



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Rosana de Fatima Nezio Brito

Abordagem sobre renovação automática de receitas
para medicamentos de uso contínuo em pacientes da
Equipe de Saúde da Família Irineu Kienen, no município
de Indaial, Santa Catarina

Florianópolis, Março de 2018

Rosana de Fatima Nezio Brito

Abordagem sobre renovação automática de receitas para medicamentos de uso contínuo em pacientes da Equipe de Saúde da Família Irineu Kienen, no município de Indaial, Santa Catarina

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Ana Lúcia Danielewicz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Rosana de Fatima Nezio Brito

Abordagem sobre renovação automática de receitas para medicamentos de uso contínuo em pacientes da Equipe de Saúde da Família Irineu Kienen, no município de Indaial, Santa Catarina

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Ana Lúcia Danielewicz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: O hábito popular de solicitar renovação de receitas sem reavaliação clínica é frequente na atenção básica do município de Indaial-SC. Medidas educativas são fundamentais, mas ineficazes se não forem coerentes com a concepção de que os medicamentos contêm riscos e não devem estar disponíveis para qualquer uso e/ou de qualquer forma. Se o medicamento está sendo utilizado além ou aquém de sua finalidade terapêutica, de forma abusiva ou indevida, a sociedade, os médicos, e todo o sistema de saúde devem encontrar formas adequadas para controle. **Objetivo:** Propor estratégias de intervenções para a melhoria do problema de renovação automática de receitas médicas dos pacientes atendidos na Equipe de Saúde da Família Irineu Kienen, no município de Indaial- SC. **Metodologia:** Serão realizadas reuniões em grupos com os pacientes que mais utilizam medicamentos controlados (Grupos Hiperdia e de saúde mental). Também serão realizadas visitas domiciliares aos acamados e com incapacidades visando a reavaliação clínica, prévia à emissão da receita medicamentosa. A renovação de receitas sem consultas, em caráter excepcional, poderá ser realizada desde que com agendamento de consulta em no máximo sete dias. Nas reuniões em grupo será enfatizada a importância de acompanhamento frequente e cuidadoso das doenças que requerem uso de medicação contínua e serão entregues as receitas aos pacientes para até quatro meses, sendo agendadas as datas da próxima atividade em grupo. Os pacientes com queixas sobre a medicação ou que desejem trocá-la serão encaminhados ao consultório para consulta individualizada. **Resultados esperados:** Espera-se que após a realização do plano de intervenção seja possível garantir melhor assistência medicamentosa aos pacientes dos grupos Hiperdia e de saúde mental. Desse modo, objetiva-se a criação de maior vínculo com os pacientes, aumentando seus conhecimentos sobre o uso correto dos medicamentos, diminuindo a iatrogenia e suas complicações, tanto para o médico quanto para o próprio paciente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação Médica Continuada, Prescrição Inadequada, Uso Indevido de Medicamentos sob Prescrição

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Irineu Kienen está inserida no município de Indaial, no estado de Santa Catarina. Indaial conta atualmente com aproximadamente 65 mil habitantes e sua colonização iniciou por volta de 1860, com os imigrantes alemães, e posteriormente, com os italianos (1875) e poloneses (1878). No ano de 1934 conquistou sua independência, sendo desmembrado da grande Blumenau. Indaial tem 82 anos e há 44 anos comemora a tradicional FIMI – Festa de Instalação do Município de Indaial.

O nome Indaial, originalmente, era escrito com a letra y, por ser derivado do vocábulo indígena indayá, que significa palmeira. Como indayá é de origem Tupinambá o nome do município também herdou essa característica. Contudo, devido às alterações ocorridas na língua portuguesa em 1931, passou-se a escrever com i, indaiá e Indaial. Pela lei provincial n 1.116 de 04 de setembro de 1886, Indaial teve elevada sua categoria à distrito de Blumenau. O território do distrito iniciava em Indaial e terminava em Rio do Sul. Antigamente os povoados seriam como os bairros são hoje, entretanto bem menores. Assim tem-se que a cidade de Indaial era o centro administrativo do município de Blumenau que possuía vários povoados, como Encano, Warnow, Indaial, Aquibadã (Apiúna), Carijós, Ascurra entre outros. Como era muito grande para facilitar a administração, até ser criado um novo município, vários povoados geograficamente próximos formavam distritos, que tinha como sede o mais centralizado e desenvolvido. A partir dessa data todo o distrito levava o nome de povoado sede. A colonização do município de Indaial teve início em 1860 por famílias oriundas de Armação, Itajaí, Camboriú e Porto Belo. Primeiramente a região era habitada por índios carijós. Em 1863, o engenheiro Emílio Odebrecht, da colônia de Blumenau, subiu o Rio Itajaí-Açu, até à confluência dos rios Itajaí do Sul e Itajaí do Oeste, registrando a existência de habitações na barra do rio Benedito, onde hoje se situa a cidade de Indaial. Em 1886 foi criado o distrito de Indaial, o qual foi elevado a município em 1893. Somente 1934 restaurou-se o município tendo sido festivamente instalado no mesmo ano. Elevado a categoria de município com a denominação de Indaial Decreto lei estadual nº 526 de 28/02/1934 desmembrado de Blumenau sede do antigo distrito de Indaial.

