

A origem da Farmácia Clínica no Brasil, a Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica e a harmonização de conceitos e nomenclatura

The origin of Clinical Pharmacy in Brazil, the Brazilian Society of Clinical Pharmacy and the harmonization of concepts and nomenclature

Recebido em: 15/06/2023

Aceito em: 31/08/2023

Silvia STORPIRTIS¹; Angelita Cristine de MELO²;
Lúcia de Araújo Costa Beis¹ NOBLAT³; Tarcísio José PALHANO⁴

¹Fundação Instituto de Pesquisas Farmacêuticas (Fipfarma). Av. Nossa Sra. da Assunção, 773, Vila Butantã, CEP 05359-001. São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Federal de São João Del-Rei. Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400, CEP 35501-296. Divinópolis, MG, Brasil. ³Universidade Federal da Bahia, Complexo Hospitalar Universitário, Setor de Farmácia Hospitalar Prof Edgard Santos. Rua Dr. Augusto Viana S/N, Canela, CEP 40110-060. Salvador, Bahia, Brasil. ⁴Conselho Federal de Farmácia. SHIS QI 15 Lote L, Lago Sul, CEP 71.635-200. Brasília, DF, Brasil.

E-mail: sstor2011@gmail.com

ABSTRACT

The Brazilian Society of Clinical Pharmacy (Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica–SBFC, in Portuguese) created in 2017 aims at the development of Clinical Pharmacy in country as a scientific area and professional specialty. One of the priorities was the discussion of concepts and nomenclature since its development in the country occurred with different interpretations. Two guiding questions were elaborated, and two fundamental articles were used as the basis of the research, carried out by reviewing scientific articles and other relevant publications. A document was drawn up as a position paper entitled “The Origin of Clinical Pharmacy in Brazil, its development, related concepts and perspectives”, which was presented at the associates’ meeting and published on the SBFC website in 2019. Subsequently, the position paper was revised and updated to support the preparation of a technical-scientific document. The aim of this paper is to collaborate with the discussion and dissemination of harmonized concepts and nomenclatures, applicable to teaching, research, and university extension activities.

Keywords: clinical pharmacy; pharmaceutical care; pharmaceutical education; pharmacy practice; pharmaceutical services; clinical pharmacists.

RESUMO

A Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica (SBFC), criada em 2017, tem como objetivo o desenvolvimento da Farmácia Clínica no Brasil como área científica e especialidade profissional. Uma das prioridades foi a discussão sobre os conceitos e a nomenclatura relacionados à área, uma vez que o seu desenvolvimento no país ocorreu com diferentes interpretações. Neste sentido, foram elaboradas duas questões norteadoras e dois artigos considerados basilares foram utilizados na pesquisa, realizada pela revisão de artigos científicos e de outras publicações relevantes. Foi elaborado um documento que representava a posição desta sociedade sobre o tema, intitulado “A Origem da Farmácia Clínica no Brasil, seu desenvolvimento, conceitos relacionados e perspectivas”, o qual foi apresentado em assembleia dos associados e publicado na página eletrônica da SBFC, em 2019. Posteriormente, houve a revisão e a atualização deste documento para subsidiar a preparação de material de caráter técnico-científico, objeto desta publicação, visando a colaborar com a discussão e a disseminação de conceitos e nomenclaturas harmonizados, aplicáveis às atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária na área de Farmácia Clínica e de Cuidado Farmacêutico.

Palavras-chave: farmácia clínica; cuidado farmacêutico; educação farmacêutica; farmácia prática; serviços farmacêuticos; farmacêutico clínico.

INTRODUÇÃO

O conceito de Cuidado Farmacêutico, introduzido no Brasil em 2002 com a denominação Atenção Farmacêutica (1), possibilitou a discussão sobre modelos de prática profissional relacionados à Farmácia Clínica, que pode ser definida como a área da Farmácia voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças (2). Apresenta duas vertentes: a ciência, que contribui para a construção do conhecimento, com o desenvolvimento de pesquisas em diversos temas; e a orientação da prática profissional. Neste contexto, o Cuidado Farmacêutico é um modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos (3).

Cabe ressaltar que a prática profissional deve ser estruturada a partir de elementos essenciais, ou seja, uma filosofia ou princípios que regem a prática, o processo de trabalho, a gestão da prática (ou governança clínica) e a regulamentação pertinente à área (4). Entretanto, esta estruturação depende, em grande parte, da adoção de conceitos e de nomenclatura estabelecidos a partir de estudos que fundamentam a área.

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, o desenvolvimento da Farmácia Clínica e do Cuidado Farmacêutico, bem como a adoção dos conceitos e da nomenclatura aplicável, não seguiram um processo harmonizado, o que dificulta, por exemplo, a comparação de resultados relacionados a estudos sobre a implementação de serviços farmacêuticos. Outro aspecto relevante é o impacto da falta da harmonização na educação farmacêutica, especialmente porque as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (DCN), publicadas em 2017 (5), ainda estão sendo implantadas.

Dessa forma, o objetivo deste artigo foi colaborar com a discussão, a harmonização e a disseminação de conceitos, aplicáveis ao desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária na área de Farmácia Clínica e de Cuidado Farmacêutico.

MÉTODO

A discussão sobre os conceitos relacionados à Farmácia Clínica e ao Cuidado Farmacêutico teve início em reuniões da diretoria da Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica (SBFC), a partir de fevereiro de 2017. Foram identificados artigos

científicos considerados basilares (6-8), bem como outras publicações fundamentais, estabelecendo-se duas questões norteadoras: 1. Qual a origem da Farmácia Clínica no mundo e no Brasil? 2. Quais os principais conceitos que devem ser discutidos, visando à harmonização da nomenclatura nesta área no Brasil?

