



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

THAÍS ANDRADE MARTINS

RENOVAÇÃO DE RECEITA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REFLEXÃO DA  
RENOVAÇÃO EM GRUPOS COMO ALTERNATIVA A RENOVACÃO AUTOMÁTICA

SÃO PAULO  
2020

THAÍS ANDRADE MARTINS

RENOVAÇÃO DE RECEITA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REFLEXÃO DA  
RENOVAÇÃO EM GRUPOS COMO ALTERNATIVA A RENOVACÃO AUTOMÁTICA

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: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

É prática comum nas unidades básicas de saúde ter um horário para "renovação de receita" por ser uma saída prática para garantir medicação aos usuários de uma unidade em que o acesso a assistência médica sofre com a alta demanda, além da preferência de muitos usuários pelo método por não precisarem faltar do trabalho "só para pegar uma receita". No entanto, a prática sofre críticas por fornecer controle inadequado, resultando em excesso de prescrição medicamentos; revisão infrequente da terapia; falha na identificação de reações adversas e de má adesão; atrasar a identificação de tratamento ineficaz. Portanto, a prática pode criar uma falsa visão de que o usuário está sendo assistido pela unidade. Conforme parecer do conselheiro do Conselho Federal de Medicina, a consulta de paciente controlado e posologia estável tem caráter prognóstico,- não sendo apenas para renovar - não sendo permitido renovação sem presença do paciente e devendo ser respeitadas os prazos de validade determinados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Devido a identificação de pacientes que renovavam receitas sem comparecer a unidade há quase dois anos, não acompanhando a evolução da doença; de pacientes que identificavam receita vencida como principal causa para estarem sem medicação e do desconforto pessoal de contrariar as orientações do CRM por meio da renovação não presencial de pacientes que eu nunca havia atendido; surgiu a ideia do grupo para renovação de receitas. O grupo surgiu com o objetivo de possibilitar uma avaliação, ainda que breve, do paciente que precisava de medicação e fixar uma data na qual o usuário de psicotrópico retornaria, impossibilitando falta de medicação por falta de receita. Os resultados esperados com o grupo são: reduzir as queixas de usuários sem medicação; reduzir o tempo de reavaliação da medicação de DM e HAS; reduzir uso de medicamentos que não apresentam mais indicação. Com o grupo foi possível deixar a data de nova vinda ao grupo dos pacientes de receita controlada já agendada, evitando que viessem próximo ao dia de terminar o remédio e ficassem sem medição; medir a pressão arterial e solicitar exames de pacientes crônicos com controles antigos; além de identificar pacientes descompensados.

## **Palavra-chave**

Prescrição Médica. Psicotrópicos. Receita Médica. Saúde Pública. Unidade Básica de Saúde. Uso Indevido de Medicamentos. Uso Indevido de Medicamentos sob Prescrição.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Como médica clínica da UBS, pude observar que durante o processo de trabalho o problema identificado é em relação a renovação de receitas sem periodicidade. Os pacientes ficavam sem medicação pois não conseguiam ter receita renovada no prazo, além de que não existe o acompanhamento destes pacientes, em que não se agendava consulta para avaliação clínica, sendo que alguns tiveram sua última consulta na UBS há mais de três anos, sem relato de como estava o controle da doença crônica. Outra questão que chama a atenção é em relação a pacientes com medicação psicotrópica prescrita em outro estabelecimento sendo renovada na UBS sem registro em prontuário do motivo da introdução da medicação. Esses casos podem levar a um abuso de medicação psicotrópica.

## ESTUDO DA LITERATURA

É prática comum nas unidades básicas de saúde ter um horário para “renovação de receita”. Com o aumento da prevalência das doenças crônicas a demanda por esta atividade aumentou, e essa saída foi encontrada por muitas unidades por ser prática, pois marcar consultas sobrecarregam um sistema já saturado e vários pacientes queixam dificuldades financeiras para ir a consulta e/ou não pode faltar do trabalho “só” para renovar uma receita de medicações que já tomam há anos.

