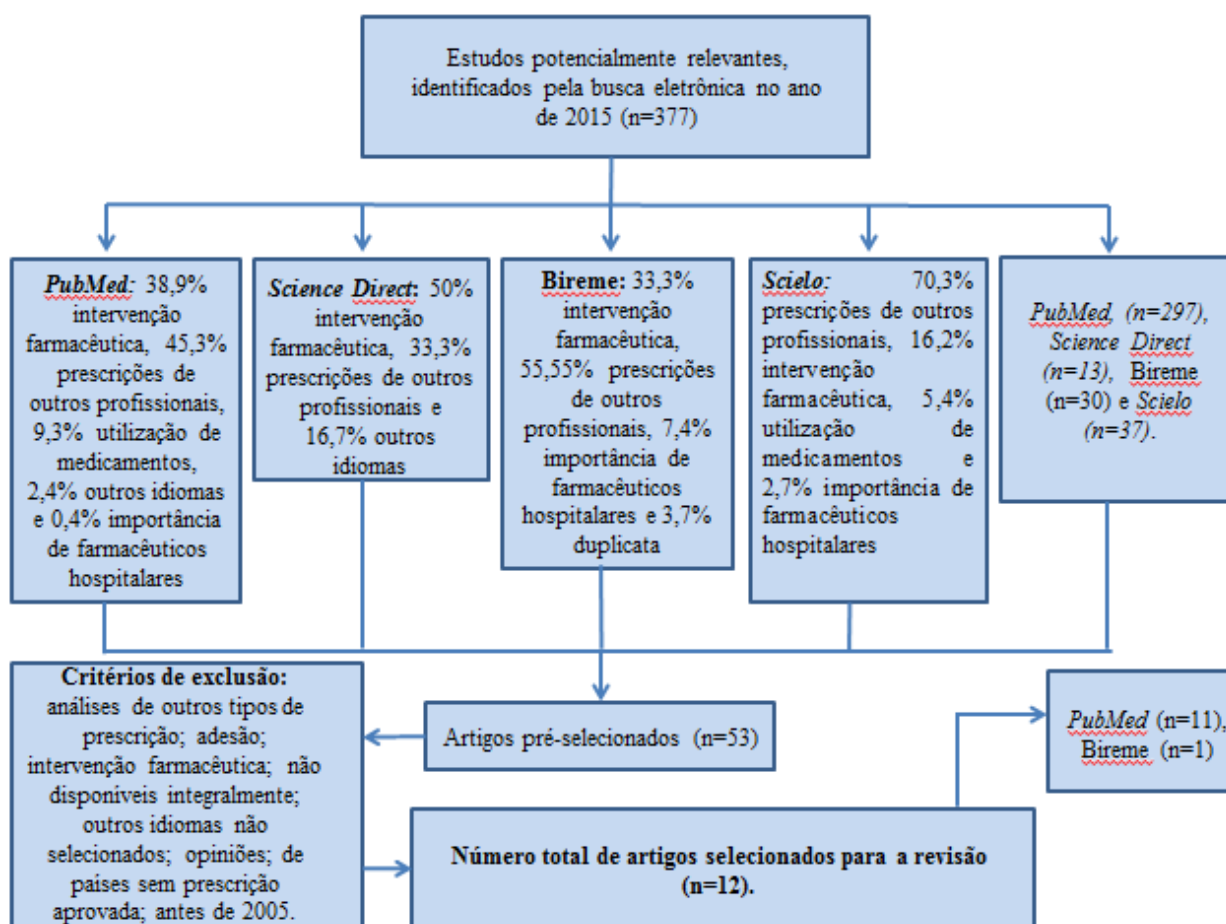


Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos incluídos na revisão.

