



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ELIAS GABRIEL SILVA DUARTE

ASPECTOS SOBRE A RENOVAÇÃO DE RECEITAS MÉDICAS EM VIVÊNCIA  
OCORRIDA NO SUS

SÃO PAULO  
2020

ELIAS GABRIEL SILVA DUARTE

ASPECTOS SOBRE A RENOVAÇÃO DE RECEITAS MÉDICAS EM VIVÊNCIA  
OCORRIDA NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: LIA LIKIER STEINBERG

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

É sabido e demonstrado na literatura que muitas pessoas buscam por medicações sem passar por atendimento médico, isso também ocorreu em vivência no SUS, pois muitos pacientes queriam conseguir receitas de medicamentos sem precisar ir à unidade de saúde na atenção primária da cidade de Mauá. Cidade essa dividida em 14 Regiões de Planejamento administrativo situada na região metropolitana de São Paulo. Muitas dessas substâncias medicamentosas estão sob rigoroso controle e sua venda ou uso só são liberados com a prescrição de receita por profissional legalmente habilitado. No momento que ocorre a prescrição, o médico realiza uma minuciosa avaliação com a reflexão exigida pelo caso para conseguir tomar a decisão sobre o caminho terapêutico adequado inclusive na renovação de receitas, sendo que esse procedimento não pode ocorrer sem a presença física do paciente – salvo situação excepcional - sob pena de infração ao código de ética médica. Assim para solucionar esse problema foi proposta uma intervenção com a proposta de ação para melhorar o processo prescritivo através da reserva de horários específicos para este tipo de atendimento, devido essa demanda ser comum na atenção básica. Diante da intervenção proposta espera-se que haja uma importante melhora do nível de qualidade da assistência de todos os pacientes atendidos, diminuição de prescrições iatrogênicas por mau uso das medicações, além de um acompanhamento mais fidedigno dos resultados terapêuticos e ganhos na agilidade do atendimento com o fortalecimento do vínculo existente entre a equipe multiprofissional e a comunidade.

## **Palavra-chave**

Receita Médica. Médicos. Medicamentos para a Atenção Básica. Medicamento. Adesão ao Tratamento.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Muitos pacientes queriam conseguir (entenda-se renovar e/ou ter em suas mãos) receitas de medicamentos (principalmente receitas médicas) sem vir à unidade de saúde, sem passar em avaliação médica ou sem realizar agendamentos para que haja atendimento presencial. Havendo vários motivos alegados para isso pelos pacientes, dentre os quais os mais destacados por sua frequência na vivência da cidade são os que se seguem: pacientes alegam que já usavam a medicação há muito tempo ou que alguns médicos (em especial os médicos de intercâmbio advindos do país Cuba - que anteriormente ocupavam várias vagas da atenção básica da cidade - faziam ou deixavam que se fizesse tal procedimento. Tal fato alegado referente aos médicos intercambistas foi uma alegação feita por vários pacientes e sobre a qual o autor do presente trabalho não pode solicitar esclarecimentos com os respectivos médicos prescritores ou presenciar sua execução em virtude do intercâmbio cultural ter acabado como consequência da quase totalidade dos respectivos profissionais terem retornado ao seu país de origem. Sendo assim, tal situação é geradora de extremo desconforto aos profissionais brasileiro em virtude de vários motivos com conformidade no Código de Ética Médica Brasileiro (Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018) por não ser admissível a prescrição de tratamentos e outros procedimentos sem o exame direto ao paciente, salvo caso de comprovada excepcionalidade ou necessidade.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

### **INTRODUÇÃO BREVE SOBRE DADOS IMPORTANTE DA CIDADE**

Considerando-se que o autor acredita na total impossibilidade de se entender a saúde de uma família ou de uma comunidade sem se conhecer o meio que essas entidades se encontram inserida, logo se torna necessário também compreender a cidade de Mauá com seus aspectos históricos, políticos, filosóficos, sociais e econômicos. Dessa forma será feita uma breve introdução sobre a cidade para que se perceba o meio a social que as famílias e consequentemente a comunidade se encontram inseridas e assim se compreenda a sua realidade, bem como as repercussões que dela emanam para o contexto de saúde solicitado e abarcado nas unidades de Estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) na cidade.

Assim sendo, o autor acredita que só se pode começar a entender a comunidade mauaense a partir do estudo dos próprios aspectos importantes da cidade de Mauá-SP e que será feita de forma bastante breve, haja vista não ser somente esse o objetivo principal do presente trabalho, mas sim também a compreensão prática do próprio conceito de saúde definido pela Organização mundial da Saúde (OMS apud DRESCH, 2015): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” quando aplicado nos aspectos processuais da renovação de receitas dentro da atenção primária.

