

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THIAGO ANTÔNIO DE CARVALHO**

**ABORDAGEM SOBRE A RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA DE RECEITAS  
NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MORUMBI I EM UBERLÂNDIA,  
MG**

**UBERABA/MG**

**2014**

**THIAGO ANTÔNIO DE CARVALHO**

ABORDAGEM SOBRE A RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA DE RECEITAS NA EQUIPE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA MORUMBI I EM UBERLÂNDIA, MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro, para obtenção do certificado de  
Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Sandra de Azevedo Pinheiro.

UBERABA/MG

2014

THIAGO ANTÔNIO DE CARVALHO

ABORDAGEM SOBRE A RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA DE RECEITAS NA EQUIPE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA MORUMBI I EM UBERLÂNDIA, MG

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Sandra de Azevedo Pinheiro - Orientador

Profa. Me. Emiliane Silva Santiago - Examinador

Aprovado em Uberaba em 28 de janeiro de 2014

## RESUMO

O hábito popular de solicitar renovação de receitas sem uma nova avaliação clínica é frequente em unidades de atenção à saúde no município de Uberlândia, Minas Gerais. O presente trabalho apresenta uma proposta de intervenção no processo de trabalho de uma equipe de saúde da família implementado a partir de discussões com os profissionais de uma unidade de saúde, segundo propõe o planejamento estratégico situacional simplificado. Enfatiza educação da comunidade e alterações nas práticas em serviço.

**Palavras-chave:** Atenção básica em saúde, Educação em saúde, Automedicação

## **ABSTRACT**

The popular habit of requesting prescription refills without a new clinical evaluation is common in health care units in Uberlândia, Minas Gerais. This paper presents a proposal for intervention in the work of a family health team deployed from discussions with professionals from a health care process, according to the proposed simplified situational strategic planning. Emphasizes community education and changes in practices in service.

Keywords: Primary health care, Health education, self medication

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
1.1. Principais problemas e falhas no ato de prescrever .....	11
2.OBJETIVOS .....	13
2.1.Objetivo Geral .....	13
2.2.Objetivo Específico.....	13
3- MÉTODO .....	13
4. CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIAS.....	16

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Uberlândia faz parte do Estado de Minas Gerais. Localiza-se no centro do triângulo mineiro e cerca de 560 quilômetros da capital do estado Belo Horizonte. O prefeito eleito para gestão 2013-2016 é Gilmar Machado, tendo como secretário de saúde Almir Fontes. Sua população é de 619.536 habitantes (estatística de 2012). A cidade de Uberlândia foi emancipada de Uberaba no final da década de 1880. Possui posição estratégica, uma vez que é ponto de ligação aos principais centros comerciais do País e alta taxa de urbanização (cerca de 97% de sua população vive na zona urbana). Ocupa uma área de 4.115,82 quilômetros quadrados, sendo que 135.349,2 quilômetros quadrados estão em perímetro urbano. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,830 considerado como elevado em relação ao do estado que é de 0,800 (CENSO, 2010).



Fonte:[http://en.wikipedia.org/wiki/File:MinasGerais\\_Municip\\_Uberlandia.svg](http://en.wikipedia.org/wiki/File:MinasGerais_Municip_Uberlandia.svg)

A Secretaria Municipal de possui uma extensa rede de atenção à saúde, onde a população é atendida por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidades básicas. Os pontos de atenção da rede municipal estão regionalizados em cinco setores sanitários e compreendem 42 equipes de Saúde da Família, com uma cobertura populacional de 29%. O Município tem oito Unidades Básicas Convencionais (UAPS), com cobertura populacional de 34% e oito Unidades de Atendimento Integrado (UAI), sendo esta última com 37% atendimento para atenção primária, sendo referência para especialidades e pronto atendimento. A Central Municipal de Regulação de Urgência e Emergências (CMRUE) funciona 24 horas/dias, sete dias/semana, utilizando um sistema criado na Intranet. O sistema SUS Fácil utilizado pela Secretaria do Estado de Minas Gerais,

que é utilizado pela Central Estadual já está instalado nas oito UAIs. A Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados é um dos componentes modulares do Complexo de Regulação, sendo um instrumento da gestão que permite organizar, ordenar e controlar o referenciamento do atendimento especializado eletivo solicitado pela rede assistencial.