A Tabela 1 descreve os estudos analisados por país e respectivo ano de publicação. O ano de 2014 apresentou o maior número de publicações, o que destaca que a prática da prescrição farmacêutica é de atual interesse pelos pesquisadores, pois após alguns anos a legislação ter sido aprovada, muitos aspectos da prescrição farmacêutica necessitam ser avaliados. As respostas para perguntas como: “como os farmacêuticos incorporaram a prescrição” (Guirguis *et al.*, 2014), “o que significa a prescrição farmacêutica para os farmacêuticos” (Hughes *et al.*, 2014), “quais são as necessidades percebidas na formação” (George *et al.* 2006, Kamarudin *et al.* 2013 e Hoti *et al.* 2014), “suas preferências de modelos de prescrição” (Hoti, Hughes & Sunderland 2013 e Hoti *et al.* 2014), “as barreiras e os benefícios” (George *et al.* 2006, Hoti *et al.* 2010, Mc Cann *et al.* 2011 e Hoti, Hughes & Sunderland 2013), são apenas alguns dos aspectos que integram as pesquisas sobre a prescrição farmacêutica e que fornecem subsídios para avaliar e qualificar essa nova prática.

Em Alberta, Canadá, um grande projeto constituído por três fases, caracterizou a adoção da prescrição farmacêutica, três anos após a legislação ter sido aprovada, em uma amostra composta por farmacêuticos atuantes nas mais diversas práticas. Métodos qualitativos foram usados para explorar como os farmacêuticos estão atualmente prescrevendo. No total foram entrevistados 38 farmacêuticos que foram agrupados em três categorias por atividade que realizavam: focados no produto, na doença ou no paciente. Trinta e quatro farmacêuticos entrevistados (89%) relataram estar prescrevendo. Vinte e oito foram categorizados como adotantes da prescrição farmacêutica, 16 classificados como prescritores com foco no produto, sete como prescritores com foco nas doenças e cinco como prescritores com foco no paciente. Os restantes dez farmacêuticos foram classificados como não adotantes. Os “farmacêuticos comunitários” da amostra estavam mais comumente participando da prescrição focada no produto, enquanto os farmacêuticos hospitalares e de cuidados primários estavam participando mais de prescrições focadas nas doenças. As categorias de prescrição farmacêutica utilizadas espelham a descrição da evolução da farmácia, em que se partiu de um enfoque técnico, de dispensação de medicamentos e em doenças, para um enfoque mais prático, o do paciente (Guirguis *et al.*, 2014).

O Reino Unido mostrou a maior frequência de publicações sobre o tema (Tabela 1). A introdução e subsequente estabelecimento da prescrição farmacêutica é apenas uma das mudanças nos cuidados de saúde do Reino Unido nos últimos anos. Estas modificações, incluindo a recente introdução da prescrição farmacêutica independente, favorecem a condução de mudanças e reflexões sobre os atuais papéis e responsabilidades dos profissionais farmacêuticos e as barreiras existentes acerca do tema. A literatura disponível se concentra em experiências precoces de farmacêuticos prescritores suplementares e envolve, principalmente, pesquisas entre os

farmacêuticos que já estavam atuando neste molde (Tonna *et al.*, 2007). Dentre essa literatura, se encontra o estudo qualitativo longitudinal de Dawoud *et al.* (2011) que investigou a visão dos prescritores farmacêuticos e a implementação inicial da prescrição suplementar (PS). Foram identificadas, através das experiências relatadas, três tipologias para a percepção dos farmacêuticos sobre a PS: “um beco sem saída”, “um trampolim” e “um bom ajuste”. Apesar de alguns atrasos na sua implementação, a PS foi vista pelos entrevistados como um avanço. Alguns dos participantes também acreditaram que melhorou o atendimento ao paciente, a integração dos farmacêuticos na equipe de saúde e aumentou a sua satisfação no trabalho. No entanto, houve a preocupação de que a PS, na sua primeira implementação, era burocrática e limitou a liberdade dos farmacêuticos nas tomadas de decisão. Assim, os farmacêuticos do Reino Unido foram mais favoráveis à introdução da prescrição farmacêutica independente (PI).