O nome Mauá deriva originalmente do tupi que significa “terra erguida entre baixas alagadiças”, podemos traduzir com algo do tipo “cidade elevada”, o nome da cidade foi uma homenagem ao ilustre brasileiro Irineu Evangelista de Souza (nascido no Rio Grande do Sul em 1813), mais conhecido pelo título imperial que lhe foi concedido: Barão de Mauá (e posteriormente Visconde de Mauá). A cidade se encontra na região metropolitana de São Paulo, fazendo parte da complexa região administrativa do Grande ABC, fazendo divisa com as cidades de São Paulo, Ferraz de Vasconcelos, Ribeirão Pires e Santo André (da qual se desmembrou por força da Lei Estadual nº 2.456, de 30 de dezembro de 1953). A temperatura média anual fica por volta de 18°C, sendo a altitude média do município de 818 metros, porém com muita predominância de morros e picos íngremes na zona urbana, típicos da Serra do Mar com profundos vales alagadiços. (PUNTSCHART, 2012)

A figura 1 demonstra esse relevo e que poderá ser mais bem entendido em conjunto com a figura 2 que demonstra a área de vegetação e área urbana construída da cidade conforme levantamento aerofotogramétrico de 2010.

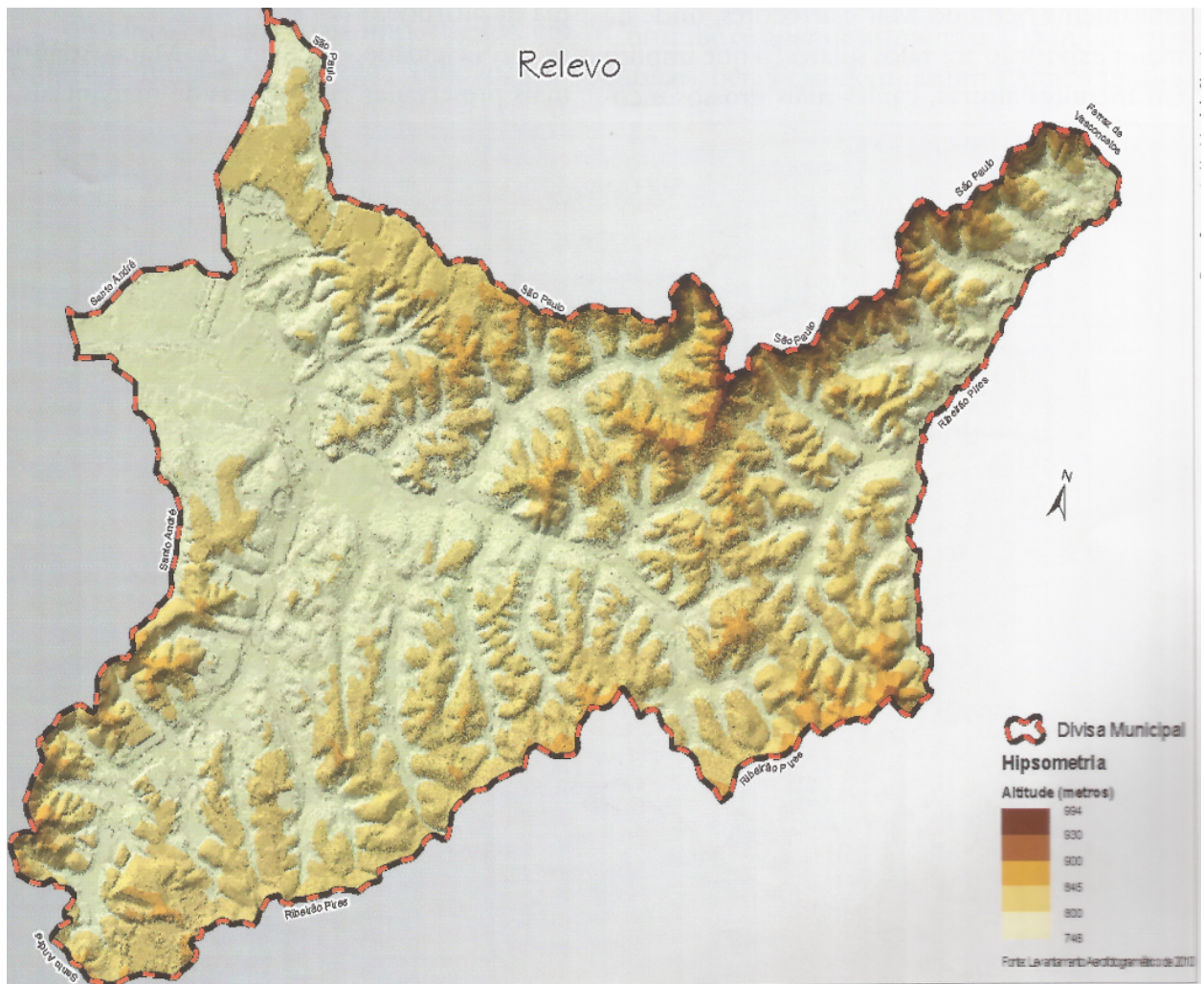


Fig. 1: Relevo mauaense

Fonte: Cesar Cunha Pereira apud Puntschart 2012

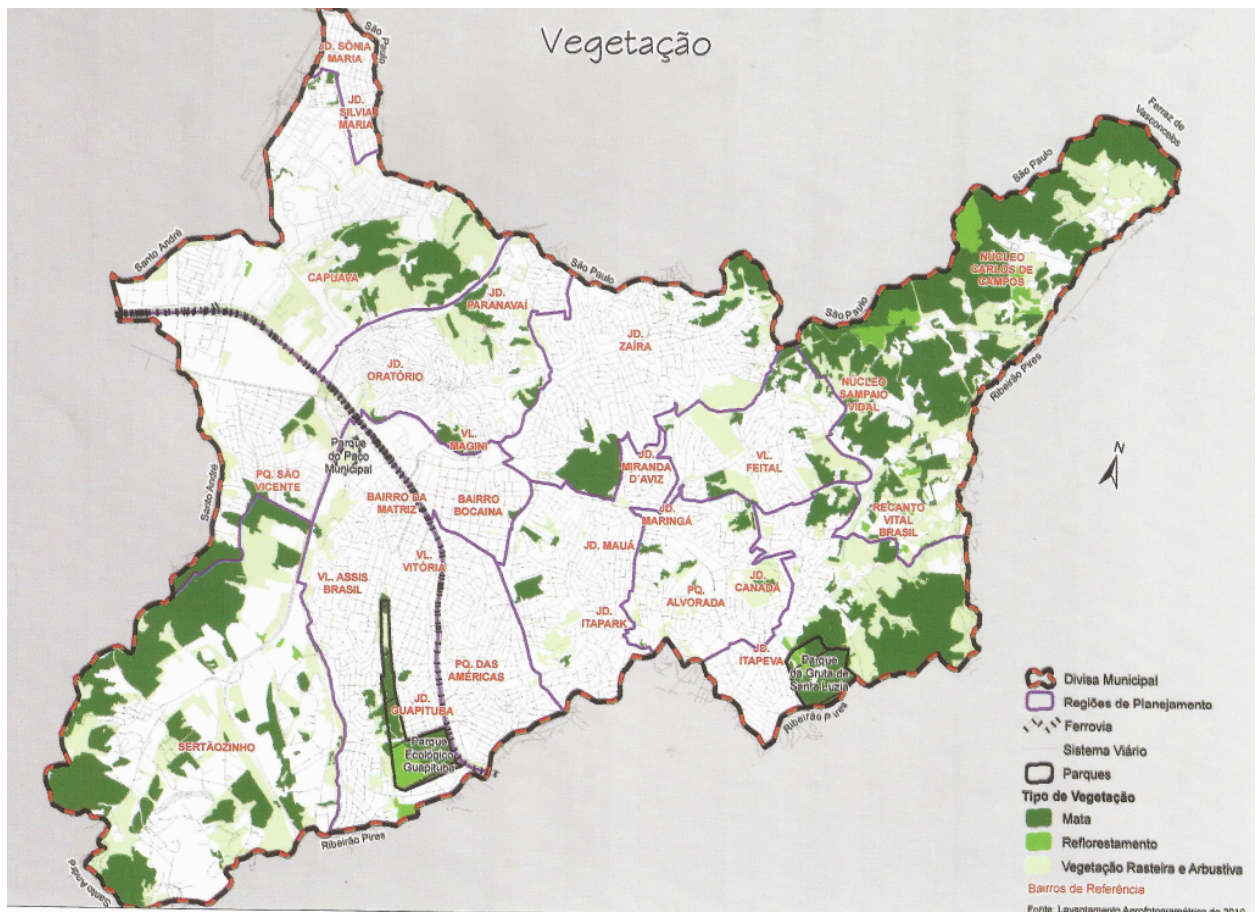


Fig. 2: Vegetação e área urbana mauaense

