

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Curso de Especialização em Saúde da Família

**RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA. SEM
CONTACTO MEDICO-PACIENTE. INFLUÊNCIA NO
CONTROLE DA DIABETES.**

Projeto de Intervenção

MARIA LUISA TINOCO SANCHEZ

Orientadora: Erika de Sa Vieira Abuchaim

São Paulo

2014

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome complexa. Nas últimas décadas, tem ocorrido um grande aumento do número de casos de diabetes em todo o mundo.¹

Uma epidemia de diabetes mellitus está em curso. Em 1985 estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo, esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento.²

Mais de 10 milhões de brasileiros são diabéticos. Grande parte do aumento na prevalência de diabetes deve-se à elevação do número de casos de diabéticos tipo 2, em paralelo à epidemia de obesidade.²

Para ilustrar o notável impacto do problema representado pelo DM e suas complicações sobre a saúde pública, podemos citar alguns dados: DM é a 6ª maior causa de internação hospitalar como diagnóstico primário e está presente em 30 a 50% de outras causas primárias de internação. O DM é a principal causa de amputações não-traumáticas de membros inferiores e também a principal causa de cegueira adquirida em adultos.^{2,3}

Controle rigoroso da Glicemia. Reduz complicações crônicas.

Os objetivos no tratamento do diabetes mellitus vêm mudando ao longo das últimas décadas, em razão do acúmulo de evidências mostrando que o controle rigoroso da glicemia, é capaz de reduzir substancialmente a incidência de complicações crônicas. Além disso, cada vez mais a literatura mostra que o paciente diabético deve ser alvo de uma abordagem multifatorial. Que exige acompanhamento constante para ajustes do tratamento, rastreamento e prevenção de complicações.²

O controle DM visa à obtenção de valores quase normais de glicemia e A1c, capaz de prevenir complicações em DM. Acredita-se que a obtenção dessas metas é menos eficaz no sistema de Saúde Pública comparativamente ao sistema de saúde suplementar. As variáveis como a A1c inicial e a frequência de consultas, podem ser consideradas como indicadores do acesso dos pacientes ao sistema de saúde, têm maior impacto no controle do diabetes dependendo do local qual os pacientes são tratados.⁴

1.2 Justificativa da intervenção

A adesão do paciente diabético ao tratamento medicamentoso para o diabetes está abaixo daquela recomendada na literatura, se torna urgente reconhecer a

importância da mensuração da adesão dos pacientes diabéticos em tratamento medicamentoso, para o controle do diabetes pelos profissionais de saúde.⁵

A renovação da prescrição médica constitui um dos principais motivos de consulta em cuidados de saúde primários. No sentido de aumentar a acessibilidade dos doentes aos medicamentos de que necessitam para tratamentos prolongados. A renovação da prescrição médica constitui um dos principais motivos de consulta em cuidados de saúde primários. No entanto, uma parte substancial é feita sem contacto médico-paciente, procedimento que tem vantagens do ponto de vista da acessibilidade á terapêutica, mas não possibilita a monitorização adequada de efectividade e segurança da utilização de medicamentos.⁶

“Embora aparentemente simples, o ato de trocar o pedido de exame ou a receita medica, supõe que o médico concorda com sua indicação. Se a pessoa apresentar complicações em virtude de determinado procedimento, o profissional é responsável pela prescrição”. A simples troca de receita ou de pedido de exames feito por colega dificulta a análise de informações essenciais, contidas no prontuário do paciente.^{6,7}

Segundo o conselheiro do CRMMG, no parecer-consulta nº 4647/2012, citando o Processo-Consulta CFM nº 26.517/98: "O ideal, do ponto de vista teórico, seria que toda receita médica resultasse de consulta e avaliação clínica do paciente em tratamento com uso contínuo de medicamentos, devido à possibilidade de reações adversas, interações medicamentosas, controle de doses, etc. Porém, na prática, esta noção teórica se transforma em utopia em nosso meio e a simples observação diária da prática médica facilmente demonstra esta afirmação". ⁷

O artigo 37 do Código de Ética Médica do CREMEGO veda ao médico "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". ⁸

O Código de Ética Médica não isenta o profissional que prescreve sem examinar o paciente. Especifica, em alguns trechos O médico se responsabilizará, em caráter pessoal pelos seus atos profissionais; Deve decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente; Não pode deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente. Não pode também expedir documento médico sem ter praticado ato que o justifique ou que não corresponda à verdade. ⁹

A falta de profissionais médicos. Os mais prejudicados são os portadores de DCNT, que necessitam de renovação de receitas. A estratégia da renovação de receitas em grupo abre oportunidade para educação em saúde, otimizando as agendas dos profissionais e permitindo o cuidado a um maior número de pacientes.¹⁰

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estabeleceu-se como objetivo geral avaliar o efeito da renovação da prescrição médica sem consulta médica. Influência no controle glicêmico nos Diabeticos da Unidade de Saude da Familia PSF III no municipio Engenheiro Coelho. São Paulo.