Tabela 1: Descrição por país e ano de publicação dos artigos incluídos na revisão sobre percepção de farmacêuticos sobre a prescrição farmacêutica

Variáveis	f(%)	Ref.
País		
Austrália	4 (33,3)	Hoti <i>et al.</i> , Kamarudin <i>et al.</i> , Hoti <i>et al.</i> , Hoti, Hughes & Sunderland
Canadá	3 (25)	Guirguis <i>et al.</i> , Hughes <i>et al.</i> , Hutchinson <i>et al.</i> ,
Reino Unido	5 (41,7)	George <i>et al.</i> , Hobson & Sewell, Tully <i>et al.</i> , Dawoud <i>et al.</i> , McCann <i>et al.</i>
Ano de publicação		
2014	25	Guirguis <i>et al.</i> , Hughes <i>et al.</i> , Hoti <i>et al.</i>
2013	16,7	Hoti, Hughes & Sunderland, Kamarudin <i>et al.</i>
2012	8,3	Hutchinson <i>et al.</i>
2011	16,7	McCann <i>et al.</i> , Dawoud <i>et al.</i>
2010	8,3	Hoti <i>et al.</i>
2007	8,3	Tully <i>et al.</i>
2006	16,7	Hobson & Sewell, George <i>et al.</i>

Na Tabela 2, são sumarizados os dados gerais relativos às pesquisas, como objetivos, métodos e taxas de resposta, quando o estudo foi realizado por via postal. Ressalta-se a predominância de objetivos diferentes nos estudos, evidenciando o quão vasto é o assunto. Observa-se que o número de participantes e suas respectivas taxas de resposta (quando se aplicam), se repetem em algumas ocasiões (Guirguis *et al.* 2014, Hughes *et al.* 2014, Hoti, Hughes & Sunderland, 2014, Hoti, Hughes & Sunderland, 2013 e Hoti *et al.* 2010) devido ao fato da mesma pesquisa ter sido utilizada para diversos estudos, porém com objetivos diferentes. Os objetivos e o número de participantes dos estudos selecionados são bastante heterogêneos, o que impossibilita a comparação direta entre eles.

Tabela 2: Caracterização dos objetivos dos estudos, métodos, número de participantes e taxas de resposta obtidas.

Autor e ano	Objetivo do estudo	Métodos	País	Nº de participantes	Taxa de resposta (%)
Guirguis <i>et al.</i> , 2014	Explorar e caracterizar como os farmacêuticos incorporaram a prescrição farmacêutica nas diferentes práticas, três anos após a legislação ter sido aprovada.	Qualitativo por meio de entrevistas semiestruturadas via telefone	Canadá	38	NA
Hughes <i>et al.</i> , 2014	Explorar o que a prescrição significa para os farmacêuticos em Alberta, Canadá.	Qualitativo por meio de entrevistas semiestruturadas via telefone	Canadá	38	NA
Hoti, Hughes & Sunderland, 2014	Explorar a percepção dos farmacêuticos sobre os conhecimentos necessários para atuar na prescrição estendida e suas preferências de modelo de prescrição.	Quantitativo por meio de questionários autoaplicáveis enviados aos farmacêuticos	Austrália	1.049	40.4% (1049/2592) ¹
Hoti, Hughes & Sunderland, 2013	Comparar as atitudes dos farmacêuticos hospitalares e comunitários com relação à prescrição expandida.	Quantitativo por meio de questionários autoaplicáveis enviados aos farmacêuticos	Austrália	1.049	40.4% (1049/2592)