Fonte: Levantamento Aerofotogramétrico de 2010 apud Puntschart 2012

A figura 3 trata sobre a gestão e o planejamento feitos pela administração municipal que realizou a divisão do município Mauá em quatorze regiões de planejamento (RP), como parte integrante do plano diretor desde 1998, sobre o qual ocorreram algumas pequenas alterações no ano de 2007.



Fig. 3: Regiões de Planejamento - RP

Fonte: Levantamento Aerofotogramétrico de 2010 apud Puntschart 2012

Conforme o Censo decenal realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) Mauá possui 417.064 habitantes, 4,9% de esgoto a céu aberto (apesar de no cotidiano acreditar-se ser maior esse índice), pavimentação em 94,1% das estradas e iluminação pública atingindo 96,4% do território levantado pelo Censo. A densidade demográfica encontra-se em 6.703,1 habitantes / km<sup>2</sup>, havendo 125.348 domicílios particulares permanentes, com uma média de 3,3 pessoas por domicílio. Além disso, o mesmo Censo constata que 10,8% das pessoas nesse município metropolitano não são alfabetizadas e que 14,9% dos responsáveis familiares não possuem rendimento, enquanto 15,5% recebem até um salário mínimo para manter suas famílias, o que pode explicar de certa forma alguns dos aspectos de pobreza encontrados no cenário cotidiano da realidade do município.

