

Linha do Cuidado do Diabético Insulino-requerente: Uma Experiência no Distrito Sudoeste no Município de Campinas - SP

Autor: Marcelle Regina Silva Benetti, enfermeira de saúde da família, mestre em enfermagem e trabalho, apoiadora distrito de saúde sudoeste

Coautores: Renata Martello, médica clínica, gerente do convênio do CHOV e Taniella Carvalho Mendes, médica sanitária, gerente do convênio do CHOV

Contato: hospouoverde@gmail.com



Introdução

O SUS Campinas está organizado em 5 distritos sanitários, sendo o Distrito de Saúde Sudoeste a referência para 225.360 habitantes (projeção 2007 do Censo IBGE 2000). Sua maioria vive em situação de alta a muito alta vulnerabilidade social e SUS dependência entre 80% a 100%.

Este distrito é responsável pela gestão de doze Centros de Saúde (CS), dois Centros de Atenção Psicossocial, um Centro de Convivência e o Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV) constituído dos seguintes serviços: Pronto Socorro, Ambulatório de Especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas, Unidade de Internação, Laboratório Municipal de Campinas e o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS.

A inauguração de um hospital no território deste distrito possibilitou a discussão entre os gestores sobre a qualificação da atenção dos pacientes pertencentes a grupos de risco, através da construção de linhas de cuidados, envolvendo todos os serviços. Dentro do planejamento anual do Distrito de Saúde Sudoeste, foi definido como estratégia para a adscrição de clientela e responsabilização das equipes de referência, a definição de grupos de risco prioritários a serem trabalhados nas UBS, garantindo a sistematização da assistência a grupos de risco e de maior vulnerabilidade (acamados, insulino-requerentes, menores de um ano, gestantes, saúde mental, entre outros).

Objetivo

Construir uma linha de cuidado qualificada para pacientes Insulino-requerentes do Distrito de Saúde Sudoeste, envolvendo todos os serviços de saúde.

Metodologia e Resultados

Foram realizadas reuniões entre os gerentes do convênio, coordenadores das unidades do CHOV e gestores do distrito para organizar um projeto de Linha de Cuidado. Chamamos de Linha de Cuidado, a organização das ofertas de saúde focada nas necessidades dos usuários, acompanhando este usuário em todos os serviços de saúde que ele precise passar para ser atendido integralmente. Foi escolhido um agravo crônico que envolvesse a atenção primária e especializada, hospitalar e de urgência, pensando na integralidade da atenção, e que já existisse um banco de dados que disponibilizassem informação para mapeamento dos pacientes. Deste modo, a Diabetes mellitus insulino-requerente atendeu a todos estes critérios. Foram escolhidos 3 centros de saúde como pilotos para desenvolvimento do trabalho.

A partir desta definição foram organizadas reuniões com os coordenadores dos centros de saúde e equipes destas unidades, onde foram definidas as seguintes ações: Mapeamento do público-alvo (avaliação pelas equipes dos pacientes cadastrados no banco de dados do distrito, cruzando com as informações dos cadastros das unidades); Identificação dos prontuários hospitalares dos pacientes do público-alvo; Construção da classificação de risco e definição das atribuições dos níveis de atenção (urgência e emergência, atenção básica e especializada); Organização da capacitação e matriciamento presencial das equipes pelas endocrinologistas do CHOV; Desencadeamento da revisão do Protocolo Municipal de Diabetes; Ações de Matriciamento: contato telefônico ou por e-mail, atendimento em conjunto, discussões de casos, tele-saúde, visitas dos casos internados, pela equipe que o acompanha ambulatorialmente ou no CS, contra-referência ambulatorial, alta hospitalar referenciada com co-responsabilização.

Resultados

A partir do mapeamento dos pacientes insulino-requerente, as equipes de saúde se apropriaram dos casos e fizeram uma nova avaliação de risco dos mesmos e busca-ativa dos faltosos e de casos novos. Percebemos que a maioria destes pacientes eram acompanhados nos CS, porém com baixo sucesso terapêutico, levando à evolução da doença. Dentro do hospital, a equipe do ambulatório iniciou o processo de identificação dos prontuários dos pacientes das unidades envolvidas, com o objetivo de monitorar esta população. Estes pacientes foram reavaliados pelas endocrinologistas, com base no protocolo de atribuições dos níveis de atenção, que deram alta referenciada para os casos de baixa complexidade e absorveram os casos mais complexo dos centros de saúde. Foi desencadeada diversas capacitações para médicos e enfermeiros deste distrito, considerando a necessidade de atualização dos profissionais no novo consenso de diabetes. Tivemos como resultado a qualificação da assistência com mudança da terapêutica e do acompanhamento. Também foi responsável pelo desencadeamento das discussões para atualização do protocolo municipal de diabetes.

Entendendo que a rede SUS é dinâmica com a entrada de novos profissionais e que o tratamento de diabetes é complexo devido a diversas patologias associadas, organizamos ações de educação permanente através do matriciamento e tele-saúde. As endócrinos foram nos CS pilotos e avaliaram os casos junto com a equipe local para adequação da terapêutica. A partir de março, o ambulatório reservou uma hora por semana para as endócrinos estarem disponíveis para as discussões da caso à distância. Estas discussões tem sido realizados por meio de contato telefônico e através de plataforma de internet (Skype).

Considerações finais

Observamos a participação ativa de todos os serviços neste projeto, a qualificação do relacionamento entre as equipes dos diferentes níveis de atenção, a responsabilização das equipes com os casos, entretanto percebemos que o gerenciamento do cuidado exige um monitoramento permanente para a continuidade dos processos.

Pretendemos avançar para a ampliação deste projeto para todo o distrito. Também necessitamos qualificar da assistência de enfermagem aos diabéticos, assim como a de outros profissionais da equipe. Para dentro do hospital temos como objetivo avançar na qualificação da atenção dos diabéticos no pronto-socorro e na relação de sua equipe com os CS. Na tele-saúde precisamos adquirir equipamentos de comunicação via internet (webcam, fone, microfone e caixas de som), cujo projeto de compra já foi desencadeado.

Bibliografia

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003. (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular; Brasília, 2007. (mimeo).

FRANCO, T.B. E MAGALHÃES JR., H.M.; Integralidade na Assistência à saúde: a Organização das Linhas do Cuidado. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP

DISTRITO DE SAÚDE
SUDOESTE CAMPINAS



Prefeitura
Municipal de
Campinas