Kamarudin <i>et al.</i> , 2013	Explorar junto aos farmacêuticos hospitalares sobre os conteúdos que devem compor um curso de pós-graduação preparatório para a prescrição colaborativa.	Qualitativo por meio de entrevistas pessoais ou por telefone.	Austrália	25	80,64% (25/31)
Hutchinson <i>et al.</i> , 2012	Determinar razões para a lenta adoção da prescrição por parte dos farmacêuticos hospitalares da província de Alberta.	Quantitativo por meio de questionários enviados por email.	Canadá	279	55,80% (279/500)
McCann <i>et al.</i> , 2011	Captar informações sobre a prescrição farmacêutica na Irlanda do Norte.	Quantitativo por meio de questionários enviados por email.	Reino Unido	76	76,0% (76/100)
Dawoud <i>et al.</i> , 2011	Investigar a visão dos prescritores farmacêuticos e as experiências dos estágios iniciais de Prescrição Suplementar no Reino Unido.	Qualitativo por meio de entrevistas semiestruturadas cara-a-cara com o pesquisador.	Reino Unido	34 (2 entrevistas para cada participante, que são 17)	NA
Hoti <i>et al.</i> , 2010	Avaliar os pontos de vista dos farmacêuticos australianos sobre seu papel na prescrição expandida e identificar as barreiras importantes para a sua implementação.	Quantitativo por meio de questionários autoaplicáveis enviados aos farmacêuticos.	Austrália	1049	40.4% (1049/2592)

Tully <i>et al.</i> , 2007	Investigar as opiniões e experiências de farmacêuticos na Inglaterra antes e depois de terem se registrado como prescritores complementares.	Qualitativo por meio de entrevistas semiestruturadas face-a-face com o pesquisador.	Reino Unido	7	NA
Hobson & Sewell, 2006	Fornecer dados sobre os pontos de vista de farmacêuticos comunitários e farmacêuticos da atenção primária, sobre os riscos e as preocupações em torno da prescrição suplementar.	Quantitativo por meio de questionários autoaplicáveis.	Reino Unido	183 – Farmacêuticos de cuidados primários 97 – Farmacêuticos nos cuidados secundários	68% nos dois grupos (183/271 – cuidados primários) (97/143 – cuidados secundários)
George <i>et al.</i> , 2006	Investigar o conhecimento dos farmacêuticos comunitários, pontos de vista e atitudes relativas à prescrição independente e percepções sobre as competências e necessidades de formação para a gestão de problemas comuns de saúde.	Quantitativo por meio de questionários autoaplicáveis.	Reino Unido	217	43,3% (217/500)

¹Nº de questionários retornados/enviados

Barreiras, limitações e benefícios acerca da prescrição farmacêutica

A Tabela 3 sumariza as barreiras e limitações percebidas pelos farmacêuticos acerca da prescrição farmacêutica *versus* os benefícios que essa atribuição acarreta.

Tabela 3: Barreiras/Limitações percebidas pelos farmacêuticos acerca da prescrição farmacêutica *versus* seus benefícios e seu respectivo autor, ano e país.

Autor e ano	País	Barreiras/Limitações	Benefícios
Hoti, Hughes & Sunderland, 2013	Austrália	<p>Apoiadas significativamente pelos farmacêuticos hospitalares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação inadequada para diagnóstico do paciente; - Difícil avaliação e monitoramento do paciente; - Aumento de custos para o governo; - Insuficiência dos meios para apoiar a prescrição farmacêutica; - Interesse comercial nas prescrições; - Conflito de interesses entre os farmacêuticos atuando tanto como prescritores e dispensadores; 	<p>Apoiados significativamente pelos farmacêuticos comunitários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assumir um papel mais importante nos cuidados de saúde; - Maior reconhecimento na comunidade; - Habilidades necessárias para a avaliação do paciente; - Melhor utilização das competências profissionais dos farmacêuticos; - Aumentar o lucro das farmácias;
Mc Cann <i>et al.</i> , 2011	Reino Unido	<p>Principais barreiras experimentadas pelos atuais prescritores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Financiamento inadequado; - Falta de conhecimento da prescrição farmacêutica por outros profissionais da área da saúde; - Incapacidade de computadores gerarem receitas de farmacêuticos; - Burocracia onerosa relacionada ao Plano de Gestão Clínica; 	<p>A maioria dos farmacêuticos acredita que a prescrição farmacêutica pode:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzir o tempo entre os ajustes de dose; - Aumentar a continuidade dos cuidados; - Aumentar o envolvimento do paciente nas decisões sobre o tratamento; - Aumentar a adesão do paciente; - Melhorar a segurança do paciente; o – Aumentar a adequação das drogas utilizadas; - Elevar o status do profissional do farmacêutico; - Aumentar a satisfação e autonomia no trabalho; - Melhor utilização das competências clínicas dos farmacêuticos;