A incidência da pobreza, no município medida pelo IBGE, é de 0,41%, a incidência da pobreza subjetiva é de 9,79%. A taxa de mortalidade infantil é de 10,6. As famílias residentes em domicílios particulares somam 179.033(2010- IBGE).

O bairro Morumbi está localizado na zona leste de Uberlândia, à 11km do centro. Com uma população de 18000 habitantes (2010-IBGE), o bairro possui rede de água e esgoto e 95% das ruas asfaltadas. Possui ainda a UAI que atende a população local e também população de bairros vizinhos como Alvorada e Dom Almir. O bairro possui quatro equipes de saúde da família (ESF), sendo a de número 1 localizada na Rua das Emas, número 28, em imóvel (casa) alugada e adaptada para atendimento ao público. Trabalham nessa unidade atualmente 1 enfermeira, 1 médico de saúde da família, 1 psicólogo, 1 atendente, 1 serviços gerais, 2 técnicos de enfermagem e 3 agentes de saúde (outras 3 agentes estão afastadas por motivo médico ou em licença maternidade).

O Programa de Saúde da Família (PSF) nasce, em 1994, como estratégia de reorientação do modelo de atenção, a partir da reconstrução das práticas de Atenção Primária em Saúde (APS), colocando a família nas agendas das políticas públicas de saúde. Os problemas de saúde da população são priorizados considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência: de trabalho, renda, habitação, acesso à educação e o seu saber preexistente; como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, entre outros. Ao final da década de 1990, o trabalho de Saúde da Família (SF) foi assumido pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para a reorganização do Sistema de Saúde e como modelo assistencial substitutivo para atingir uma atenção primária que fosse reordenada em planificação de saúde. Dessa forma, o PSF assume a missão de reestruturar a assistência à saúde da população reorganizando a Atenção Básica, em contraposição ao modelo anterior que vinha sendo praticado com perfil assistencial e baseado em especialidades médicas. Os impactos provocados pelo PSF na saúde das famílias atendidas, com a percepção



de seus efeitos sobre o perfil epidemiológico nos territórios de sua abrangência, transformaram esse programa em diretriz política para o Ministério da Saúde. O PSF passa a ser uma estratégia estruturante na formulação e organização de um novo modelo tecnoassistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois introduz um olhar ativo de intervenção em saúde, a de não esperar pela demanda, mas agir de forma preventiva, organizando a futura demanda. A organização do acesso aos serviços de saúde é uma das principais conquistas da população que tem cobertura do PSF.

Até o início do século XX, os medicamentos utilizados eram de origem natural e a prescrição médica, mediante fórmulas magistrais, era preparada artesanalmente em farmácias e comercializada de modo limitado. Um ritmo inimaginável foi impresso na dinâmica de produção e comercialização de produtos farmacêuticos em escala industrial, decorrente do crescimento econômico global. Os medicamentos têm grande importância, ao lado de fatores como nutrição, moradia e outros, na modificação dos indicadores de saúde. Entretanto, transformaram-se em tema controvertido em razão de prática abusiva, uma vez que, à sua função terapêutica, agregam-se funções sociais e econômicas, necessariamente, não relacionadas com saúde e doença.

As mortes de mais de 100 pessoas nos EUA, decorrentes do dietilenoglicol contido em xarope de sulfanilamida (1937), a epidemia de focomelia e outras malformações produzidas pela talidomida (1960) contribuíram de modo categórico para a necessidade de se introduzir mecanismos para prevenir os efeitos indesejáveis dos medicamentos, agregando-se, aos métodos existentes, os de pós-comercialização, constituindo a farmacovigilância.

A intoxicação, como problema social, foi amplamente difundida com o advento da industrialização, que potencializou o *pharmakon*, termo que designa medicamento e veneno, um recurso de saúde, um instrumento social que cura e salva, mas que também adoece e mata.

Há 21 anos a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu especialistas, que estabeleceram conceituação e critérios para o uso racional dos medicamentos, requerendo que os pacientes recebam a medicação apropriada para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, ao menor custo possível, o que implica eficácia, efetividade, eficiência e segurança.