A partir da análise documental das referidas publicações, com o objetivo de responder às questões propostas, foi elaborado um texto abrangente sobre o tema, considerando, também, as informações contidas no documentário intitulado “A origem da Farmácia Clínica no Brasil”, produzido conjuntamente por SBFC, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Conselho Federal de Farmácia (CFF), lançado durante a abertura do III Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica (III ENEFC), em 16 de novembro de 2017, na cidade de Foz do Iguaçu, PR (evento paralelo ao I Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas) (www.cff.org.br). O texto final, denominado “A origem da Farmácia Clínica no Brasil, seu desenvolvimento, conceitos relacionados e perspectivas – Documento de posição da SBFC”, foi apresentado em assembleia de seus associados, realizada em Brasília, em 14 de fevereiro de 2019, e disponibilizado no sítio eletrônico (<http://www.farmaciaclinica.org.br/>).

O texto foi revisado e atualizado pelos autores deste artigo para constituir material norteador de caráter técnico-científico, cujos resultados e discussão são apresentados por meio de tópicos que abordam: a origem da Farmácia Clínica no mundo e no Brasil, a crise de identidade do farmacêutico na América Latina, a criação da Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica e, finalmente, a proposta de discussão e harmonização de conceitos e termos relacionados a esta área de conhecimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Farmácia Clínica, a crise de identidade do farmacêutico na América Latina e o Cuidado Farmacêutico. A Farmácia Clínica teve início nos Estados Unidos da América, a partir da década de 1950. O primeiro programa educacional de Farmácia Clínica foi desenvolvido na Universidade de Iowa, por William Tester e Jerry Black, em

1964. Entretanto, a Faculdade de Farmácia da Universidade de São Francisco, Califórnia, criou um Serviço de Farmácia Clínica experimental no Hospital Moffitt, em 1966, o que colaborou para o estabelecimento de novos programas em outras faculdades de Farmácia (9,10).

Na América Latina, como destacou o professor Aquiles Arancibia, da Universidade do Chile, em 1990, a discussão sobre a Farmácia Clínica foi permeada pela crise de identidade do farmacêutico. A profunda mudança no seu desempenho, com a orientação de ações para o atendimento ao paciente, diferente do tradicional direcionamento para o produto, não foi bem assimilada pelos educadores, uma vez que nem todos captaram, efetivamente, os desafios a serem enfrentados na educação farmacêutica (6,11-13).

Essa crise de identidade profissional também se projetou nos estudantes, de forma dramática, de modo que muitos graduandos continuam relutantes em atuar nessa área. Além disso, a sociedade ainda não reconhece o farmacêutico como provedor de cuidados em saúde (14,15). Adicionalmente, como em qualquer área em construção, houve a proliferação de vários conceitos equivocados, como o entendimento de que Farmacocinética Clínica é sinônimo de Farmácia Clínica, ao invés de uma ferramenta a ser utilizada pelo farmacêutico, integrado à equipe multiprofissional, para promover a otimização da farmacoterapia (16).

A discussão sobre a atuação clínica do farmacêutico ocorre desde o início da década de 1960 e tem as suas raízes no *College of Pharmacy of the University of Michigan*, com Don Francke e seu sucessor Maurice SeEVERS (17). No princípio, a prática do farmacêutico tinha a farmacoterapia como foco da atuação, relacionando-se, portanto, à prescrição médica. Esta atuação, com foco no objeto (medicamento), é distinta daquela de outras profissões da saúde, ou seja, o paciente, sendo que a oferta de cuidado ao paciente é realizada conforme a expertise de cada profissão. Tal fato foi responsável, na época, por uma crise para os farmacêuticos, ocasionando dificuldades para a sistematização da prática profissional e o reconhecimento do trabalho do farmacêutico pela equipe de saúde.

Na tentativa de resolver essa crise, muitas discussões ocorreram ao longo do tempo, o que

deu origem ao conceito de *Pharmaceutical Care*, publicado por Charles Hepler e Linda Strand, em 1990 (7). Esta publicação, considerada uma das mais significativas para a profissão nas últimas décadas, apresentou aos farmacêuticos uma filosofia de atuação profissional com foco no paciente. A atuação se inicia quando os farmacêuticos aceitam a responsabilidade de oportunizar a segurança e a efetividade da terapia medicamentosa para o paciente, por meio da sua expertise na análise da farmacoterapia (17-20).

Esse conceito foi reafirmado na Declaração de Tóquio, em 1993, como uma prática profissional em que o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. Este documento informou, ainda, que a prática é o compêndio de atitudes, comportamentos, compromissos, preocupações, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades no provimento da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida do paciente (21).

Entretanto, ainda há muitas discussões em torno dos conceitos de Farmácia Clínica e de Cuidado Farmacêutico, sendo que o termo Cuidado Farmacêutico corresponde à correta tradução para o português da expressão original em inglês *Pharmaceutical Care*. Assim, em 2008, o *American College of Clinical Pharmacy* (ACCP), em uma definição abreviada, descreveu a Farmácia Clínica como a área da Farmácia relacionada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, afirmando que a prática da Farmácia Clínica engloba a filosofia do Cuidado Farmacêutico (22,23). De acordo com Hepler (2010), a definição de Cuidado Farmacêutico foi criada como uma extensão da Farmácia Clínica, não havendo a intenção de substituí-la(8). No entanto, ainda há a interpretação errônea de que ambas são dissociadas (8,24).

Na Europa, com base na pergunta “*What is Pharmaceutical Care in 2013?*”, para a qual foram encontradas 19 definições na literatura, o *European Pharmaceutical Care Network* (PCNE) redefiniu *Pharmaceutical Care* como a contribuição do farmacêutico para o cuidado dos indivíduos, visando a otimizar o uso de medicamentos e melhorar os resultados em saúde

(23,25-28). Também é relevante enfatizar que o Cuidado Farmacêutico incorpora os critérios envolvidos no cuidado em saúde e necessita de equipes de farmacêuticos clínicos que desenvolveram as competências requeridas para essa prática profissional (4,29-31).