Hoti <i>et al.</i> , 2010	Austrália	- Treinamento inadequado na avaliação, diagnóstico e monitorização do paciente;	- Melhor utilização das habilidades dos farmacêuticos; - Redução da carga de trabalho para os médicos generalistas;
George <i>et al.</i> , 2006	Reino Unido	- Falta de educação e treinamento para as condições estudadas; - Pouca habilidade de comunicação nas consultas;	NA

Em 2008, Cooper *et al.* já mencionavam a existência de diferenças na prática farmacêutica entre farmácias comunitárias e hospitais, incluindo o acesso mais rápido ao prontuário e a localização de outros profissionais da saúde no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, um estudo australiano quantitativo visou comparar as atitudes de farmacêuticos hospitalares e comunitários em relação à prescrição farmacêutica. Os farmacêuticos comunitários apresentaram níveis de concordância significativamente mais elevados para a maioria das declarações a favor da prescrição farmacêutica, enquanto os farmacêuticos hospitalares apresentaram níveis de concordância significativamente mais elevados para as declarações em relação às barreiras da prescrição farmacêutica. Os farmacêuticos comunitários foram mais favoráveis à prescrição ampliada, pois permite uma melhor utilização das habilidades farmacêuticas. Essas diferenças sugerem que as competências dos farmacêuticos comunitários são mais subutilizadas em comparação às dos farmacêuticos hospitalares. A respeito da diferença encontrada sobre as potenciais barreiras à expansão da prescrição farmacêutica, vale ressaltar que 77% dos inquiridos no estudo concordaram ou concordaram plenamente que a prescrição e a dispensação de medicamentos devem ocorrer em locais separados nas farmácias comunitárias. Os autores concluem que, provavelmente, os farmacêuticos comunitários estejam menos preocupados com os conflitos de interesse que os farmacêuticos hospitalares, já que possuem uma compreensão mais clara de como o serviço deve ser implementado nas farmácias comunitárias (Hoti, Hughes & Sunderland, 2013).

No Reino Unido, desde 2006, qualquer farmacêutico que deseje ser um prescritor 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. Um estudo quantitativo objetivou obter informações sobre a prescrição farmacêutica na Irlanda do Norte (Reino Unido). Cerca de 50% dos entrevistados nunca tinham prescrito ou tinham prescrito no passado e aproximadamente 50% dos entrevistados estão atualmente prescrevendo. Mais de 80% dos farmacêuticos “concordaram” ou “concordaram fortemente” que o ato de

prescrever aumentou a continuidade dos cuidados e a adesão dos pacientes. A maioria dos farmacêuticos “discordaram” ou “discordaram fortemente” que a prescrição farmacêutica aumenta a responsabilidade e prestação de contas de forma negativa. Isso sugere que os farmacêuticos parecem estar confiantes em suas habilidades e ansiosos para assumir a responsabilidade adicional associada com a prescrição (Mc Cann *et al.*, 2011).

Em contrapartida, um estudo quantitativo australiano identificou que quase todos os entrevistados (97,1%) relataram que se fossem empreender as adicionais responsabilidades através da prescrição, iriam precisar de mais treinamento (Hoti *et al.*, 2010). Da mesma maneira, um estudo quantitativo escocês, que tinha como objetivo investigar o conhecimento dos farmacêuticos comunitários em relação à prescrição independente, encontrou que dois terços dos entrevistados necessitavam de mais educação e treinamento para o diagnóstico e tratamento das condições estudadas. Obter maior habilidade de comunicação para as consultas também foi considerado importante pelos farmacêuticos comunitários, antes de assumir o papel de prescrição independente (George *et al.*, 2006).

Um estudo qualitativo canadense visou explorar o que significava a prescrição farmacêutica na província de Alberta. O estudo identificou que independentemente de como os farmacêuticos definem a prescrição, o conceito de responsabilidade foi parte integrante do processo de prescrever. Os farmacêuticos relataram maior responsabilidade legal quando se escreve uma prescrição, incluindo a necessidade de uma maior monitorização da terapia medicamentosa (Hughes *et al.*, 2014).