O nome do bairro Encano surgiu devido à plantação de cana-de-açúcar e das pessoas que passavam a balsa se referiam ao lugar como Canabá, daí o nome Encano Baixo. A pessoa que teve a ideia da construção de uma UBS neste bairro foi o senhor Irineu Kienen, nome este batizado para a Unidade. O terreno era da Cia Hering, que tem suas atividades até os dias atuais ao lado da UBS. A Cia cedeu o terreno à prefeitura sob a coordenação do Senhor Irineu Kienen, que na época era gerente da empresa e foi até a prefeitura para iniciar a construção. Foi feita a reforma e ampliação dessa UBS, que hoje atende mais de 7.187 habitantes e é a única do bairro.

A organização social e as associações existentes no bairro são de predomínio e de forte

influência Luterana; Tem-se no bairro atualmente duas Igrejas Luteranas, dois cemitérios, uma creche, três igrejas evangélicas, fábrica de velas, gráfica, farmácia, posto de combustível, empresa têxtil (como a Cia Hering), empresas de fios, tecidos, artefatos de madeira, fábricas de móveis, confecções, bares, supermercados, indústria de papel, metalúrgica, indústrias de tecidos, ônibus intermunicipal e circular.

Com relação à participação popular, existe somente o Conselho Local de Saúde que se reúne na última quarta de cada mês nas dependências da Igreja Luterana central. Também apresenta serviços sociais desenvolvidos pela UBS em conjunto com a prefeitura e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tais como a equipe de dança de zumba, e a academia pública dos idosos. Também existe o encontro da terceira idade, feito em parceria com a assistência social mensalmente e uma associação de moradores em Encano Central .

A Estratégia Saúde da Família Irineu Kienen, está constituída por dois médicos, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma dentista, um técnico de dentista e dois agentes comunitários de saúde. Também recebe apoio de uma equipe do NASF (psicóloga, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, professor de educação física). A UBS está dividida em 06 microáreas para melhor atendimento e seguimento da população. A estrutura física está dividida da seguinte maneira: 1) serviço de odontologia com um consultório; 2) Sala de curativo; 3) Sala da enfermeira; 4) dois consultórios médicos; 5) sala de expurgo; 6) farmácia básica; 7) sala de imunização e 8) cozinha. Na UBS o serviço de ambulatório é feito através da demanda espontânea, encaixe e agendamento de grupos (puericultura, hiperdia, saúde mental) e acompanhamento de pré-natal de baixo risco.

A população total acompanhada pela ESF é de 7.187 pessoas distribuídas da seguinte forma: homens: 3.500 e mulheres: 3687; faixa etária menores de 20 anos: 2.586, adultos entre 20 e 59 anos: 3.973 e maiores de 60 anos: 628. Dentre as enfermidades crônicas não contagiosas segue o padrão nacional representada principalmente por: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), sendo acometidos 492 e 379, respectivamente. Os acompanhamentos são feitos através do programa HIPERDIA, realizados por consultas agendadas, grupos e visitas domiciliares. A importância de tais acompanhamentos podem ser medidos através da mudança de estilo de vida dos pacientes e qualidade de vida de pacientes crônicos. Na possibilidade são realizados os encaminhamentos aos especialistas colaboradores do NASF, como nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, etc.; Há possibilidade de diagnóstico precoce de doenças crônicas e até mesmo de reverter quadros clínicos de pré-diabéticos, HAS em estágio inicial apenas com orientações e medicações adequadas.