A origem da Farmácia Clínica no Brasil, o conceito de Cuidado Farmacêutico e a criação da Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica.

No Brasil, a origem da Farmácia Clínica está ligada aos professores José Aleixo Prates e Silva, Tarcísio José Palhano, Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat e Ivonete Batista de Araújo, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal. Várias ações e atividades foram desenvolvidas por esta universidade (contatos, visitas, treinamentos e parcerias), a partir de 1977, o que possibilitou a criação do primeiro “Serviço de Farmácia Clínica” e do primeiro “Centro de Informação sobre Medicamentos”, em 1979, no Hospital das Clínicas da UFRN, atual Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), com o apoio da professora Inés Ruiz, da *Universidad de Chile*, professora visitante da UFRN. Ainda no mesmo ano, foi realizado o II Congresso Farmacêutico do Norte e Nordeste, que abordou temas sobre a Farmácia Clínica e promoveu um curso sobre Farmacocinética Clínica, ministrado pelo professor Aquiles Arancibia, com 46 participantes (32).

Em 1981, a UFRN sediou o I Seminário Brasileiro de Farmácia Clínica. Este evento teve 111 participantes de 13 estados brasileiros, e contou com a presença de dois consultores em Farmácia Clínica dos Estados Unidos da América, o Dr. Juan Rodrigues Robayo, da Universidade de Oklahoma, e o Dr. Thomas Moore, do Hospital Universitário da Universidade da Carolina do Norte (33). Dois anos depois, em 1983, foi realizado também em Natal o 1º Curso Brasileiro de Farmácia Clínica, do qual participaram 18 farmacêuticos de 7 estados brasileiros. Tais iniciativas despertaram o interesse do Ministério da Saúde em propor a realização do “Curso de Especialização em Farmácia Hospitalar para o Controle de Infecção Hospitalar”, mediante a celebração de um convênio com a UFRN. O curso, coordenado pelos professores Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat, Tarcísio José Palhano, Ivonete Batista de Araújo

e Maria de Fátima Dantas, ocorreu entre 1985 e 1993, proporcionando a capacitação de mais de 200 farmacêuticos de todos os estados brasileiros e do Distrito Federal (32).

Tais fatos também foram importantes para impulsionar o crescimento da área de Farmácia Hospitalar e apoiar a criação da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, em 1995, atualmente designada Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH), responsável pela elaboração e publicação do documento “Padrões Mínimos para a Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde”, atualmente na 3ª edição (34).

Outras iniciativas também ocorreram em todo o País. Como exemplo, os dois hospitais da Universidade de São Paulo criaram cursos de especialização nas áreas de Farmácia Hospitalar e Farmácia Clínica – o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, em 1987, e o Hospital Universitário, em 1993, este último com a parceria da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP (35). Além disso, a criação de cursos de Residência em Farmácia, nas modalidades Uniprofissional e Multiprofissional em Saúde, também contribuiu para a disseminação da Farmácia Clínica (30,35-37).

O conceito brasileiro de *Pharmaceutical Care* foi apresentado no documento intitulado “Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta”, publicado em 2002 pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), após discussões que envolveram vários grupos de profissionais que relataram as suas experiências na área (1). De acordo com essa proposta, a Atenção Farmacêutica foi definida como

Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da quali-

dade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

Desde então, houve aumento do número de publicações elaboradas por pesquisadores brasileiros nessa área. No entanto, ainda é discutida a necessidade de ampliar o escopo e a qualidade dos artigos publicados, para gerar conhecimentos que contribuam para o reconhecimento das ações dos farmacêuticos integrados em equipes multiprofissionais (38,39).

As discussões sobre a mudança de paradigma para a farmácia comunitária no Brasil envolveram diversos segmentos – o sistema que reúne o CFF e os Conselhos Regionais de Farmácia (CRF), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma), docentes, estudantes, entre outros (40-50).

Essa mudança de paradigma foi essencial e levou mais de duas décadas, culminando na publicação das Resoluções/CFF nº 585/2013 e nº 586/2013, que regulamentam as atribuições clínicas do farmacêutico e a prescrição farmacêutica, respectivamente. Cabe ressaltar que o estabelecimento de prescrição farmacêutica por meio desta regulamentação é frequentemente compreendido de forma equivocada, fato discutido no item 3, com o objetivo de dirimir dúvidas. Além disso, como parte importante desse processo, foi publicada, em 2014, a Lei nº 13.021, redefinindo a farmácia como um estabelecimento de saúde para fornecer assistência farmacêutica, cuidados em saúde, orientação em saúde, individual e coletiva, dispensação de medicamentos, cosméticos e outros produtos farmacêuticos relacionados (2,51,52).

Outro aspecto fundamental foi a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). A CBO é o documento oficial em que as ocupações existentes no mercado de trabalho brasileiro são reconhecidas, nomeadas e codificadas. Nesta atualização, a atuação do farmacêutico é contemplada nas seguintes ocupações: farmacêutico,

farmacêutico analista clínico; farmacêutico de alimentos; farmacêutico em práticas integrativas e complementares; farmacêutico em saúde pública; farmacêutico industrial; farmacêutico toxicologista;

e farmacêutico hospitalar e clínico (Quadro 1) (53). Nesse contexto, o CFF publicou a Resolução/CFF nº 572 que dispõe sobre as especialidades farmacêuticas por linhas de atuação (54).

Quadro 1. Descrição das ocupações relacionadas ao código 2234-45 (farmacêutico hospitalar e clínico), segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (55).