Analisando os estudos incluídos na revisão, fica clara a heterogeneidade das percepções acerca da prescrição farmacêutica pelos profissionais farmacêuticos. Apesar das dificuldades de implementação, em todos os estudos incluídos na revisão, os farmacêuticos são favoráveis à prescrição farmacêutica, porém devido a diversos fatores como atuação em diferentes áreas e preferências em relação ao modelo de prescrição, as percepções variam consideravelmente. Ao mesmo tempo em que expandir o papel de prescritor aos farmacêuticos aumenta sua satisfação no trabalho, eleva o *status* da profissão e melhora a utilização de suas habilidades, que são geralmente subutilizadas, a expansão da prescrição gera barreiras que em algumas áreas de atuação são difíceis de serem ultrapassadas. A criação de cursos de pós-graduação envolvendo a teoria e a prática, como existe no Reino Unido, são necessários para melhorar as habilidades dos farmacêuticos no manejo do diagnóstico, tratamento e avaliação do paciente. Acredita-se que mais estudos devem ser realizados, pois até o momento existem poucos estudos que tratam do tema na literatura. No Brasil, apesar da resolução que trata da prescrição farmacêutica ter sido aprovada, cientificamente pouco se

sabe sobre as mudanças que se sucederam, principalmente nas farmácias comunitárias. Seria também interessante comparar as atitudes de farmacêuticos hospitalares e comunitários com relação à prescrição farmacêutica, visto que a atuação do farmacêutico na área hospitalar tem crescido exponencialmente em nosso país.

Uma limitação desta revisão é a falta de homogeneidade entre os estudos, pois cada um apresentou objetivos diversos e explorou diferentes tipos de prescrições farmacêuticas, sendo isso um fator que dificulta a análise e a comparação entre os artigos. Também, o método adotado nesta revisão, como a busca independente da pesquisadora principal, o necessário incremento de critérios de exclusão no decorrer da busca, devido a grande heterogeneidade de assuntos, e o fato de não se ter analisado as referências dos artigos incluídos na revisão, pode ter promovido a perda de pesquisas relevantes, conduzidas em diferentes países. Outra limitação foi que a qualidade dos artigos incluídos nesta revisão não foi analisada por nenhuma recomendação da forma mais adequada para relatos de estudos qualitativos ou quantitativos, assim como fica prejudicada a comparação de estudos realizados por métodos tanto quantitativos quanto qualitativos.

De acordo com Tonna (2008), os EUA foram os pioneiros em relação à prescrição farmacêutica, todavia, considerando os critérios de busca de artigos e as bases de dados utilizadas em nossa pesquisa, nenhum estudo conduzido naquele país foi encontrado e, portanto, não incluído neste trabalho. Obviamente, não significa que não existam estudos sobre a prescrição farmacêutica nos EUA, sendo que esse fato pode sugerir mais uma limitação da presente revisão.

Considerações finais

A prescrição farmacêutica é uma realidade vista em países como a Austrália, Canadá, EUA e Reino Unido. Embora coexistam diferentes modelos de prescrição nesses países, é iminente que essa nova atribuição aumenta a satisfação dos farmacêuticos no trabalho, assim como eleva o *status* da profissão na comunidade e melhora a utilização das habilidades e competências clínicas desses profissionais. Por outro lado, grande parte dos estudos sugere a criação de cursos de pós-graduação para melhorar as habilidades dos farmacêuticos na recente área atribuída à profissão. Nos estudos analisados, observa-se que os farmacêuticos comunitários são mais favoráveis à prescrição independente em relação aos farmacêuticos hospitalares.

No Brasil, inexistem dados científicos que meçam como essa nova atribuição foi percebida pelos farmacêuticos há dois anos. É fato que estudos necessitam ser realizados nessa recente área, assim como cursos de pós-graduação comprovados e reconhecidos precisam ser criados em áreas específicas. Inclusive nos países em que a prescrição farmacêutica foi aprovada há alguns anos, novos estudos carecem ser realizados, pois foi percebido que existem poucos estudos disponíveis na literatura.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Farmácia (CFF_a). 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, página 90.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Farmácia (CFF_b). 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.