Esta situação não é exclusiva do Brasil. A renovação de receita é discutida por vários sistemas de saúde do mundo e é prática comum, embora seja reconhecida por fornecer controle inadequado, resultando em excesso de prescrição medicamentos (indicação duvidosa, duplicada) e revisão infrequente da terapia (medicamentos contraindicados e/ou que não são mais necessários). Além disso, a reavaliação infrequente do paciente dificulta a identificação de questões como interações medicamentosas, reações adversas a medicamentos e má adesão e tratamento ineficaz. Portanto, a prática pode criar uma falsa visão de que o usuário está sendo assistido. Conforme parecer do conselheiro do Conselho Federal de Medicina (CFM) Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti - PROCESSO-CONSULTA CFM Nº30/2014-PARECER CFM Nº 20/2018 - a consulta de paciente controlado e posologia estável tem caráter prognóstico, não sendo apenas para renovar. Não sendo permitido renovação sem presença do paciente e devendo ser respeitadas os prazos de validade determinados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (CFM, 2018).

A CFM, 2016 diz: "A Portaria nº 344, de 12.5.98 da Anvisa, regulamenta medicamentos sujeitos a controle especial e define receita como a “prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado”. Seu art. 42 determina a validade da receita (notificação de receita A) e a quantidade prescrita por 30(trinta) dias a contar da data de sua emissão. No tocante à receita tipo C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), sua regulamentação consta nos artigos 58 e 60. Contudo, o art. 60 estabelece que a quantidade de medicamentos prescritos pode ser para até 60 (sessenta dias)"

Segundo outro parecer do CFM, do Cons. Genário Alves Barbosa *“Quer no que determina a Anvisa, quer nos aspectos semióticos e psicopatológicos, a prescrição médica deve ser sempre precedida de uma avaliação clínica. Ela integra a consulta, portanto, faz parte do ato médico. O ato médico só pode ser completo. Não pode haver meio ato médico”*. Esse parecer também reforça a visão da prescrição sem paciente como infração ética e ressalta que o médico que prescrever sem examinar concorda com o tratamento do antecessor e assume a responsabilidade legal por complicações de um tratamento inadequado. O mesmo é válido para transcrição de exames e receitas realizadas em outra unidade, em que é impossível revisar prontuário para obter informações acerca do tratamento e comorbidades do paciente (CFM, 2006).

No entanto, na unidade em que atuo a recomendação do CFM parece utópica. Somos em dois médicos para uma população cadastrada de 10.423 - número inferior ao estimado pela

unidade. Contamos com uma pediatra para atender os menores de 14 anos (1.839 cadastrados) e um ginecologista que realiza pré-natal, queixas ginecológicas e anticoncepção (ACO e inserção DIU); porém 8.584 usuários necessitam passar comigo ou com o outro médico para as demais demandas. Se estimarmos que a população esteja dividida igualmente para cada médico, e utilizando a prevalência de Campinas hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) pelo SIAB 2015 e prevalência brasileira de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), teríamos 226 DM + 579 HAS + 834 DPOC para cada médico, sendo alguns necessitados de renovação a cada 3 meses devido as normas da farmácia de alto custo. Na minha equipe há cerca de 150 usuários de medicação psicotrópica com receita válida por 2 meses, necessitando 6 renovações de receita por ano. Torna-se um desafio conciliar os retornos dos pacientes de receitas bimestrais, trimestrais ou semestrais; renovação de transurc (semestral); avaliação de exames realizados pelo paciente; visitas domiciliares; documentações em que o paciente é orientado a procurar a unidade para obter, como preenchimentos de CATs e solicitações de laudos médicos para perícia/alistamento miliar; com as consultas agendadas por queixas agudas e/ou crônicas e consulta de rotina por usuários que não acessam o médico há muito tempo (BRASIL, 2015).