Farmacêutico clínico
Farmacêutico clínico domiciliar
Farmacêutico clínico em cardiologia
Farmacêutico clínico em cuidados paliativos
Farmacêutico clínico em farmacocinética clínica
Farmacêutico clínico em farmacovigilância
Farmacêutico clínico em geriatria
Farmacêutico clínico em hematologia
Farmacêutico clínico em oncologia
Farmacêutico clínico em pediatria
Farmacêutico clínico em reumatologia
Farmacêutico clínico em terapia antineoplásica
Farmacêutico em assistência domiciliar
Farmacêutico em cuidados paliativos
Farmacêutico em gases e misturas de usos terapêuticos
Farmacêutico em <i>homecare</i>
Farmacêutico em homoderivados
Farmacêutico em nutrição parenteral
Farmacêutico em pesquisas clínicas
Farmacêutico nuclear
Farmacêutico pré-hospitalar em serviços de urgência e emergência
Radiofarmacêutico

Também é importante ressaltar o crescimento, nos últimos anos, do número de serviços farmacêuticos em hospitais, ambulatórios, unidades de saúde (atenção primária) e farmácias comunitárias, o que indica a importância do farmacêutico como profissional da saúde no Sistema Único de Saúde. Destacam-se, neste contexto, as ações do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS), em especial, a realização de um projeto piloto de implantação do cuidado farmacêutico

em unidades básicas de saúde no município de Curitiba, o que deu origem à publicação de quatro volumes sobre o Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica (56).

Entre 2017 e 2019, o DAF/MS desenvolveu outro projeto piloto de cuidado farmacêutico, no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), com o objetivo de otimizar o uso dos medicamentos e obter melhores resultados clínicos, humanísticos e econômicos de pessoas com hepatite C e artrite reumatoide.

Como resultado, 41 farmacêuticos foram capacitados e certificados pelo Ministério da Saúde, após atenderem mais de 1.300 pacientes, realizarem mais de 2.500 consultas, em 16 unidades de saúde distribuídas no Distrito Federal e em nove cidades dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco (57).

Em 2016, o CFF publicou o documento intitulado “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual”, resultante da contribuição de vários especialistas em Farmácia Clínica, e que tem sido uma referência para profissionais, educadores e estudantes, útil para o desenvolvimento de pesquisas na área e para a implantação desses serviços (3).

Considerando, também, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (DCN) – Resolução 06/2017 –, é possível vislumbrar um cenário favorável para o desenvolvimento das atribuições clínicas do farmacêutico. Isso é importante, pois as diretrizes se relacionam às necessidades do Sistema Único de Saúde no Brasil (5).

Ainda, de acordo com as DCN, a Farmácia Universitária (FU) é obrigatória e corresponde a um cenário de prática essencial para que os estudantes desenvolvam habilidades e competências na área clínica. Neste sentido, a FU pode estabelecer parcerias com unidades de saúde para a realização de atividades que possibilitem a formação de estudantes, para a prestação de serviços farmacêuticos (58).

Outra ação importante foi a criação de subárea relacionada à Assistência Farmacêutica, incluindo a Farmácia Clínica, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação no Brasil (Capes), em 2015. Tal fato colaborou para o fortalecimento do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR), que iniciou suas atividades em 2011, a partir de uma proposição da Rede Brasileira de Ciências Farmacêuticas (RBCF), integrante do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Inovação Farmacêutica (INCT_if). A rede é composta por seis Instituições de Ensino Superior, está presente em seis estados brasileiros e em três regiões diferentes (Sul, Sudeste e

Nordeste). O referido programa busca contribuir para a resolução de problemas dessa subárea, nos diferentes níveis de atenção à saúde, e tem como uma de suas metas propiciar conhecimentos na área de Farmácia, subárea Farmácia Clínica, Assistência e Cuidado Farmacêutico (59). Digno de nota, também, é o processo de acreditação hospitalar realizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), entre outras instituições, o que motivou diversos hospitais brasileiros a contratar farmacêuticos com formação em Farmácia Clínica (60).

O I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica (I ENEFC, Gramado/RS, 2015) estimulou a discussão sobre as ações para a implementação da Farmácia Clínica no Brasil e um dos produtos foi a Matriz de Competências Clínicas do Farmacêutico (61). No II ENEFC (Natal/RN, 2016), entendeu-se que a criação da Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica (SBFC) poderia ser um passo fundamental. Assim, formou-se um comitê provisório, com o objetivo de discutir a respeito da sua estrutura organizacional, o que culminou com a fundação desta Sociedade.

Nesse contexto, a SBFC foi fundada em 17 de fevereiro de 2017, em Brasília, DF, e corresponde a uma associação de natureza profissional, científica, humanitária e cultural, sem fins lucrativos, econômicos, político-partidários ou religiosos, cujo objetivo principal é a promoção da Farmácia Clínica, em benefício da sociedade brasileira (62).

A SBFC reúne professores, pesquisadores, profissionais e estudantes de graduação e de pós-graduação em Farmácia, comprometidos em discutir e promover ações que contribuam para o aprimoramento da prática profissional, considerando as necessidades de treinamento e capacitação (educação permanente), para que o farmacêutico atue na área clínica com competência e resolutividade, tendo como base a filosofia do cuidado em saúde e os princípios que definem a Farmácia Clínica como uma ciência (62).

As atividades desenvolvidas pela SBFC estão em consonância com a sua Missão, Visão e Valores(62):

- **Missão:** congregar os farmacêuticos clínicos brasileiros e promover a Farmácia Clínica,

como área científica e especialidade profissional, dentro dos mais altos níveis de excelência e qualidade técnico-assistencial, estabelecendo os padrões de treinamento, prática especializada e desenvolvimento profissional, favorecendo a troca de experiências entre seus associados, o compartilhamento de expertise e o avanço da área no Brasil.

- **Visão:** ser reconhecida como organização profissional líder na disseminação de modelos inovadores de conhecimento e prática para a promoção da Farmácia Clínica no Brasil, na América Latina e nos países da comunidade lusófona.
- **Valores:** uma organização comprometida com valores éticos, transparentes, sustentáveis e participativos, como pilares de um modelo de gestão organizacional que valorize a excelência profissional e científica, bem como a formação de redes colaborativas e o engajamento de seus membros.