Ao considerar valores terapêutico, simbólico e econômico dos medicamentos e situá-los dentro dos critérios de racionalidade, evidencia-se um conjunto de fatores de risco relacionados ao consumo e ao uso dos medicamentos. No Brasil, apesar de existirem normas, não há ainda um sistema de registro de agravos relacionados a medicamentos efetivamente implantados e funcionando, que contemple critérios de qualidade, confiabilidade e disponibilidade para a execução da vigilância.

Medidas educativas são fundamentais, mas ineficazes se não forem coerentes com a concepção de que medicamento contém risco e não deve estar disponível para qualquer uso, de qualquer forma, por qualquer um, bastando apenas ter um papel em mãos para autorizar seu uso. Se o medicamento está sendo utilizado além de sua finalidade terapêutica, de forma abusiva ou indevida, a sociedade, os médicos e todo o sistema de saúde devem enxergar esses casos e encontrar formas adequadas para enfrentá-los. Isso só pode ser conseguido tendo como ponto de partida uma orientação clínica adequada.

Na Unidade de Saúde Morumbi I, há um problema crônico que prejudica muito a relação médico-paciente. Trata-se de renovação automática de receitas sem atendimento direto do paciente, algumas de controle especial. Todos os dias várias pessoas procuram a unidade, sem agendamento de consulta, para “troca” de sua receita, receita de parentes ou até receita de conhecidos sem o devido exame clínico do paciente. A explicação dada é que a demanda é muito grande por essa atividade e não se poderia ocupá-la com agendamento de consulta.

Infelizmente essa foi uma prática instituída e não combatida na unidade de saúde. Criou-se a falsa idéia que a renovação automática de receitas é uma prática correta da medicina.

Essa conduta poderia ser aceita como correta por algumas pessoas se não fosse de encontro ao Código de Ética Médica vigente, nos artigos 37 e 80 que rezam:

No CAPÍTULO V- RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

No CAPÍTULO X- DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Diante disso, fica claro que o médico fica proibido de prescrever sem ter realizado exame direto do paciente. Muitos aspectos de definição e de conduta deveriam ser observados no momento de uma prescrição cuidadosa. Falhas de prescrição e erros de prescrição são os maiores problemas entre os erros de tratamento farmacológico (NERY, 2004). Elas ocorrem tanto em clínica geral como em hospitais, e embora sejam raramente fatais, podem afetar a segurança e a qualidade de saúde dos pacientes.

### **1.1. Principais problemas e falhas no ato de prescrever**

Tanto os erros de prescrição quanto as falhas de prescrição relativas a decisões médicas erradas podem resultar em danos aos pacientes. Qualquer etapa no processo de prescrição pode gerar erros.

- a) Deslizes, lapsos ou enganos
  
- b) Omissões involuntárias na transcrição de fármacos
  
- c) Falhas na seleção de dose
  
- d) Transcrição omissa
  
- e) Caligrafia inadequada

Falta de conhecimento ou competência e informações incompletas acerca de características clínicas e do tratamento prévio de pacientes podem resultar em falhas de prescrição, incluindo o uso de fármacos inapropriados. Intervenções ativas que visam reduzir os erros de prescrição e as falhas de prescrição são intensamente recomendadas.

Quando o médico prescreve uma medicação, torna-se responsável por efeitos indesejáveis, infelizmente até fatais, ao paciente. O médico se responsabilizará, em

caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais (artigo XIX do Código de Ética Médica, capítulo I, princípios fundamentais), ou seja, não pode deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente. Se um paciente vem fazendo tratamento com um médico há anos, perde o retorno com o mesmo e procura uma unidade de saúde para renovação de sua receita, o médico que “trocou” sua receita não poderá justificar, em caso de efeitos colaterais da medicação, que não examinou o paciente e nem dividir a responsabilidade com o médico que prescreveu originalmente a medicação.

Erro de prescrição com significado clínico é definido como erro de decisão ou redação, não intencional, que pode reduzir a probabilidade do tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão no paciente, quando comparado com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas.

Podemos enumerar ainda os seguintes tipos de erros de medicação na prescrição médica:

1. Medicamento não indicado/ não apropriado para diagnóstico que se pretende tratar;
2. História prévia de alergia ou reação adversa similar;
3. Medicamento inadequado para o paciente por causa da idade, situação clínica, etc;
4. Medicamento contra-indicado;
5. Interação medicamento-medicamento;
6. Interação medicamento-alimento;
7. Duplicidade Terapêutica;
8. Medicamento desnecessário;
9. Dose, via de administração ou posologia errada.