Como a renovação de receita presencial prejudicava o acesso para as outras demandas, a unidade realizava a renovação de receita sem o usuário. Porém, havia queixas de que o usuário não conseguia a receita renovada a tempo e acabava ficando sem medicação, seja por desorganização (veio pedir renovação no dia/semana que acabou a medicação) ou pela demanda de receitas para renovar. Após iniciar o grupo de renovação também foram identificados vários pacientes que, ou não moravam na área de abrangência, ou passavam em clínica particular/convênio. Estes pacientes deixavam a receita para renovar no centro de saúde pela praticidade de não ter que ir em consulta ou para não ter que pagar nova consulta para renovação de receita.

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) reconheceu as dificuldades de ordem prática na renovação presencial, mas reforçou a posição ética do CRM, pedindo aos médicos que atuem de acordo com a resolução e eduquem população e equipe de sua importância. Os membros da Câmara de Medicina de Família do Cremesp têm procurado alternativas, como solicitar a revisão das diretrizes de dispensação de medicamentos aos gestores locais e regionais e a entidades, como a Anvisa. *"Uma mulher, que necessita de contracepção e não tem comorbidades, precisa passar pelo médico a cada seis meses para pedir nova receita de medicamento?"*, questiona Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto, especialista de Medicina de Família e Comunidade pela USP e membro da Câmara Técnica de Medicina de Família do Cremesp (BIOÉTICA, 2012).

Outros países buscaram alternativas da renovação de receita, como a consulta com farmacêutico no Reino Unido, ainda polêmica. Na minha unidade esta situação não seria viável por não termos farmacêutico, temos uma assistente farmacêutica responsável pela dispensação da medicação e que já há restrições do horário de funcionamento da farmácia por sobrecargas de função desta profissional. Uma forma de tornar mais viável as várias demandas clínicas das unidades básicas de saúde com a renovação presencial possível na unidade, seria a adequação da quantidade de usuários por equipe, conforme recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica Operacionalização Capítulo I artigo 3.3: *"i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (ESF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica."* e ampliar a validade do formulário do alto custo, afinal, se a Anvisa

regulamenta que a receita destas medicações seja válida por 6 meses, por que fazer o paciente procurar a unidade a cada 3 meses para renovação? A necessidade de o paciente retornar antes dos 6 meses da validade da receita deveria ser por avaliação do médico assistente, não protocolo de dispensação medicamentosa.

Devido a identificação de pacientes que renovavam receitas sem comparecer a unidade há quase dois anos, não acompanhando a evolução da doença; de pacientes que identificavam receita vencida como principal causa para estarem sem medicação e do desconforto pessoal de contrariar as orientações do CRM por meio da renovação não presencial de pacientes que eu nunca havia atendido surgiu a ideia do grupo para renovação de receitas. O grupo surgiu com o objetivo de possibilitar uma avaliação, ainda que breve, do paciente que precisava de medicação e fixar uma data na qual o usuário de psicotrópico retornaria, impossibilitando falta de medicação por falta de receita, já que os grupos possuem retorno bimestral, garantindo que os pacientes tenham medicação até o dia do retorno.

## **AÇÕES**

Local: Centro de Saúde "Laura Simões Carvalheira Amicucci" (Vila Perseu Leite de Barros);  
Distrito Noroeste, Campinas

Público alvo: usuários de medicação para doenças crônicas e usuários de medicação para saúde mental

Ações: Início do grupo de renovação de receita as segundas e sextas-feiras, composto por dez pacientes de receita uso contínuo (receita de 6 meses) na segunda e sete pacientes de receita controlada na sexta (receita de 2 meses). Após conversa inicial na sala de reunião cada paciente passa por avaliação individual de cerca de 8 minutos em consultório para avaliação de resposta a medicação, evolução doença de base, necessidade de exames e efeitos colaterais. O paciente da receita controlada sai com o retorno no grupo agendado, o paciente receita contínua é orientado agendar consulta quando tiver 30 dias de medicação e pacientes descompensados tem retorno agendado para até 15 dias do dia em que passou no grupo.