Observando-se na figura 4, a pirâmide etária decenal do município descrita por Puntschart (2012) ao longo das décadas de 80 até o censo IBGE (2010), Mauá apesar de seu relativo estado de população com carência econômica (30,4% dos responsáveis familiares sem renda ou com renda até um salário mínimo conforme visto anteriormente), vem passando por um processo de envelhecimento populacional (diminuição da base da pirâmide enquanto o meio e o topo vão se alargando), isso faz com que ao mesmo tempo esse processo demonstre um aumento na proporção do número das pessoas com capacidade produtiva (acima dos 10 anos ocupadas ou não), demonstrando uma potencialidade produtiva e econômica para o município como citado por Puntschart (2012).



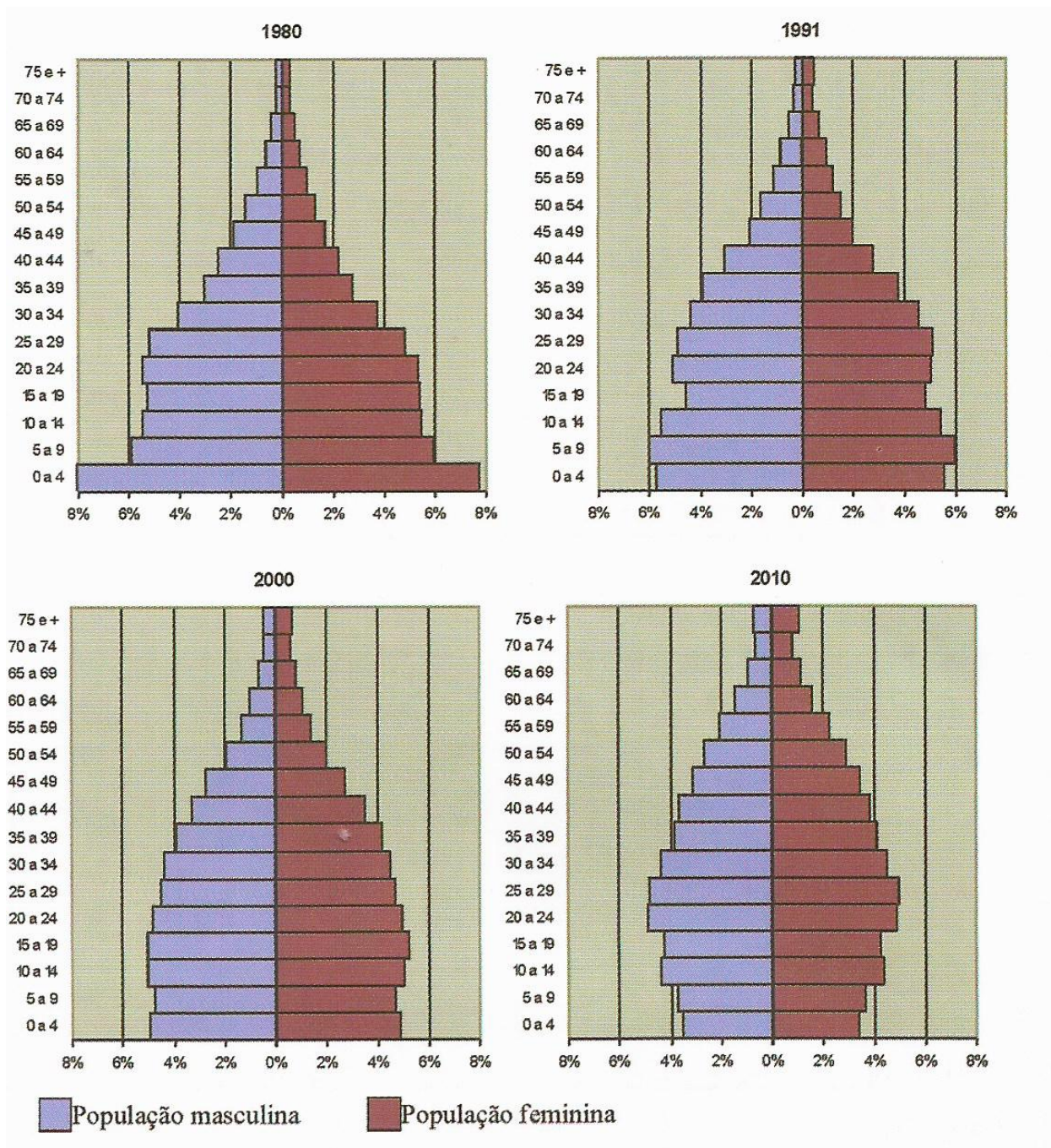


Fig .4 Pirâmides etárias decenais de Mauá entre 1980 - 2010

Fonte: Puntschart, 2012

## **DICUSSÃO SOBRE A CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA/SITUAÇÃO TENDO COMO BASE A LITERATURA PERTINENTE SOBRE O TEMA**

O programa de saúde da família surgiu originalmente no Brasil no ano de 1994 como uma forma de reorientar o modelo de atenção, a partir de uma reconstrução das práticas vigentes em atenção básica (atenção primária em saúde), de tal forma que ele visa colocar a família e a comunidade nas agendas das políticas públicas. Dessa forma os problemas de saúde das populações são priorizados colocando cada situação específica e o território é entendido como o espaço onde vivem os grupos. (CARVALHO, 2017)

