PREFEITURA DE CAMPINAS | SECRETARIA DE SAÚDE

SUS

UNICAMP UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

COLETIVO DE ESTUDOS E APOIO PAIDEIA

CADASTRO ELETRÔNICO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – FERRAMENTA PARA AUXILIAR NA LINHA DE CUIDADO DOS PACIENTES CRÔNICOS NO CS DR. PEDRO AGÁPIO DE AQUINO NETTO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO "GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE"

Autor(a): Eduarda Teciano dos Santos
E-mail de contato: eduarda.teciano.santos@gmail.com
Orientador(a): Cláudia S. Vitor Galoro
Coorientadores: Fabíola D. Carvalho e Silva, Paulo V. Bonilha Almeida

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial e do diabetes[1,2].

Nesse sentido, o Ministério da Saúde preconiza a implementação das Linhas de Cuidado, que visam fortalecer e qualificar a atenção por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado. Para que a Linha de Cuidado seja efetiva é necessário que se tenha dados populacionais e epidemiológicos atualizados da região abrangida pelo serviço de saúde, bem como saber exatamente quem são os pacientes que precisam de cuidados e quais as ações serão voltadas para esses pacientes[1,2].

OBJETIVOS

Através do sistema informatizado de dispensação individualizada de medicamentos (sistema GEMM – Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos):

- Efetuar e manter atualizado o cadastro dos hipertensos e diabéticos do território, bem como a respectiva classificação de risco cardiovascular em dez anos, calculada pelos médicos através escore de Framingham;

- Gerar relatórios de dispensação de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulinas, identificando a população adscrita do CS (residente no território), composta por pacientes que utilizam a farmácia, porém não estão sendo acompanhados e/ou cadastrados pelas equipes de estratégia da saúde da família (ESF) para planejamento da oferta de ações de saúde;

- Fornecer relatórios por grupo, risco e prescritor, o que funciona como ferramenta prática para que as equipes multidisciplinares possam planejar a frequência das consultas e organização de agendas, compor grupos terapêuticos, desenvolver ações educativas e de controle, aprimorando a Linha de Cuidado dos pacientes crônicos.

AÇÕES DESENVOLVIDAS

- Inserção dos profissionais da farmácia nas três equipes de saúde da Unidade (azul, verde e vermelha);

- Divulgação e aprovação do projeto para as equipes;

- Cadastro no GEMM dos pacientes já levantados e classificados pela equipe azul (piloto);

- Extração do relatório do GEMM de dispensação de anti-hipertensivos nos últimos seis meses, separando os pacientes da Unidade e categorizando-os por equipe.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a participação da farmácia nas equipes de ESF está sendo possível a ampliação do olhar para a atuação multiprofissional, dentro do que o SUS preconiza, contribuindo para a integralidade do cuidado.

Os cadastros estão em fase de implementação, sendo um processo vivo pois as classificações de risco podem ser alteradas, podem ocorrer variações no número de pacientes do território (óbitos, mudança de bairro, chegada de novos moradores), sendo muito importante a comunicação dentro da equipe e constante atualização dos dados. Mais uma justificativa para mantermos nossa participação enquanto profissionais da farmácia nos espaços de discussão das equipes, o que conforme relatado anteriormente, está sendo muito rico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESAFIOS FUTUROS

O sistema GEMM, ferramenta utilizada diariamente em todas os atendimentos da farmácia, permite o cadastramento por grupo de atenção continuada, a classificação de risco e a geração de diversos relatórios, fornecendo informações acessíveis a qualquer momento de qualquer computador conectado à internet pelo navegador Mozilla Firefox. Com isso buscamos ir de encontro às estratégias da Linha de Cuidado dos pacientes crônicos.

Considero como desafios:

- Finalizar a classificação dos pacientes crônicos de todas as equipes;

- Manter esse cadastro dinâmico atualizado através de trabalho colaborativo integrado da equipe;

- Auxiliar no planejamento das consultas (médica, com a enfermagem) e também, quando possível / necessário realizar a consulta farmacêutica no intuito de ampliar o acesso ao serviço.

Referências Bibliográficas: 1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Rev Bras Hipertens. 2010;17(1):4-62. 2. BRASIL, Ministério da Saúde 2014 - Caderno de Atenção Básica nº 35: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab35. Acesso em 08/11/2016.