Dentre as principais enfermidades que levam a procura de serviço de saúde destacam-se a HAS e a DM, os transtornos psicológicos, a renovação de receitas de uso continuado, infecção do trato urinário, infecção de via respiratória, osteoartropatias, obesidades, enfermidades gastrointestinais. As cinco principais causas de mortes dos residentes são:

Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal, Câncer, Traumas, HAS. As cinco principais causas de internações dos idosos residentes são: Pneumonia, Neoplasias, Traumas, DM descompensado, HAS não controlada.

Ao avaliar a rotina de consulta e estatística no transcurso do ano, observa-se que a quantidade de pacientes que fazem consulta para renovação de receitas continuadas por doenças crônicas e por saúde mental sem nenhuma queixa é um dos principais problemas de demanda nas consultas na área. A proposta é que a equipe de saúde crie espaço para acolher a demanda, na qual o usuário cuja receita está vencida possa receber avaliação, mesmo que breve. É frequente que o profissional de UBS seja a única referência de cuidado médico de uma pessoa, e por isso, não se deve deixar de tentar responder da melhor forma possível àqueles que o procuram.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Propor estratégias de intervenções para a melhoria do problema de renovação automática de receitas médicas dos pacientes atendidos na Equipe de Saúde da Família Irineu Kienen, no município de Indaial- SC.

2.2 Objetivos específicos

- Instituir a prática de atividades em grupos e consultas para reavaliações clínicas periódicas, prévias à emissão de receitas medicamentosas solicitadas pelos usuários do serviço de saúde;
- Propor a realização de visitas domiciliares para renovação de receitas aos pacientes acamados da área de abrangência;
- Promover a realização de palestras e atividades educativas em grupos com o apoio dos profissionais do NASF, conforme as necessidades observadas na população usuária do serviço.

3 Revisão da Literatura

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 (GANDOLFI; ANDRADE, 2006).

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 recebessem 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 os valores terapêuticos, 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 em excesso 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.

Uma das questões que necessita de atenção especial por parte dos administradores públicos é a saúde da população. Manter os setores de saúde pública organizados e com um planejamento bem definido deve ser uma das principais metas a serem cumpridas. A saúde da população reflete em inúmeras ações do cotidiano social, considerando-se que indivíduos doentes e/ou com má qualidade de vida, rendem menos em sua vida profissional e desenvolvem relações sociais abaladas pela falta de saúde física ou psicológica (MEDICINA, 2012).

Os gastos com saúde pública no Brasil são grandes, visto que são oferecidos inúmeros tratamentos e medicalizações através do SUS – Sistema Único de Saúde. Minimizar esses gastos e facilitar o cotidiano dos profissionais que atuam junto ao SUS no Brasil, constitui-se, desta forma, em estratégia fundamental para melhorar a qualidade de vida da população brasileira, trazendo resultados significativos para a sociedade de forma geral.

Uma das ações desencadeadas pelo Governo brasileiro para facilitar, ou até mesmo unificar os serviços de saúde em todo o território nacional, foi o ESF – Estratégia Saúde da Família. A ESF nasceu em 1994, inicialmente chamada de PSF (Programa de Saúde da Família) para ser uma 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 (BUENO; SAMPAIO; GUERIM, 2013)

Neste contexto, identifica-se a ESF como um programa que visa unificar as formas de tratamento e atendimento às populações, minimizando a longo prazo as filas de espera e criando estratégias que vão além da simples medicalização dos pacientes. Formado por uma equipe de especialistas de diversas áreas, a ESF junto com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atuam não apenas no tratamento das doenças, mas, também na prevenção das mesmas, criando estratégias e dando apoio às famílias atendidas. As demandas de saúde pública são desta forma estudadas, e a partir dos estudos são realizadas inúmeras práticas de promoção, prevenção, atendimento e de acompanhamento, para que o número de famílias atendidas seja cada vez mais significativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O trabalho da ESF não considera o indivíduo apenas a partir de sua entrada na Unidade de Saúde, mas sim, como um indivíduo que se encontra inserido em um ambiente social que, em muitos casos, desencadeia muitas das doenças apresentadas pelo mesmo. Sabe-se que muitos fatores interferem diretamente na qualidade de vida das populações, tais como: trabalho, renda, habitação, acesso à educação e o seu saber preexistente; meio ambiente, cultura, concepções sobre saúde e doença, aspectos familiares, da sociedade, entre outros.