Até o início do século passado (século XX), os medicamentos utilizados na medicina eram em sua grande maioria de origem natural e as prescrições médicas eram feitas de forma individualizadas em fórmulas magistrais, com uma preparação artesanal feita em farmácias, muito mudou do final do século XX e início do XXI, pois com a industrialização farmacêutica, houve uma expansão da medicalização com produtos prontos ou padronizados de substâncias em escala mundial. (CARVALHO, 2017)

Com esse avanço da ciência e na tecnologia ao que tange no aumento das opções terapêuticas dos males que atingem o ser humano, ocorre exigência de um preparo proporcional do médico responsável em suas prescrições para melhor atender seus pacientes, pois a realização do ato médico se completa com a prescrição, havendo inclusive legislação federal que o orienta alguns aspectos para a melhor execução. (MADRUGA, 2012)

Muitas das substâncias medicamentosas estão sob rigoroso controle e sua venda e uso só são liberados com a prescrição de receita por profissional legalmente habilitado conforme legislação vigente (em especial dentistas, médico e veterinário dentro de seus respectivos ramos de atuação). (ANVISA, 1998)

Com esse controle e conforme a ANVISA (1998), há receitas do tipo de controle especial ou receitas C, receitas azuis ou receita B, receitas amarelas ou receitas A, receita especial para uso de retinóide ou receita C2 e notificação especial para talidomida. Há ainda normas para prescrição de antimicrobianos (RDC 44/2010) e outras detalhas inerentes da vigilância sanitária referente ao preenchimento dessas receitas, seus vencimentos e limites de quantidade permitidas para cada aviamento ou impedimento de algumas formulações (como a associação de alguns anorexígenos), bem como necessidade de se justificar por escrito caso sejam necessário um aviamento diferente do estabelecido nas normas ou nas dosagens usuais. (MADRUGA, 2012)

Mas não basta apenas se falar em remédios e medicações para se adentrar ao tema, pois há também de se falar da mudança do perfil das doenças de predominantemente agudas para crônicas ocorridas na virada do século XX, bem como o envelhecimento da população, inclusive de Mauá, pois isso tem potencial para aumentar o uso de diversas medicações, principalmente aquelas que são de uso continuado, influenciando no processo de prescrição e de renovação de receitas. (REIS, 2018)

A legislação e as normatizações brasileiras referente ao uso, fabricação, ao preparo, venda e prescrições de medicamentos são muito complexas e fogem do escopo dos objetivos do presente trabalho, de tal forma que basta que se tenha ciência que ela existe e que

algumas das vezes ela pode ser extensa, controvertida, desatualizada, abstrusa, incompleta ou mesmo contra prudente frente às necessidades da população, mas ainda assim, ela é a legislação que existe no país conforme bem saliente o autor do presente trabalho.

Dentre essas substâncias prescritas na atenção básica, podemos citar aquelas que são controladas, em especial os psicotrópicos (ou psicofármacos) que são substâncias que atuam no sistema nervoso central (SNC) para o tratamento de distúrbios psiquiátricos, didaticamente podem ser divididos em ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos e antidepressivos cujas receitas são muito freqüentemente renovadas neste nível de atenção. A prescrição de medicamentos, em especial os psicotrópicos, esta com uma demanda crescente no cenário mundial, mesmo havendo normas regulamentadoras em praticamente todos os países (CRUZ, 2016)

Há ainda outras classes que agem no SNC com os anticonvulsivantes e substâncias com potencial alucinógeno ou ainda substâncias analgésicas com potencial de uso com abuso a exemplo do que ocorre com os opioides. O controle dessas substâncias é regulado no Brasil através da portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998. (CRUZ, 2016)

Mais comumente temos a renovação de receitas de uso contínuo para uso em patologias crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes dentro da atenção básica. Madruga (2012) nos ensina que é no momento da prescrição que ocorre a materialização dos pilares da medicina, pois o médico após realizar sua minuciosa anamnese e avaliação com a reflexão exigida pelo caso; poderá conseguir tomar a decisão acertada sobre o caminho terapêutico adequado.

Há vários anos a OMS (Organização Mundial da Saúde) reuniu diversos especialistas que estabeleceram e conceituaram critérios de uso racional de medicamentos, de tal forma que os pacientes possam assim receber a medicação apropriada, em doses individualizadas, num período adequado e ao menor custo possível no intuito de gerar efetividade, eficácia, eficiência e segurança. Se um medicamento esta sendo utilizado de forma não terapêutica, indevida ou abusiva, tanto a sociedade quanto o médico e o paciente são prejudicados, pois o medicamento não esta cumprindo com a finalidade de sua existência e o médico não conseguiu atingir o pleno exercício de sua profissão no que diz respeito à cura e mitigação das doenças dos pacientes. (CARVALHO, 2017)