O médico deve decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional.

## **2.OBJETIVOS**

### **2.1.Objetivo Geral**

O objetivo deste estudo é propor um projeto de intervenção para a melhoria do problema de renovação automática de receitas médicas na Equipe de Saúde da Família no bairro Morumbi na cidade de Uberlândia, Minas Gerais.

### **2.2.Objetivo Específico**

Instituir a prática de consultas e reavaliações clínicas periódicas antes da emissão de novas receitas solicitadas pelo usuário do serviço de saúde.

## **3- MÉTODO**

Para discutir o problema da prática da renovação automática de receitas, foram realizadas reuniões com a equipe, sobretudo agentes comunitários de saúde. Foi esclarecida a importância da consulta médica e do reforço do vínculo da relação médico-paciente nas abordagens individuais realizadas em atendimento.

#### **4. CONCLUSÃO**

A solução criada para tentar minorar esse problema foi a criação na agenda do médico de espaço para livre demanda e marcação de consulta em breve período de tempo para prosseguimento ou não da medicação anterior prescrita. Desse modo objetiva-se a criação de um vínculo maior com os pacientes com maior conhecimento do uso correto de certa medicação, diminuindo a iatrogenia e problemas tanto para o médico quanto para o paciente.

Diante do problema de renovação automática de receitas, após uma reunião de educação continuada com integrantes da equipe de saúde ficou estabelecido um plano de ação para diminuir esse problema.

Foram colocados avisos na sala de recepção e em murais da unidade bem como dada a devida orientação à assistente administrativa responsável pela recepção das novas normas de acompanhamento de pacientes que fazem uso de medicação contínua, sobretudo as de controle especial. Durante a ocorrência das consultas, enfatizou-se a importância de acompanhamento mais frequente e cuidadoso de patologias que requerem uso de medicação contínua. Além disso, Foi criado espaço na agenda do médico para atendimento de demanda espontânea, para viabilizar a abordagem aos pacientes que, por algum motivo, solicitavam renovação da receita imediatamente.

Foi também acordado que a renovação de receita sem consulta, em caráter excepcional, poderá ser feita desde que haja agendamento automático de consulta em no máximo sete dias. Além disso, foi lembrada a importância fundamental das agentes comunitárias de saúde em propagar a nova postura da equipe de saúde bem como enfatizar a importância do acompanhamento mais frequente dos casos crônicos e a respectiva necessidade de reavaliação da medicação prescrita sempre que possível.

Infelizmente, a população ainda não está preparada para essa mudança devido aos costumes criados ao longo do tempo de funcionamento da unidade bem como a questão cultural que diminui a importância das consultas e das reavaliações clínicas periódicas. Criar um espaço na agenda para esse tipo de atendimento é um desafio, visto a alta demanda para consultas médicas.

Por outro lado, todos da equipe entenderam a importância do plano proposto e estão engajados na sua realização. Há, com isso, uma valorização do trabalho desempenhado por todos como modificadores do estilo de vida e de costumes que podem ser importantes coadjuvantes na promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

BUENO, D; SAMPAIO, G,C; GUERIM, G,D. Análise do acesso a medicamentos em uma Unidade do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre.**Revista de Atenção Primária de Saúde**; v.16, n.1, 2013.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Disponível em: < cremesp.org.br > Acesso em: dia 05/01/2014.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à Metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.;

GANDOLFI, E.; ANDRADE, M.G.G. Eventos toxicológicos relacionados a medicametos no Estado de São Paulo. **Revista Saúde Publica**, v. 40, n.6, dez. 2006.

NÉRI, E. D. R. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário. Fortaleza, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. Sistema *FastMedic*, sistema em gestão em saúde.

SECRETARIA DE SAÚDE. Problemas relacionados a medicamentos: prescrição inadequada de anti-hipertensivos da mesma classe farmacológica. Coordenação da Atenção Básica. São Paulo, SP. Secretaria da Saúde; p.02, jun. 2011.

TOFANI, A. A. Segurança na Administração de Medicamentos: Erros na Prescrição e Dispensação de Medicamentos. Rio de Janeiro; INCA; nov. 2010.