Nesta perspectiva, os profissionais que atuam junto às ESF desenvolvem estudos sobre as demandas atendidas, procurando orientar as famílias, promovendo hábitos de vida saudáveis e buscando minimizar os impactos do cotidiano social sobre a saúde das pessoas. Palestras, rodas de conversa, murais confeccionados nas Unidades de Saúde, panfletos, encaminhamento de pacientes à profissionais da equipe multidisciplinar do NASF (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, educador físico, entre outros), são práticas que visam a prevenção de inúmeras doenças e, também a recuperação integral do paciente o considerando como um indivíduo social, que necessita de equilíbrio físico e mental para estabelecer suas relações e desenvolver suas atividades cotidianas.

Pode-se afirmar que as conquistas da ESF são grandes, e que o aumento do acesso aos serviços de saúde pela população brasileira fora uma delas. Hoje o acesso aos serviços públicos são bem maiores do que se presenciava antes dos ESFs terem sido criados e fortalecidos em todo o território brasileiro. Além da expansão nos atendimentos, outro fator importante no que diz respeito à saúde pública a partir da implantação da ESF nos municípios brasileiros, fora o aumento significativo dos números de medicamentos distribuídos à população brasileira, porém o que não se pode deixar de citar é a importância das práticas de prevenção e conscientização em todo esse processo. Os medicamentos são muito importantes no tratamento das doenças, no entanto, diversos fatores relacionados aos aspectos biopsicossociais do indivíduo também interferem na modificação da sua saúde

e devem ser sempre considerados.

As demandas atendidas pela ESF são inúmeras. No entanto, existem algumas que acabam necessitando de uma atenção, ou mesmo de um trabalho maior, por terem maior complexidade de acompanhamento. As doenças crônicas, que necessitam maior atenção por parte dos profissionais da saúde, por exigirem um tratamento contínuo, são os principais alvos de estudos e de práticas que visem minimizar sua incidência, ou mesmo, proporcionar maior qualidade de vida aos indivíduos que as apresentam (MEDICINA, 2009).

Entre as doenças atendidas pelas Unidades de Saúde frequentemente, e que necessitam de um olhar atento dos profissionais para práticas de prevenção e de conscientização, é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a Diabetes Mellitus (DM) e também aquelas relacionadas à saúde mental, cujos pacientes fazem uso de medicação psicotrópica. A HAS e a DM compõem as primeiras causas de hospitalizações no sistema público de saúde e são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede pública básica (MEDICINA, 2009). As unidades de saúde, através de parcerias e ações conjuntas, precisam desencadear práticas que venham minimizar estes números e proporcionar um acompanhamento à estas pessoas com essas doenças crônicas.

O número de pacientes diabéticos está aumentando mediante o crescimento e envelhecimento da população, crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo e maior sobrevivência de pacientes com diabetes. De natureza crônica e devido à gravidade de suas complicações a DM é uma doença muito cara não apenas para o paciente, para a família e para o SUS. A perda de qualidade de vida, dor, ansiedade apresentam um grande impacto também. Muitos indivíduos são incapazes de trabalhar devido às complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação (CÂMARA, 2016).

Considerando-se que as doenças crônicas constituem-se em uma das principais demandas das unidades de saúde, é preciso criar estratégias para facilitar o acompanhamento e a atenção à essas pessoas que fazem uso contínuo de medicação psicotrópica, visando a melhoria no atendimento e diminuição das filas de espera nas unidades de saúde.

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.

Inúmeros fatores estão envolvidos neste processo. Tratamento e acompanhamento das doenças crônicas não se resumem ao ato de receitar remédios. A renovação das receitas, desta forma, deve constituir-se em apenas em um dos processos do tratamento das

pessoas com doenças crônicas. As ações educativas implementadas pelas ESF são muito importantes para esclarecimento da população e, ainda, contribuem para compartilhamento de experiências entre os pacientes, aceitabilidade da sua enfermidade. Também viabilizam a abertura para avaliação da população sobre o atendimento, adesão ao tratamento (CÂMARA, 2016).

Buscar a qualidade de vida dos pacientes deve ser uma prioridade nas ações desencadeadas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. É neste contexto que equipes multidisciplinares podem desencadear estratégias como rodas de conversa, grupos, palestras, dinâmicas, entre outras ações conjuntas para fazer com que as pessoas que fazem uso de medicação psicotrópica tenham uma atenção diferenciada e possam sentir-se acolhidas.