Brasil_a. 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.

Brasil_b. Ministério da Saúde. Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 19 de dezembro de 1973 e retificado em 21 de dezembro de 1973.

Cooper RJ, Anderson C, Bissel P, Guillaume L, Hutchinson A, James V, Lymn J, McIntosh A, Murphy E, Ratcliffe J, Read S, Ward P. Nurse and pharmacist supplementary prescribing in the UK—a thematic review of the literature. *Health Policy*. 85(3): 277 – 292, 2008.

Dawoud D, Griffiths P, Maben J, Goodyer L & Greene R. Pharmacist supplementary prescribing: A step toward more independence? *Res Social Adm Pharm*. 7: 246 – 256, 2011.

Emmertson L, Marriott J, Bessell T, Nissen L, Dean L. Pharmacists and prescribing rights: review of international developments. *J Pharm Pharm Sci*. 8: 217 – 225, 2005.

George J, Pflieger D, McCaig D, Bond C, Stewart D. Independent prescribing by pharmacists: a study of the awareness, views and attitudes of Scottish community pharmacists. *Pharm World Sci*. 28: 45 – 53, 2006.

Guirguis LM, Makowsky M, Hughes J, Sadowski CA, Schindel TJ, Yuksel N. How have pharmacists in different practice settings integrated prescribing privileges into practice in Alberta? A qualitative exploration. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 39: 390 – 398, 2014.

Hobson RJ & Sewell G. Risks and concerns about supplementary prescribing: survey of primary and secondary care pharmacists. *Pharm World Sci*. 28: 76 – 90, 2006.

Hoti K, Sunderland B, Hughes H, Parsons R. An evaluation of Australian pharmacist's attitudes on expanding their prescribing role. *Pharm World Sci*. 32: 610 – 621, 2010.

Hoti K, Hughes J & Sunderland B. Identifying the perceived training needs for Australian pharmacist prescribers. *Int J Pharm Pract*. 22(1): 38 – 46, 2014.

Hoti K, Hughes J & Sunderland B. Expanded prescribing: a comparison of the views of Australian hospital and community pharmacists. *Int J Clin Pharm*. 35(3): 469 – 475, 2013.

- Hughes CA, Makowsky M, Sadowski CA, Schindel TJ, Yuksel N, Guirguis LM. What prescribing means to pharmacists: a qualitative exploration of practising pharmacists in Alberta. *International Journal of Pharmacy Practic.* 22(4): 283 – 291, 2014.
- Hutchison M, Lindblad A, Guirguis L, Cooney D, Rodway M. Survey of Alberta hospital pharmacists' perspectives on additional prescribing authorization. *Am J Health Syst Pharm.* 69(22): 1983 – 1992, 2012.
- Kamarudin G, Penm J, Chaar B, Moles R. Preparing hospital pharmacists to prescribe: stakeholders' views of postgraduate courses. *Int J Pharm Pract.* 21(4): 243 – 251, 2013.
- MacLeod-Glover N. An explanatory policy analysis of legislative change permitting pharmacists in Alberta, Canada, to prescribe. *Int J Pharm Pract.* 19: 70 – 78, 2011
- Tonna AP, Stewart D, West B, McCaig D. Pharmacist prescribing in the UK – a literature review of current practice and research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics.* 32: 545 – 556, 2007.
- Tonna AP. An international overview of some pharmacist prescribing models. *J Malta Coll Pharm Pract.* 14: 20 – 26, 2008.
- Tully MP, Latif S, Cantrill JA, Parker D. Pharmacists' changing views of their supplementary prescribing authority. *Pharm World Sci.* 29: 628 – 634, 2007.

ANEXO

Anexo: Guia para Autores – Revista Brasileira de Farmácia

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 Percurso 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 cobaia. *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=p>>.

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.