Adoção de conceitos e da nomenclatura em Farmácia Clínica e Cuidado Farmacêutico no Brasil. A SBFC considera que houve avanços no Brasil na área de Farmácia Clínica e ressalta a importância da discussão, da adoção e da disseminação dos conceitos que a fundamentam, ou que estejam a ela relacionados. Também reconhece e adota, com algumas atualizações, os conceitos apresentados no documento “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual” (3), entre os quais se destacam Farmácia Clínica, Cuidado Farmacêutico e elementos definidores da prescrição farmacêutica.

Farmácia Clínica. A área da Farmácia, voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças. A Farmácia Clínica também orienta o exercício profissional por meio de modelos de prática (3).

Ressalta-se que a expressão “Clínica Farmacêutica” não é sinônimo de “Farmácia Clínica”, uma vez que se trata de uma tradução equivocada do inglês para o português.

Cuidado Farmacêutico. Modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde (3).

Assim, recomenda-se que a expressão “Atenção Farmacêutica” não seja mais empregada, uma vez que a tradução correta para *Pharmaceutical Care* é “Cuidado Farmacêutico”. Este termo não deve ser utilizado no plural – “Cuidados Farmacêuticos” –, por se relacionar a um modelo, e não a um conjunto de práticas. A título de esclarecimento, podem citados os seguintes exemplos: a Homeopatia, a Fitoterapia, a Aromaterapia, entre outros modelos de prática profissional, que também não admitem o plural. Por outro lado, a expressão “Práticas Integrativas e Complementares” (PIC), que representa um conjunto de diferentes modelos de atuação clínica, admite o plural em sua grafia.

Prescrição, autonomia e limites de atuação do farmacêutico. A prescrição, conforme definida no documento “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade. Contextualização e Arcabouço Conceitual”, anteriormente citado, refere-se à tomada de decisão clínica sobre a melhor intervenção possível para o paciente. Este termo é definido como (3) ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.

Cabe ressaltar que a ação ou atividade técnica de selecionar uma intervenção para o paciente constitui um ato prescritivo, e que a prescrição não configura um serviço clínico *per se*, mas uma das atividades ou ato que compõem o processo de cuidado à saúde (3). Nesse sentido, é importante destacar que a SBFC não recomenda o uso da denominação “Prescrição farmacêutica” para cursos, considerando que Hepler, Strand (1990) indicaram, em substituição à prática profissional estabelecida na década de 1960, que o foco da ação

do farmacêutico é o paciente (17). Assim, “tomar uma decisão” não pode ser o eixo de um curso ou formação, uma vez que a tomada de decisão é uma das etapas do processo de trabalho no qual o foco é prover cuidado à pessoa com um dado problema de saúde ou na sua farmacoterapia.

Reitera-se, ainda, que o exercício profissional do farmacêutico não corresponde a uma atividade estritamente comercial. A sua função primordial é prestar serviços de caráter clínico-assistencial ao paciente, fundamentados no atendimento das suas necessidades de saúde, no respeito à ética, à

responsabilidade e aos limites profissionais (63).

Portanto, para que o farmacêutico tenha autorização para fazer a seleção de terapias farmacológicas e não farmacológicas, além da previsão legal instituída pela Resolução/CFF no 585/2013 e regulada pela Resolução/CFF no 586/2013, há que se considerar o interesse do paciente, o tipo de medicamento a ser selecionado, o local de atuação do farmacêutico, a sua inserção na equipe de saúde e a existência de acordos de colaboração com os prescritores autorizados no país (2,51) (Figura 1).

Figura 1. Algumas situações em que há limitações que devem ser consideradas, mesmo tendo sido estabelecida a possibilidade de seleção de medidas terapêuticas e propedêuticas para o farmacêutico nas Resoluções/CFF no 585/2013 (2) e no 586/2013 (51).

Farmacêutico atua em um serviço isolado		Farmacêutico atua como parte de uma equipe multiprofissional no sistema de saúde público ou privado
<p>Farmácia Privada:</p> <p>MNF: sim, desde que não haja alerta de encaminhamento¹</p> <p>MF: sim</p> <p>- Paciente é avaliado e não há alerta de encaminhamento¹</p> <p>- Somente para MIP², ou se houver acordo de cooperação com prescritor autorizado³</p> <p>Outras intervenções³:</p> <p>- SE: depende da aceitação do paciente em pagar os exames, caso o plano/seguro de saúde, se houver, não aceitar a solicitação de farmacêutico ou se o farmacêutico não for vinculado ao plano/seguro de saúde</p> <p>- EN: sim</p>	<p>Farmácia do SUS:</p> <p>MNF: sim, desde que não haja alerta de encaminhamento¹</p> <p>MF: Não ocorre na maioria das farmácias. É possível, caso haja protocolo aceito nos níveis municipal, estadual ou federal, prevendo a prescrição pelo farmacêutico, ou acordo de cooperação com prescritor autorizado pelo gestor público³, desde que o paciente seja avaliado e não haja alerta de encaminhamento¹</p> <p>Outras intervenções⁴:</p> <p>- SE: se houver previsão pelo gestor público</p> <p>- EN: depende dos fluxos de encaminhamento da gestão. Por exemplo, pode ocorrer o encaminhamento à UBS, mas não à atenção secundária à saúde, que deve partir do médico da APS.</p>	<p>MNF: sim, desde que não haja alerta de encaminhamento¹, conforme a divisão social do trabalho. Por exemplo, não se espera que um farmacêutico prescreva medidas alimentares em um serviço em que há nutricionista. Neste caso, se houver alguma orientação específica em relação à alimentação devido a algum medicamento em uso pelo paciente, o farmacêutico a comunicará ao nutricionista.</p> <p>MF: Na maioria dos lugares não ocorre. É possível, caso haja protocolo aceito nos níveis municipal, estadual ou federal prevendo a prescrição de farmacêutico ou acordo de cooperação com prescritor autorizado pelo gestor público³, desde que o paciente seja avaliado e não haja alerta de encaminhamento¹</p> <p>Outras intervenções⁴:</p> <p>- SE: se houver previsão pelo gestor.</p> <p>- EN: internamente, a comunicação entre os profissionais costuma ocorrer via prontuário do paciente ou pessoalmente. Encaminhamentos externos dependem dos fluxos aprovados pela gestão. Por exemplo, pode ocorrer o encaminhamento à UBS, mas não à atenção secundária à saúde, que deve partir do médico da APS.</p>