Essas atitudes tornam-se muito importantes à medida que a maioria dos pacientes com doenças crônicas, tem seu quadro de saúde agravado pela falta de hábitos saudáveis, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, maus hábitos alimentares, falta de exercícios físicos, entre outros fatores que refletem diretamente na qualidade de vida e agravam os sintomas das doenças de forma significativa.

Infelizmente, muitos pacientes já estão acomodados em sua situação de vida, e resistem às formas alternativas de tratamento que fogem do uso de medicação. Muitos pacientes chegam às Unidades Básicas de Saúde apenas para trocar, renovar ou solicitar uma nova receita. O objetivo é pegar gratuitamente remédio nas farmácias locais – como, aliás, é seu direito. Porém, tais situações deixam médicos em situações complicadas, já que podem culminar nos chamados atendimentos “não presenciais”, em princípio antiéticos (MEDICINA, 2009).

Os profissionais, por sua vez, não podem admitir que as estratégias de saúde da família sirva apenas para renovar receitas. A medicalização é sim parte de extrema importância no tratamento das doenças crônicas, entretanto, não pode ser a única forma de tratamento. Os medicamentos devem estar associados às práticas saudáveis, desencadeadas através das ações de conscientização e orientação a serem desenvolvidas nas unidades de saúde. Neste contexto, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos, médicos e demais especialistas devem planejar práticas multidisciplinares na tentativa de melhorar a qualidade de vida das pessoas atendidas. No entanto, muitas pessoas ainda insistem em procurar as Unidades de Saúde somente para renovar receitas e, em alguns casos até mesmo solicitar receitas para terceiros. O código de ética médica proíbe claramente estas práticas, sendo que o profissional de saúde jamais poderá prescrever sem realmente ter realizado exame direto do paciente

Diante desta realidade e considerando-se que as doenças crônicas geram grandes demandas para as Unidades de Saúde, uma ótima estratégia a ser desencadeada são os grupos de atendimento. Reunir as pessoas com doenças crônicas em dias específicos e desenvolver ações planejadas e articuladas entre os profissionais é uma estratégia que contribui para diminuir o número de consultas e, conseqüentemente, do uso de medica-

mentos. Além disso, fazem com que as pessoas participem das práticas de prevenção e de conscientização, possam socializar suas angústias e esclarecer dúvidas diversas com os profissionais que participam esses encontros.

4 Metodologia

Delineamento do estudo

Trata-se de um projeto de intervenção, descritivo e exploratório, e para a sua realização serão desenvolvidas as etapas descritas abaixo.

População e local do estudo

A população alvo serão os usuários adultos, de ambos os sexos, que utilizem medicamentos controlados por meio de receituários médicos (cerca de 680 a 730 pessoas), cadastrados na área de abrangência da ESF Irineu Kienen, no município de Indaial-SC.

Estratégias e ações

Inicialmente foram realizadas reuniões com a equipe de saúde, sobretudo agentes comunitários de saúde, para discutir o problema da prática da renovação de receitas automática em grande parcela da população sem consulta e/ou atendimento direto ao paciente. Foi esclarecida a importância da avaliação médica e do reforço do vínculo da relação médico-paciente.

A solução elaborada para minimizar tal problema foi a implantação de reuniões em grupos com os pacientes hipertensos e diabéticos (Grupo HIPERDIA) e outros que necessitam de renovação de controle especial (saúde mental). A partir disso, instituiu-se as visitas domiciliares aos acamados e com incapacidades visando a reavaliação clínica prévia à emissão da receita medicamentosa. Foi também acordado que a renovação de receitas sem consultas, em caráter excepcional, poderia ser realizada desde que tenha agendamento automático de consulta em no máximo sete dias.

Antes de cada reunião, no acolhimento, pretende-se aferida a pressão arterial do paciente, circunferência da cintura e da panturrilha, e glicemia em jejum nos pacientes diabéticos. Havendo alteração na pressão arterial do mesmo, este será encaminhado ao médico que após atendimento o reencaminhará às reuniões do grupo de HIPERDIA. Não havendo alteração da pressão arterial o usuário permanece aguardando as reuniões em grupo para que seja entregue sua receita renovada. Nas reuniões do grupo de saúde mental os pacientes são acolhidos pela equipe, assinam a presença e dirigem-se à palestra com 15 a 20 minutos de duração. Nessa ocasião entregam-se as receitas aos pacientes para até quatro meses e agenda-se data da próxima atividade em grupo. Os pacientes que têm queixas sobre a medicação ou que desejam trocá-la devem aguardar o final da reunião em grupo para que sejam encaminhados ao consultório para consulta individualizada.