Problemas encontrados: recepção mistura os pacientes controlado e contínuo; mistura os pacientes das equipes agendando renovações da equipe vermelha, pois o outro médico não faz grupo de renovação; queixa dos pacientes de perder horário do trabalho para vir no grupo; pacientes que colocam nome no grupo para falar de queixas agudas não relacionadas a doença de base da medicação utilizada.

Avaliação e monitoramento: quantidade de pacientes identificados em abuso medicamentoso; quantidade de pacientes que ficam sem medicação após introdução do grupo; tempo último exame de controle DM/HAS dos pacientes inseridos no grupo; quantidade de pacientes fora da área de abrangência que renovavam em centro de saúde.



## RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados com o grupo são: reduzir as queixas de usuários sem medicação; reduzir o tempo de reavaliação da medicação de DM e HAS; reduzir uso de inibidores da bomba de prótons (IBP), BZP e ISRS por pacientes que não apresentam mais indicação. Com o grupo foi possível deixar a data de nova vinda ao grupo dos pacientes de receita controlada já agendada, evitando que viessem próximo ao dia de terminar o remédio e ficassem sem medição; além de medir a pressão arterial (PA) e solicitar exames de pacientes crônicos com controles antigos.

O grupo teve início em abril/2019 e teve um início conturbado, pois vários pacientes não compareceram pensando que não era presencial ou queixaram dificuldade em negociar dispensa no trabalho (especialmente nos casos de receita controlada). Outro problema encontrado foram pacientes em uso de benzodiazepínicos (BZD) e/ou inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS) que interrompiam e retomavam uso por conta própria, deixando a receita não datada ou mais recente na recepção para ser renovada. Também foram identificados 3 pacientes que não eram acompanhados na UBS, mas em convênio ou médico particular, e que, após instituição do grupo com horário marcado e comparecimento na unidade, preferiram manter renovações em consultas com seus médicos. Após estabelecer o horário do grupo e garantir o fornecimento de atestado aos pacientes que trabalham no dia e horário estabelecido, o grupo passou a funcionar as segundas e sextas. Infelizmente, não foi possível separar os pacientes de receitas controladas e contínuas, pois, a recepção os misturava e os dias de folga foram levados em consideração na marcação da data.

Com base em revisão de prontuário de 167 pacientes que compareceram ao grupo de renovação foi constatado que: 24 (14,4%) não compareciam no centro de saúde há mais de um ano e meio, ou só passaram em consultas de acolhimento, em que não foram avaliadas a doença crônica; 37 (22,1%) precisaram de reajuste da dose medicamentosa; 5 (3%) estavam usando a medicação de forma errada; 6 (3,6%) precisavam ser encaminhados a especialidade por manutenção dos sintomas (convulsões, ideação suicida, psicose); 19 (11,4%) identificados com abuso de medicação - principalmente BZP, sendo que 9 (47% destes) conseguiram retirar a medicação ou aceitaram iniciar desmame após dez meses (5 encontros); 91 (54,5%) apresentaram posologia medicamentosa, apesar de 16 (17,6% destes) não virem a unidade acompanhar a doença de base há um ano e meio. Após inserção no grupo não foram identificados participantes com exames laboratoriais de rastreio/controle com data mais antiga que um ano. 1 usuária teve consulta agendada com urgência por ideação suicida com planejamento apesar de uso correto do ISRS prescrito. 2 usuárias de fora da área de abrangência decidiram continuar sendo atendidas na unidade por meio de acordo com coordenação e esclarecimento da limitação à visitas domiciliares e acesso psicóloga/psiquiatra, 1 usuário solicitou mudança para unidade de sua área de abrangência e 1 nunca morou na área de abrangência e foi orientada a renovação em sua cidade.

Embora 54,5% dos pacientes não necessitou mudança de conduta; 1 a cada 7 não comparecia para consulta agendada e correto acompanhamento da doença tratada há mais de um ano e meio, mostrando que a renovação não presencial favorece a desassistência clínica dos pacientes. Além disso, 4,2% dos pacientes precisavam de revisão de dose urgente (ideação suicida com planejamento) ou encaminhamento para especialidade (manutenção da convulsão com medicações) e cerca de 1/4 estavam com doença descompensada precisando

de reajuste medicamentoso ou ser reorientados uso correto da medicação, sugerindo benefícios da renovação presencial com reavaliação do paciente.