MNF: medidas não farmacológicas; ¹Alerta de encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde. É identificado após avaliação criteriosa da necessidade de saúde do paciente, da identificação das intervenções possíveis e da definição do plano de cuidado com o paciente, seguindo-se um protocolo de avaliação de paciente em uma dada condição de saúde para a provisão de cuidado pelo farmacêutico; **MF:** medidas farmacológicas. ²**MIP:** Medicamento isento de prescrição, ou seja, aquele medicamento cujo próprio paciente pode adquirir para fazer automedicação. Ressalta-se que o medicamento é isento de prescrição, mas não de toxicidade ao paciente. Assim, mesmo sendo MIP, é necessário verificar se há interações medicamentosas e contraindicações ao paciente em questão; ³Os acordos de cooperação entre médicos e farmacêuticos devem ser escritos, estarem disponíveis para consulta e definirem claramente a terapêutica permitida, a duração sob responsabilidade do farmacêutico e as situações de direcionamento ao médico; ⁴Outras intervenções relativas ao cuidado em saúde, ou seja, solicitação de exame para acompanhamento da farmacoterapia (**SE**) e encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde (**EN**); **UBS:** Unidade Básica de Saúde; **APS:** Atenção Primária à Saúde.

Desse modo, a SBFC esclarece que a prescrição de medidas não farmacológicas e farmacológicas deve ocorrer somente se o serviço de saúde ao qual o farmacêutico está vinculado dispuser de condições para o atendimento do paciente, com segurança e privacidade, e se houver os recursos necessários e a documentação da prescrição mediante o uso de formulários, prontuário, entre outros. Outro aspecto fundamental é a garantia de que a seleção de medicamentos e de medidas não farmacológicas foi efetuada pelo farmacêutico.

Recomendações. Ainda, no sentido de promover a discussão e a harmonização de termos na área de Farmácia Clínica, recomenda-se:

- que a expressão “Atenção Farmacêutica” seja substituída em documentos técnicos, títulos de disciplinas de graduação e de pós-graduação ou de cursos, entre outros, por “Cuidado Farmacêutico”, no singular;
- a utilização da expressão “Serviços clínicos providos por farmacêuticos”, em substituição aos termos “Serviços Farmacêuticos Clínicos”, “Serviços de Clínica Farmacêutica” ou “Serviços Clínicos Farmacêuticos”;
- o emprego da expressão “Reconciliação de medicamentos” ao invés de “Conciliação de Medicamentos” e,
- considerar a “Monitorização terapêutica de medicamentos” como o serviço farmacêutico que compreende a mensuração e a interpretação dos níveis séricos de fármacos e de outras provas biológicas, com o objetivo de determinar as doses individualizadas necessárias para a obtenção de concentrações plasmáticas efetivas e seguras. Ressalta-se que este serviço não corresponde a uma das etapas de avaliação de resultados de outros serviços clínicos.

CONCLUSÃO

A origem da Farmácia Clínica no Brasil remonta ao final dos anos 1970, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A área tem

se desenvolvido no país, no entanto, ainda há desafios a serem enfrentados, inclusive em relação à harmonização de conceitos e da nomenclatura utilizada, de modo a colaborar com o fortalecimento do ensino, da pesquisa e das atividades de extensão universitária.

Entretanto, o enfrentamento desses desafios só pode ocorrer por meio do trabalho colaborativo, envolvendo todos os segmentos, para que também haja avanços significativos na prática profissional do farmacêutico clínico, realizada em diversos ambientes (hospitais, farmácias comunitárias, farmácias de unidades básicas de saúde, consultórios farmacêuticos, entre outros), uma vez que o benefício gerado deve estar voltado ao aumento da resolutividade das ações em saúde prestadas à sociedade brasileira.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesses que pudessem influenciar a escrita deste artigo. Storpirtis S contribuiu na revisão do documento “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual” (3). Melo AC participou da organização, elaboração e revisão final deste documento, enquanto Palhano TJ contribuiu com a elaboração e a revisão final. Palhano TJ e Noblat LACB declaram que o fato de terem sido pioneiros na implantação da Farmácia Clínica no Brasil não influenciou na redação deste artigo.