2.2 Objetivos específicos.

Identificar e caracterizar os Diabeticos que renovam a receita com e sem consulta.

Conscientizar a importância da consulta periódica a cada 6 meses. A importância do controle da Diabetes para a prevenção das complicações no futuro.

Promover a autonomia das pessoas com diabetes com relação aos seus hábitos no trato com a doença melhorando os resultados clinicos.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Dados brasileiros de 2010 mostram que a taxa de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) apresentam acentuadamente aumento com o progredir da idade, variando de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 213,4 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente de 427 vezes.^{2,3}

O diabetes é uma doença crônica, que exige acompanhamento médico constante para ajustes do tratamento, rastreamento e prevenção de complicações. Preferentemente, o acompanhamento deve ser feito por um equipe multidisciplinar. A adesão do paciente diabético ao tratamento medicamentoso para o diabetes está abaixo daquela recomendada na literatura, se torna urgente reconhecer a importância da mensuração da adesão dos pacientes diabéticos em tratamento medicamentoso, para o controle do diabetes pelos profissionais de saúde.^{1,2,3}

A educação é fundamental para o sucesso do manejo do diabetes. Para promover a educação do paciente, é necessário mais que programas educativos estruturados. Os profissionais devem ser preparados para reconhecer as diferenças individuais dos pacientes e identificar suas necessidades, além de desenvolver habilidades para elaborar e implementar programas educativos.³

Pacientes diabéticos estáveis e com bom controle podem ser avaliados pela equipe multidisciplinar a cada 3 ou 4 meses. Em toda consulta, deve-se realizar a medida do peso e da pressão arterial, e avaliar a glicemia e a A1c (hemoglobina glicada). Visando à obtenção de valores quase normais de glicemia e A1c, é capaz de prevenir complicações microvasculares em DM1 e DM2. ⁵

Que médico, no exercício de sua profissão, nunca se deparou com a seguinte situação: um paciente crônico em terapêutica contínua chega a seu consultório com uma receita "vencida" dizendo que seu retorno ao médico será daqui há alguns meses ou que não tem como ir ao médico e lhe pedindo para fazer uma nova receita.⁶

Muitos pacientes chegam às Unidades Básicas de Saúde (UBS) apenas para trocar, renovar ou solicitar uma nova receita. Porém, tais situações deixam médicos em situações complicadas, já que podem culminar nos chamados atendimentos "não presenciais", em princípio antiéticos.⁶

O Código de Ética Médica não isenta o profissional que prescreve sem examinar o paciente. Especifica, em alguns trechos: O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais; Deve decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente; Não pode deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente. Não pode também

expedir documento médico sem ter praticado ato que o justifique ou que não corresponda à verdade. 7

O tema é polêmico e decorre da falta de sintonia entre a prática do dia-a-dia da assistência médica e de portarias administrativas. A renovação da prescrição médica sem consulta médica apresenta benefícios inquestionáveis pelo aumento da acessibilidade à terapêutica, bem como pela diminuição da congestão dos serviços de saúde, mas não deve prescindir do controle clínico sobre a prescrição repetida. O número de renovações de prescrição e o intervalo de tempo entre estas deve ser controlado pelo médico.^{6,7}

Os intervalos superiores a 6 meses entre as consultas médicas, para além de não permitirem uma avaliação contínua, repercutem-se negativamente na boa relação médico-doente, crucial para o ajuste individual da terapêutica.^{4,5}

4. METODOLOGIA

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.

A intervenção envolve os pacientes cadastrados pelos Agentes Comunitarios de Saude ACS, como portadores de diabetes, para as respectiva micro áreas da Unidade de Saúde da Família PSF III do Municipio de Engenheiro Coelho, estado de São Paulo.

A população em estudo incluiu doentes com diagnóstico de Diabetes há mais de um ano.

Assim, o grupo não exposto incluiu pacientes que renovaram a prescrição médica com consulta médica, tendo a última consulta ocorrido há menos de 6 meses. Cadastrados na Unidade de Saúde da Família PSF III do Municipio de Engenheiro Coelho entre Janeiro a Julho de 2014.