Reis (2018) relata que a renovação de receitas sem uma avaliação clínica dos pacientes pode ser um fenômeno freqüente nas unidades de saúde quando usuários levam consigo receitas de vizinhos, amigos e familiares, Reis (2018) salienta ainda que a mera repetição de receitas não se torna capaz de satisfazer os próprios objetivos da renovação. Cruz (2016) nos mostra que é de conhecimento geral que existem vários usuários que não querem agendar consultas para serem atendidos pelos médicos e terem suas receitas renovadas. Bem como que no Brasil o número de consultas por paciente ao ano chega a girar em algo como 1,4 em comparação com 3 ou 4 internacionalmente (GUSSO e LOPES apud CRUZ, 2016) o que pode estar abaixo do tempo limite de prescrição para algumas medicações controladas devido ao tempo de vencimento das receitas estipulado pela ANVISA (1998). Esses fatos nos indicam uma possibilidade para entender o motivo das renovações ocorrerem sem uma avaliação apropriada do paciente ou mesmo sem sua presença estar descrita na literatura e também presente em parte da comunidade do município de Mauá. Mas ressalta-se que é eticamente reprovável salvo casos de inegável excepcionalidade, situação a qual o

medico deverá proceder à adequada avaliação presencial do paciente assim que terminada sua impossibilidade conforme consta no Código de Ética Médica brasileiro disciplinado pelo Conselho Federal de Medicina (2018) (Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 ) em seu artigo 37º; onde consta claramente que é vedado ao médico:

“Art. 37. Prescrever tratamento e 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 depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.”

Reis (2018) ainda relata que a renovação de receitas é uma prática comum nos serviços de atenção básica do Brasil, ainda que seja pouco discutido dentro da literatura e que dependendo da forma que é feita - por exemplo, infringindo o código de ética médica ao ser realizada de forma não presencial - pode perpetuar o uso de medicações com indicações duvidosas, efeitos colaterais significativos, interações importantes ou medicamentos desnecessários.

Na nossa legislação, há ainda um ponto interessante que é a autorização legal para que o enfermeiro prescreva determinados medicamentos no âmbito do SUS enquanto integrante de equipes de saúde em conformidade com a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, em seu artigo art. 11 ao dizer que:

"O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

(...)

II - como integrante da equipe de saúde:

(...)

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde".

Assim, é claramente especificado que esses medicamentos devem estar estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, fato que se mostra muito usual nas unidades de saúde do município de Mauá no que diz respeito à prescrição da suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes pelo profissional enfermeiro, desde que não haja nenhuma contra indicação identificada, em virtude da rotina municipal de cuidados em saúde dessa população gestante.

A manutenção de renovação de receitas sem a consulta ou presença do paciente, além de infração ética, se constitui num verdadeiro perigo para sua saúde, pois se perde a oportunidade de identificar eventuais falhas na prescrição em relação ao paciente decorrentes da mudança do estado patológico do doente, para geração de novos diagnósticos ou mesmo sua correta adesão ao tratamento, bem como surgimento de efeitos colaterais (CRUZ, 2016)

Outros desconfortos gerados pela cultura de renovação não presencial de receitas é a manutenção de prescrições desatualizadas ou sem sentido, fazendo com que o paciente perca oportunidade de desfrutar dos melhores tratamentos e das novas técnicas ou tendências decorrentes da evolução nos conhecimentos médicos descobertos pela ciência. A despeito disso, é possível se encontrar pacientes que acreditam que tal prática poderia ser “certa” ou “mais prática”, pois não demandaria seu tempo para realização de consultas, o acesso ao medicamento permaneceria gratuito pelo sistema único de saúde e cria-se a falsa ilusão de se receber cuidados em saúde adequados, mas tanto *National Health Service* quanto o Ministério da Saúde brasileiro recomendam que havendo dúvidas em relação à medicação em uso, o paciente deve ser reavaliado. (CRUZ, 2016)

Carvalho (2017) relata em seu trabalho no município de Uberlândia-MG que “criou-se a falsa idéia que a renovação automática de receitas é uma pratica correta da medicina”, mais especificamente na Unidade Morumbi I onde executa suas atividades profissionais e descreve esse problema crônico. Relata ainda, em sua conclusão, que infelizmente a população do local ainda não esta preparada para a mudança no paradigma devido ao longo tempo de funcionamento da unidade desta forma e questões culturais que mitigam a enorme importância das reavaliações clínicas e das consultas periódicas.

Reis (2018) ressalta também que esse fenômeno é cultural, de forma que ocorre uma verdadeira banalização do uso de medicamentos devido sua disponibilidade somada à negligência de seus riscos.