AGRADECIMENTO

A Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica agradece aos demais membros da Diretoria Nacional e do Conselho Fiscal, da gestão 2019 a 2022, a saber: Dayani Galato, Ivonete Batista de Araújo, Francilene Amaral da Silva, Marcos Valério Santos da Silva, Patrick Luís Cruz de Sousa e Wellington Barros da Silva, pelas oportunas discussões sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jaramillo NM, Rech N. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002. 24 p.
- CFF. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Brasília: CFF; 2013.
- CFF. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Conselho Federal de Farmácia. Brasília: CFF; 2016. 200p.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services: The Patient-Centered Approach to Medication Management. McGraw-Hill, 2013.
- BRASIL. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 07 maio 2023.
- Arancibia A. La crisis de identidad profesional del farmacéutico en América Latina. *Pharmaklinik*. 1990; 4(3):11-25.
- Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47(3):533-543.
- Hepler CD. A dream deferred. *Am J Health Syst Pharm*. 2010; 67(16):1319-1325. DOI: 10.2146/ajhp100329.
- Carter BL. Evolution of Clinical Pharmacy in the USA and Future Directions for Patient Care. *Drugs Aging*. 2016; 33(3):169-177. DOI: 10.1007/s40266-016-0349-2.
- Salgado TM, Rosenthal MM, Coe AB, Kaefer TN, Dixon DL, Farris KB. Primary healthcare policy and vision for community pharmacy and pharmacists in the United States. *Pharm Pract*. 2020; 18(3):2160. DOI: 10.18549/PharmPract.2020.3.2160.
- Gregory P, Austin Z. Pharmacists' lack of profession-hood: Professional identity formation and its implications for practice. *Can Pharm J*. 2019; 152(4):251-256. DOI: 10.1177/1715163519846534.
- Noble C, McKaige L, Clavarino A. Pharmacy student professional identity formation: a scoping review. *Integr Pharm Res Pract*. 2019; 8:15-34. DOI: 10.2147/IPRP.S162799.
- Haack SL, Mazar I, Carter EM, Addo-Atuah J, Ryan M, Salazar Preciado LL, González Lucano LR, Barrera Ralda AL. Cultural Sensitivity and Global Pharmacy Engagement in Latin America: Argentina, Brazil, Ecuador, Guatemala, and Mexico. *Am J Pharm Educ*. 2019; 83(4):7218. DOI: 10.5688/ajpe7218.
- Ivama AM, Jaramillo NM. A educação farmacêutica no contexto de mudança do modelo de atenção à saúde e reorientação da prática farmacêutica. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008. p. 317-331.
- Rouse MJ, Meštrović A. Learn Today—Apply Tomorrow: The SMART Pharmacist Program. *Pharmacy*. 2020; 8(3):139. DOI: 10.3390/pharmacy8030139.
- Porta V, Storpirtis S. Farmácia Clínica. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015. p. 291-297.
- Miller RR. History of clinical pharmacy and clinical pharmacology. *J Clin Pharmacol*. 1981; 21(4):195-197. DOI: 10.1002/j.1552-4604.1981.tb05699.x.
- Hepler CD. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. *Pharmacotherapy*. 2004; 24(11):1491-1498. DOI: 10.1592/phco.24.16.1491.50950.
- Pande S, Hiller JE, Nkansah N, Bero L. The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2013(2). DOI: 10.1002/14651858.CD010398.
- Low HMM, See ZY, Lai YF. Understanding and expectation towards pharmaceutical care among patients, caregivers and pharmacy service providers: a qualitative study. *Eur J Hosp Pharm*. 2020; 27(1):25-30. DOI: 10.1136/ejhp-2017-001415.
- WHO. Consultative Group on the Role of the Pharmacist in the Health Care System (1988: New Delhi, India), World Health Organization. Pharmaceuticals Unit & WHO Meeting on the Role of the Pharmacist: Quality Pharmaceutical Services – Benefits for Governments and the Public. (2nd: 1993: Tokyo, Japan). (1994). The role of the pharmacist in the health care system: report of a WHO

- consultative group, New Delhi, India, 13-16 December 1988; report of a WHO meeting, Tokyo, Japan, 31 August-3 September 1993. World Health Organization. 1994. [cited 2023 May 07]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59169>.
22. ACCF. American College of Clinical Pharmacy. The definition of clinical pharmacy. *Pharmacotherapy*. 2008;28(6):816-817. DOI:10.1592/phco.28.6.816.
 23. Dreischulte T, Fernandez-Llimos F. Current perceptions of the term Clinical Pharmacy and its relationship to Pharmaceutical Care: a survey of members of the European Society of Clinical Pharmacy. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(6):1445-1456. DOI:10.1007/s11096-016-0385-3.
 24. Urick BY, Meggs EV. Towards a Greater Professional Standing: Evolution of Pharmacy Practice and Education, 1920-2020. *Pharmacy*. 2019;7(3):98. DOI: 10.3390/pharmacy7030098.
 25. Van Mil JW, Fernandez-Llimos F. What is 'pharmaceutical care' in 2013? *Pharm Pract*. 2013;11(1):1-2.
 26. Allemann SS, van Mil JW, Botermann L, Berger K, Griesse N, Hersberger KE. Pharmaceutical care: the PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(3):544-555. DOI: 10.1007/s11096-014-9933-x.
 27. Griesse-Mammen N, Hersberger KE, Messerli M, Leikola S, Horvat N, van Mil JWF, Kos M. PCNE definition of medication review: reaching agreement. *Int J Clin Pharm*. 2018;40(5):1199-1208. DOI: 10.1007/s11096-018-0696-7.
 28. Koubaity M, Lelubre M, Sansterre G, Amighi K, De Vriese C. Adaptation and validation of PCNE drug-related problem classification v6.2 in French-speaking Belgian community pharmacies. *Int J Clin Pharm*. 2019;41(1):244-250. DOI: 10.1007/s11096-018-0773-y.
 29. Swan JT, Giouroukakis M, Shank BR, Crona DJ, Berger K, Wombwell E. The Value of Pharmacy Residency Training for Health Systems: An Annotated Bibliography. *J Pharm Pract*. 2014;27(4):399-411. DOI: 10.1177/0897190013515707.
 30. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci*. 2015;40(3):229-233. DOI:10.7322/abcshs.v40i3.800.
 31. Legal M. Advanced Strategies in Pharmacy Experiential Education. *Can J Hosp Pharm*. 2019;72(3):239-244.
 32. Palhano TJ, Silva JAP. Prefácio. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015. p. xix-xx.
 33. Seminário Brasileiro de Farmácia Clínica. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Jun 1981.
 34. SBRAFH. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. Padrões mínimos para a farmácia hospitalar e serviços de saúde. São Paulo, 2017. 47p.
 35. Storpirtis S, Sugawara EE, Ricci MCS, Porta V, Ribeiro E, Mori ALPM. Ensino e Prática da Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica na Faculdade de Ciências Farmacêuticas e no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015. p. 367-374.
 36. Stolpe SF, Adams AJ, Bradley-Baker LR, Burns AL, Owen JA. Historical development and emerging trends of community pharmacy residencies. *Am J Pharm Educ*. 2011;75(8):160. DOI: 10.5688/ajpe758160.
 37. Goode JR, Bennett MS, Burns AL, Owen JA. The Need for Faculty Knowledge and Promotion of Postgraduate Year One Community-Based Pharmacy Residencies. *Am J Pharm Educ*. 2019;83(4):7245. DOI: 10.5688/ajpe7245.
 38. Funchal-Witzel MDR, Castro LLC, Romano-Lieber NS, Narvai PC. Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. *Braz J Pharm Sci*. 2011;47(2):409-420. DOI: 10.1590/S1984-825020110002000203.
 39. Bonetti AF, Della Rocca AM, Lucchetta RC, Tonin FS, Fernandez-Llimos F, Pontarolo R. Mapping the characteristics of meta-analyses of pharmacy services: a systematic review. *Int J Clin Pharm*. 2020;42(5):1252-1260. DOI: 10.1007/s11096-020-01058-5.
 40. Funchal-Witzel MDR. Aspectos conceituais e filosóficos da Assistência Farmacêutica, Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015, p. 336-348.
 41. Melo AC, Trindade GM, Freitas AR, Resende KA, Palhano TJ. Community pharmacies and pharmacists in Brazil: A missed opportunity. *Pharm Pract*. 2021;19(2):2467. DOI: 10.18549/PharmPract.2021.2.2467.
 42. Farina SS, Romano-Lieber NS. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança?. *Saude Soc*. 2009;18(1):7-18. DOI: 10.1590/S0104-12902009000100002.
 43. Correr CJ, Otuki MF. A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária. *Porto Alegre: Artmed*, 2013.
 44. Góes MCM. Programas educacionais em Farmácia Hospitalar. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E,