No entanto, a renovação por meio de grupo não resolve todos os problemas. Embora oito minutos seja tempo suficiente para medir a PA e avaliar ou solicitar exames de colesterol/DM; é pouco para conversar sobre a medicação psicotrópica de alguns pacientes que não estavam estáveis, tendo sido necessário agendar consulta para esses pacientes, sendo que uma necessitou de agendamento com urgência. Como quando o grupo começou a ideia era "aliviar" a demanda por consulta agendada, não havia vagas na agenda reservadas para esses pacientes, gerando transtorno quando era necessário agendamento e utilizando vagas de acolhimento para estas avaliações.

Outro problema foi que, após a entrada de outro médico na UBS - em maio/2019 - o tratamento dos pacientes das duas equipes ficou desigual, já que ele não quis realizar grupos para renovação de receita, preferindo a forma não presencial. Isto porque, inicialmente, os pacientes usavam o grupo para pedir encaminhamento para oftalmologia, queixar uma dor nova, etc, por ser mais rápido do que agendar consulta. O médico com quem trabalho não se sente confortável com o ato de pedir retorno em consulta outro dia ou orientar passar na vaga de acolhimento do dia para ser avaliado em horário posterior. Considera que está negando um pedido/avaliação de um paciente que já está na sua frente com uma demanda, porém reconhece que, se for atender todas as demandas dos pacientes do grupo, o horário estipulado ao grupo nunca será suficiente para ver e renovar todos os pacientes agendados no grupo deste dia. Além disso, a renovação de pacientes acamados e com dificuldade de locomoção em uso de psicotrópicos continua a ser feita de forma não presencial, uma vez que eles não conseguem vir a UBS e não é possível visitá-los a cada dois meses, uma vez que o carro fica disponível a equipe a cada 15 dias por duas horas; as visitas domiciliares acabam sendo reservadas para pacientes com queixa e reavaliações de pacientes que não são visitados há mais de seis meses.

Sendo assim, o grupo foi importante para identificação no tratamento de saúde de parte dos pacientes e é uma alternativa para amenizar o problema da demanda de renovações de receitas na APS, com benefícios a serem considerados. Porém, ele possui fragilidades e não é uma forma de renovação que todos os pacientes e todos os médicos gostariam de ou se adaptariam a usar, devendo ser avaliadas outras alternativas factíveis na unidade para se escolher a melhor forma de assistir a população.

## REFERÊNCIAS

BAGATIN, E.; JARDIM, J. R. B.; STIRBULOV, R. Doença pulmonar obstrutiva crônica ocupacional J. bras. pneumol. vol.32 suppl.2 São Paulo May 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica Operacionalização Capítulo I Brasília, DF. 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250693.html>. Acesso em 25/01/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATA SUS. Brasília - DF, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSSP.def>. Acesso em 25/01/2020.

BIOÉTICA. Edição 290 - 03/2012 BIOÉTICA (pág. 16) Prática de trocar receita é considerada infração ética Equipe da Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade do Cremesp: soluções para dilemas de atenção primária - <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1562>.

BOND, C.; MATHESON, C.; WILLIAMS, S.; WILLIAMS, P.; DONNAN, P. Repeat prescribing: a role for community pharmacists in controlling and monitoring repeat prescriptions. Br J Gen Pract. abril de 2000;50(453):271-5.

CAMPINAS. Portal Campinas. Sistema de Informação TAB- NET. Disponível em: <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?populacao/pop3.def>. Acesso em 25/01/2020.

CFM. PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 2.145/06 - PARECER CFM Nº 12/06 RELATOR: Cons. Genário Alves Barbosa - [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2006/12\\_2006.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2006/12_2006.pdf)

CFM. Processo consulta CFM n. 30/2014- Parecer CFM n. 20/2018. Cons. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti. 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). Acesso em 25/01/2020.