O grupo exposto incluiu pacientes que renovaram a prescrição médica sem consulta medica, tendo a última consulta ocorrido há mais de 6 meses.

4.2 Contexto da intervenção

Durante as consultas na Unidade de Saúde da Familia III, municipio Engenheiro Coelho, estado de São Paulo, se identifico um numero elevado de pacientes com solicitud de renovação da receita medica de tratamento continuo de Diabetes sem consulta médica.

Os pacientes não realizavam acompanhamento adequado das consultas médicas para o controle da Diabetes a cada seis meses com falta de exames de rotina para o controle e prevenção complicações.

Estudos indicam uma prevenção das complicações da Diabetes com um otimo controle das complicações e bom habitos alimenticios. Com este contexto se inicia este projeto de intervenção.

4.3 Estratégias e ações.

Etapa 1

Inicialmente identificação dos usuarios portadores de diabetes. Registrados por ACS.

Etapa 2

Identificar os pacientes com monitorização e controle da Diabetes que renovaram a prescrição médica com consulta médica há menos de 6 meses dos registros clínicos, após acordo por Equipe de Saúde da Família.

Identificar os pacientes que renovaram a prescrição médica sem solicitação de consulta médica, tendo a última consulta há mais de 6 meses com registros clínicos, registrado em prontuário a frase paciente precisando de renovar receita ou RR.

Etapa 3

Os pacientes sem monitorização e controle da Diabetes há mais de 6 meses sem consulta médica. Foram convidados a consulta médica individuais informando a não renovação de prescrição médica sem consulta médica.

Etapa 4

Serão realizado um monitorio completo individual de cada paciente solicitando os exames de monitorização e controle da Diabetes. Conscientizar na consulta a importância da consulta periódica a cada 6 meses. Informar a importância do controle da Diabetes para a prevenção das complicações no futuro.

4.4 Avaliação e Monitoramento.

O número de renovações da prescrição médica e o intervalo de tempo entre estas sera controlado pelo médico.

O Médico, farmacêutico, e equipe da Saude da Familia devem monitorar os diabeticos para a possibilidade da diabetes não controlada, para os riscos, assim como para a necessidade de monitorização regular da Diabetes e resultados

terapêuticos. Adicionalmente deve ser reforçada a importância das alterações no estilo de vida.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Um programa eficaz de controle do DM retardando o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas da doença, acompanhamento médico constante para ajuste do tratamento, rastreamento e prevenção de complicações.

6. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Maio	Junho	Julho	Agosto	Set.	Oct.	Nov.
Observação Escolher o Problema de Pesquisa	x	x					
Revisão Bibliográfica			X				
Escrever o Projeto				X	X		
Obter orienta- ção versão parcial TCC					x	x	
Finalizar e Obter Autorização Versão final TCC						x	
Autorização Da apresentação Pela orientadora						x	
Apresentação Do TCC							X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Franco LJ. Um problema de saúde pública. Epidemiologia. Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu. 2004; p.19-32.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes SBD 2013-2014. Rio de Janeiro, RJ. 2014. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>
3. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>
4. Panarotto D, De Araújo HVT, De Oliveira MS, Gravina LB, Teles AR. Controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 nos serviços público e privado de saúde. Arq Bras Endocrinol Metabol. Vol.53 No.6 São Paulo Agosto 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000600007>
5. Gimenes HT, Zanetti ML, Vanderlei J. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol.17, No1. Ribeirão Preto Jan-Feb 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100008>
6. Equipe da câmara técnica de medicina de família e comunidade do cremesp. Prática de trocar receita é considerada infração ética. Bioética. 03/2012. Edição 290. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1562>
7. Informativo do conselho regional de medicina do estado de Minas Gerais. Pode o médico renovar uma receita sem exame direto do paciente?; Jornal do CRM. Maio/Junho 2012; 41. Disponível em: <http://jornal.crmmg.org.br/v2/index.php?edicao=2012/41&pagina=ma01.php&titulo=M%E9dico%20pode%20renovar%20receita%20sem%20exame%20direto%20do%20paciente?>
8. CREMEGO. Novo código de ética médica. Goias. Outubro 2009. Disponível em: http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21000&Itemid=474.
9. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília DF. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_3.asp
10. Juliana GR, Thiago OM, Ana Maria LS, Débora R. O grupo de renovação de receitas e a oportunidade de educar em saúde. Relatos de experiências. 2011. Disponível em: <http://atencaobasica.org.br/relato/1902>.