Serão colocados cartazes de avisos na sala de recepção e em murais da UBS, bem como dada a devida orientação à assistente administrativa responsável pela recepção, quanto às novas normas de acompanhamento de pacientes que fazem uso de medicação contínua, sobre tudo de controle especial. A orientação feita pelo farmacêutico quando dispensar a medicação ao paciente que a receita está com data de validade vencida ou próxima ao

vencimento deverá ser para agendamento da presença nos grupos. Durante as consultas também será enfatizada a importância de acompanhamento frequente e cuidadoso das doenças que requerem uso de medicação contínua.

As reuniões em grupos são realizadas na sala de reunião, que tem capacidade de aproximadamente 30 pessoas. As reuniões serão semanais, às quintas-feiras, a partir das 13 horas, alternando-se entre os grupos de Saúde Mental e Hiperdia, conforme agendamento prévio.

Os profissionais responsáveis pelas ações serão: enfermeira, médicos, equipe multidisciplinar do NASF (psicóloga, dentista, professor de educação física, fisioterapeuta). Os temas abordados, além de esclarecer a comunidade sobre os cuidados com a saúde, bem como entregar as receitas renovadas, também irão variar conforme o calendário previsto da saúde do Ministério da Saúde (gripe influenza, outubro rosa, dengue, saúde bucal para usuário de prótese dentária, obesidade, etc).

5 Resultados Esperados

Espera-se que após a realização do plano de intervenção seja possível garantir melhor assistência medicamentosa aos pacientes dos grupos Hiperdia e de saúde mental. Desse modo, objetiva-se a criação de um vínculo maior com os pacientes, aumentando-se o conhecimento sobre o uso correto dos medicamentos, diminuindo a iatrogenia e suas complicações, tanto para o médico quanto para o próprio paciente. Diante do problema de renovação automática de receitas e o aumento no fluxo nas consultas, e após uma reunião de educação continuada com integrantes da equipe de saúde, ficou estabelecido um plano de ação para diminuir esse problema. 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 frequente dos casos crônicos e a respectiva necessidade de reavaliação da medicação prescrita sempre que possível. Diante desta necessidade, a equipe reuniu-se para a realização das reuniões em grupos que visam esclarecer as dúvidas sobre receitas de medicamentos controlados, e desenvolver práticas de conscientização sobre seu uso por meio de conversas, palestras e ações variadas com equipe multidisciplinar.

Desta forma, o projeto fora desencadeado com o intuito de minimizar a demanda na renovação de receitas, e além de diminuir o número de consultas, as ações desenvolvidas pelo projeto visam, sobretudo, melhoria na qualidade de vida da população e recuperação do maior número de pacientes possíveis. A parceria ativa do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem sido de grande valia para garantir atendimento de qualidade a esses pacientes. Por outro lado, todos os profissionais da equipe se sensibilizaram e compreenderam a importância do plano proposto, e estão engajados na sua realização. Há, com isso, uma valorização do trabalho desempenhado por todos que envolve a modificação 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. *ANALISE DO ACESSO A MEDICAMENTOS EM UNIDADE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*. PORTO ALEGRE, RS: REVISTA DE ATENÇÃO PRIMARIA DA SAÚDE, 2013. Citado na página 16.

CÂMARA, F. T. O processo organizacional dos grupos de hiperdia e saúde mental em uma ubS um modelo de intervenção. SERRA- ES, n. 20, 2016. Curso de Título de especialista em Saúde da Família, UNA-SUS/Universidade Aberta do SUS. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.

GANDOLFI, E.; ANDRADE, M. da G. G. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no estado de são paulo. *Rev Saúde Pública*, p. 1056–1064, 2006. Citado na página 15.

MEDICINA, C. F. de. *CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA*. 2009. Ética médica – código. I. Título. II - Resolução CFM nº 1.931,. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 30 Ago. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.

MEDICINA, C. R. de. Prática de trocar receita é considerada infração ética. *JORNAL DO CREMESP*, p. 16–16, 2012. Citado na página 15.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de humanização. Ministério da Saúde, Brasília, n. 01, 2010. Citado na página 16.