Inclusive no Caderno de Atenção Básica nº 28 Volume II “Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica” do Ministério da Saúde, publicado no ano de 2013 há um capítulo próprio de orientações quanto às situações administrativas comuns no acolhimento à demanda espontânea na atenção básica tratando sobre o risco e vulnerabilidade na renovação, transcrição de receitas e exames. Há sugestões de fluxogramas para ajudar a equipe nas tomadas de decisão, deixando-se claro que precisa haver uma adequação da prescrição às necessidades dos usuários, assim como a de disponibilidade de medicamentos no âmbito do SUS, aos fluxos de prioridades e regulação no acesso a exames e especialistas. Portanto cada equipe deve individualizar a sua prática de forma a conseguir atender melhor às necessidades da comunidade, entanto, sem ir contra os ditames da ética, da legislação e também da boa prática profissional, evitando erros de prescrição. (BRASIL, 2013)

O erro de prescrição com significado clínico é aquele não intencional, que pode tanto reduzir a probabilidade de tratamento efetivo do paciente como aumentar ou causar risco de danos em sua saúde em comparação com as práticas clínicas aceitas e estabelecidas no tempo atual pela ciência médica. Assim, acredita-se que muitos dos erros de prescrição podem ser minimizados com uma boa prática prescritiva tais como: evitar um medicamento contra-indicado ou não indicado ao diagnóstico e à situação clínica do paciente, identificar história de alergias prévias ou reações adversas, evitar interação de medicamento com outros medicamentos ou ainda com alimentos, evitar a duplicidade terapêutica ou medicalização desnecessária, minimizar erros em dose, via ou posologia medicamentosas. (CARVALHO, 2017)

Além disso, Silva (2006) traz em seu livro de Farmacologia outros erros de prescrição como a subprescrição, a prescrição excessiva e a prescrição múltipla, sendo que uma boa

receita médica deve além de seguir os padrões existentes quanto exigível, deve também contar com cabeçalho, nome do paciente, indicação da via de administração do medicamento, inscrição (nome do medicamento), subscrição ou instruções para o farmacêutico, instruções para o paciente, assinatura ou firma profissional. Traz ainda como item opcional a “*superscrição*” (palavra trazida por ele para se referir ao símbolo para contração do verbo latino *recipe*, próprio do contexto prescritivo, muito semelhante - porém não igual - às letras Rx juntas).

Assim vemos que a situação/problema apresentada(o) já ocorreu diversamente na literatura, que apesar de relativamente escassa no contexto brasileiro, é capaz de demonstrar sua existência com bastante clareza. O Conselho Federal de Medicina, por sua vez, no uso legal de suas atribuições sobre a fiscalização da profissão médica já emitiu diversos pareceres contrários a renovação automática de receitas e temas conexos quando não há o exame do paciente como se percebe no parecer nº 20/2018 referente ao tema indagado por uma médica através do Processo consulta CFM 30/2014, e também em níveis estaduais como o parecer CRM-PR 2383/20163 e ao Parecer CREMESP 128.955 referente ao processo consulta de um paciente.

É importante que se entenda que a proposta jamais é extinguir a renovação de receita, pois ela é extremamente necessária enquanto se perdura as condições crônicas de saúde, o que o trabalho propõe é fazê-la sempre de forma racional, ética e presencial proporcionando um momento de relação médico e paciente bem pacífico e harmonioso, onde o profissional possa ouvir e registrar aspectos importantes da evolução da doença e do tratamento para assim optar por manter ou modificar a prescrição na renovação.

Apesar de parecer um problema de simples resolução, a renovação de receitas pode se tornar um grande problema administrativo com reflexo na saúde dos usuários se não for adequadamente acolhida pela equipe de saúde. (CRUZ, 2016)

## **AÇÕES**

A ação proposta se baseia em melhorar o processo de prescrição através da reserva de horário específico para este tipo de atendimento (denominado na agenda como grupo/horário para renovação) por essa demanda ser muito frequente na atenção básica. Tal horário deve ser protegido na agenda do profissional prescritor para que toda a comunidade possa desfrutar dessa atividade preferencialmente com o atendimento previamente agendada, mas também sempre aberto à demanda espontânea preferencialmente após finalização da agenda, inclusive na demanda surgida durante o processo renovativo para não atrasar os agendamento prévios. Para que isso ocorra de forma adequada é necessária a capacitação da equipe num trabalho multiprofissional de manejo sobre o assunto, pois todos devem estar envolvidos, desde a secretária na recepção para dar a correta informação para a comunidade, os ACS (agentes comunitários de saúde) para informar que não há como renovar as receitas sem o paciente estar presencialmente na unidade ou agendar horário, e a equipe de enfermagem para o correto acolhimento sobre os casos em que se necessita de encaixe imediato inclusive em momento diverso da agenda devido ao surgimento de uma urgência ou emergências médicas, bem como o direcionamento correto aos serviços de saúde no restante da rede de saúde quando necessário. Além disso, por haver na unidade uma profissional de farmácia, faz-se extremamente proveitoso sua participação no intuito de reforçar ou dirimir qualquer dúvida na prescrição ou uso da medicação pelos pacientes ou ainda encaminhá-los novamente ao atendimento médico se constatar algum problema novo ou de prescrição, pois como já demonstrado, cerca de 10% da população mauaense não é alfabetizada, e uma parcela não quantificada é analfabeta funcional o que faz com que o trabalho do profissional prescritor não se restrinja apenas à prescrição, mas também aos aspectos didáticos e pedagógicos para que haja compreensão adequada à proposta terapêutica, pois como bem demonstrado por Madruga (2012): "a responsabilidade do médico não se encerra com o simples registro: ele deve esclarecer o paciente e perguntar se ele entendeu o recomendado" sendo essa uma das mais importantes ações que um médico ou profissional prescritor pode manter na implementação presente proposta de ação.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Diante da intervenção proposta espera-se que haja uma importante melhora do nível de qualidade da assistência de todos os pacientes atendidos na estratégia de saúde da família Jardim Mauá. Assim os resultados que são esperados se agrupam em quatro principais aspectos de melhora da qualidade na prestação do serviço, sendo eles:

- 1- A diminuição de prescrições iatrogênicas por mau uso da medicação ao longo do tempo;
- 2- Acompanhamento mais fidedigno dos resultados terapêuticos obtidos com o tratamento, com possibilidade de troca de medicação ineficiente por outras de melhor uso de acordo com a evolução e reposta clínica, em menos tempo;
- 3- Ganhos na agilidade do atendimento e da resolução dos problemas dos pacientes.
- 4- Fortalecimento do vínculo existente entre a equipe multiprofissional e a comunidade, devido à relação interdisciplinar do vínculo baseado nos princípios da integralidade e equidade, pois ao se dar para o paciente a receita correta que soluciona seus problemas de saúde de forma equânime às suas necessidades, se esta também atingindo os objetivos da própria arte e ciência médica e também do SUS.

Assim se espera que a precarização do cuidado seja reduzida ao mesmo tempo em que se fortalece o vínculo com os pacientes, pois apesar da enorme demanda do sistema de saúde público brasileiro (o SUS), se espera conseguir a diminuição do tempo de alguns atendimentos e economia de recursos, pois a renovação de receitas é um procedimento que necessita ser presencial e registrado em prontuário e bem avaliado pelo profissional médico, mas nem sempre necessita ser realizado no horário de demais consultas da rotina da unidade. Essa foi a melhor proposta de ação possível encontrada para ser utilizada na prática, pois muitas são as questões tecnológicas, financeiras e constitucionais do próprio SUS e da prática ética na medicina que impedem outras modalidades de propostas de ações comumente imaginadas pelas pessoas leigas no assunto ou mesmo por outros profissionais de saúde não prescritores. Sendo que as situações excepcionais devem sempre ser consideradas, como a recente ameaça ao mundo por um novo coronavírus, para que assim se atinja o melhor e mais seguro atendimento possível ao paciente.



## REFERÊNCIAS

ANVISA, (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA) PORTARIA/SVS Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998: Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/PRT\\_SVS\\_344\\_1998\\_COMP.pdf/a3ee82d3-315c-43b1-87cf-c812ba856144](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/PRT_SVS_344_1998_COMP.pdf/a3ee82d3-315c-43b1-87cf-c812ba856144)> Acesso em: 20 de janeiro de 2020

BRASIL (1986) LEI No 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm)> Acessado em 18 de Janeiro de 2020

BRASIL (2013). Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na atenção básica. 1ª Edição, 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

CARVALHO, Thiago Antônio. Abordagem sobre a renovação automática de receitas na equipe de Saúde da Família Morumbi I em Uberlândia-MG. 2017.

CENSO IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA), 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2018 a)- Código de Ética Médica brasileiro - Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>, Acessado em 18 de janeiro de 2020

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2018 b) PARECER 20/2018 Consulta nº 30/2014 Assunto: Repetição de receitas de psicofármacos e controladas. Disponível em: <[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/20\\_2018.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/20_2018.pdf)> Acessado em 18 de Janeiro de 2020

CREMESP (2007) PARECER 128955, Consulta nº 128.955/07 Assunto: Se existem impedimentos para profissionais conferirem receitas de medicamentos de uso controlado. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=8474&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%3E3o%20Pulo&numero=128955&situacao=&data=24-03-2009>> Acessado em 18 de Janeiro de 2020

CRM-PR (2012) PARECER 2383/2012 Consulta nº 015/2012 Assunto: FORNECIMENTO DE RECEITAS PARA PACIENTES CRÔNICOS. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2012/2383\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2012/2383_2012.pdf)> Acessado em 18 de Janeiro de 2020

CRUZ, Barbara Akemy Barbosa. Elaboração e implantação de protocolo de renovação de receitas de psicotrópicos do município de Poços de Caldas-Minas Gerais. 2016.

DRESCH, Renato Luis. A garantia de acesso à saúde e as regras de repartição da competência entre os gestores. RAHIS, 2015, 12.1.

MADRUGA, Célia Maria Dias; SOUZA, Eurípedes Sebastião Mendonça. Manual de orientações básicas para prescrição médica. Arquivos do CRM-PR, 2012, 29.114.

PUNTSCHART, WILLIAM. Mauá: Entendendo o passado e construindo o futuro - São Paulo: Noovha América, 2012

REIS, Izadora Lorena Ferreira, et al. Renovação de Prescrição Médica na atenção primária: uma análise crítica. Rev Med Minas Gerais, 1936, 2018.28.

SILVA, PENILDON. Farmacologia. 7ª Edição - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006