- Porta V. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015. p. 349–359.
45. Costa EA, Araújo PS, Penaforte TR, Barreto J, Guerra Junior AA, Acurcio FA, Alvares J, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:5s. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007107.
 46. FausDáderMj, Martínez–Martínez F. La Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para supuesta en marcha. *Pharm Care Esp*. 1999;1:52-61.
 47. Henman MC. Primary Health Care and Community Pharmacy in Ireland: a lot of visions but little progress. *Pharm Pract*. 2020;18(4):2224. DOI: 10.18549/PharmPract.2020.4.2224.
 48. Basheti IA, Mhaidat NM, Alqudah R, Nassar R, Othman B, Mukattash TL. Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Jordan. *PharmPract*. 2020;18(4):2184. DOI: 10.18549/PharmPract.2020.4.2184.
 49. Armando PD, Uema SA, Vega EM. Integration of Community pharmacy and pharmacists in primary health care policies in Argentina. *Pharm Pract*. 2020;18(4):2173. DOI: 10.18549/PharmPract.2020.4.2173.
 50. Raiche T, Pammett R, Dattani S, Dolovich L, Hamilton K, Kennie-Kaulbach N, Mccarthy L, Jorgenson D. Community pharmacists' evolving role in Canadian primary health care: a vision of harmonization in a patchwork system. *PharmPract*. 2020;18(4):2171. DOI: 10.18549/PharmPract.2020.4.2171.
 51. CFF. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Conselho Federal de Farmácia. Brasília, 2013.
 52. BRASIL. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Centro de Documentação e Informação. Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13021-8-agosto-2014-779151-norma-actualizada-pl.pdf>. Acesso: 07 maio 2023.
 53. CFF. MTE atende às reivindicações dos farmacêuticos ao atualizar a CBO. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/sistemas/geral/newsletter/visualiza.php?a=ZmE3MFlUTTFjMw==> Acesso em: 05 jun. 2023.
 54. CFF. Dispõe sobre a regulamentação das especialidades farmacêuticas, por linhas de atuação. Resolução nº 572, de 25 de abril de 2023. Conselho Federal de Farmácia. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/pagina.php?id=14> Acesso: 06 maio 2023.
 55. BRASIL. CBO 2234-45 - Farmacêutico hospitalar e clínico. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <https://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/223445-farmacaceutico-hospitalar-e-clinic> Acesso em: 08 Aug. 2023.
 56. BRASIL. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. 1ª ed. Volumes 1 a 4. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2015.
 57. CFF. Resultados do Cuidado Farmacêutico no Componente Especializado são apresentados pelo Ministério da Saúde. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2019. Disponível em: <https://www.cff.org.br/impresao.php?noticia=5588> Acesso em: 05 jun. 2023.
 58. FNFU. Farmácia universitária: padrões mínimos. Fórum Nacional de Farmácias Universitárias. Goiânia: Gráfica UFG, 2017. 48p.
 59. PPGASFAR. O PPGASFAR. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/ppgasfar/historico/> Acesso em: 07 maio 2023.
 60. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha IKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista Enf*. 2005;18(2):213–219. DOI: 10.1590/S0103-21002005000200015.
 61. CFF. Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017. 124p. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/Relat%C3%B3rio%20Enefar06jun2017_bx.pdf Acesso em: 07 maio 2023.
 62. SBFC. Quem somos. Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica. Disponível em: <https://farmaciaclinica.org.br/quem-somos/> Acesso em: 06 maio 2023.
 63. CFF. Carta aberta sobre prescrição farmacêutica. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia>. <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=1325&titulo=CARTA+ABERTA+SOBRE+PRESCRI%C3%87%C3%83O+FARMAC%C3%8AUTICA> Acesso em: 06 maio 2023.