

CONSOLIDANDO A REDE DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: EXPERIÊNCIA DA REDE HIPERDIA DE MINAS GERAIS

Ailton Cezário Alves Júnior

INOVAÇÃO NA GESTÃO DO SUS: EXPERIÊNCIAS LOCAIS



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

CONSOLIDANDO A REDE DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: EXPERIÊNCIA DA REDE HIPERDIA DE MINAS GERAIS

Ailton Cezário Alves Júnior

Brasília-DF

2011



Ministério da
Saúde



INOVAÇÃO NA GESTÃO DO SUS: EXPERIÊNCIAS LOCAIS

Este texto faz parte de uma nova linha de produção no âmbito da gestão do conhecimento e produção de evidência para a gestão, coordenado pela OPAS/OMS Brasil com a parceria do Ministério da Saúde, Conass e Conasems.

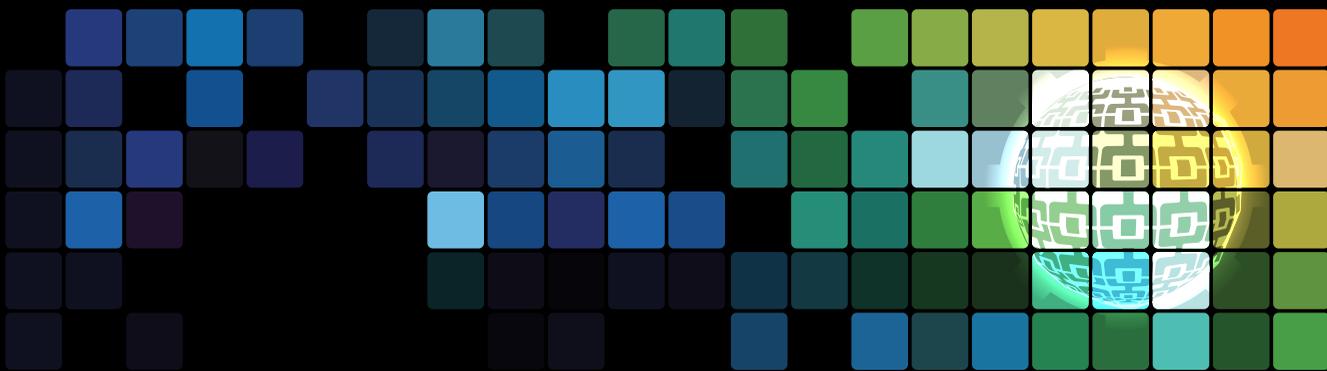
A linha *Inovação na Gestão do SUS* tem como objetivo contribuir para a divulgação e valorização das práticas inovadoras desenvolvidas pelos gestores do SUS, com foco em soluções práticas e instrumentos inovadores, visando transformar o conhecimento tácito em explícito. A idéia é produzir e disseminar conhecimentos e, não somente, introduzir tecnologias já validadas empiricamente.

Introduzir novas práticas, instrumentos e novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, eficiente e equitativa. Isso é o significado da inovação na gestão em saúde: promover mudanças que resultem num melhoramento concreto e mensurável. Esse melhoramento pode envolver diferentes áreas da gestão, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários.

Para o gestor, a inovação é uma função essencial. Como não existem manuais que expliquem como inovar, torna-se necessário conhecer e compartilhar experiências, para que o gestor possa desenvolver competências e administrar o processo de mudança da melhor forma possível, visando conter os custos, tempo, minimizar os riscos e maximizar o impacto para melhorar a atenção à saúde.

Ailton Cezário Alves Júnior*

* Médico Consultor em Condições Crônicas para a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais



RESUMO

Este texto apresenta os resultados de um estudo comparativo produzido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), a respeito do trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa da Prata - MG e pelo Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte – MG, o qual revelou resultados promissores decorrentes da organização da Rede Hiperdia Minas em nível microrregional. Tais resultados foram explicitados especialmente no que se refere ao impacto financeiro da organização da assistência aos usuários diabéticos com controle metabólico ruim, atendidos de forma compartilhada entre o município e o Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte, além de relatar resultados positivos em termos de organização da rede e no que se refere à satisfação do usuário e dos profissionais envolvidos com o modelo de atenção às condições crônicas adotado pela SES MG.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o diabetes mellitus (DM) é a epidemia mundial do século XXI. Atualmente a OMS estima que 346 milhões de pessoas sejam diabéticas; em 2030, espera-se que as mortes por essa condição crônica dobrem em relação a 2005¹.

Influenciada por fatores globais, tais como o envelhecimento da população e a prática de hábitos de vida não saudáveis, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) já trabalha oficialmente com a estimativa de que 10% dos adultos mineiros sejam diabéticos e destes 30% apresentem controle metabólico ruim, conforme critérios técnicos utilizados por essa instituição.

As conseqüências individuais e sociais advindas do precário controle do DM são imensas: entre outras, em 15 anos de evolução da doença, 30 a 45% dos diabéticos terão retinopatia diabética (principal causa de cegueira evitável no Brasil) e 20 a 35% terão neuropatia diabética (principal causa de amputações não

traumáticas no Brasil)²; adicionalmente, o DM, conjuntamente com a hipertensão arterial, são as principais causas de insuficiência renal terminal (totalizando 50% dos casos).

O impacto causado pela hipertensão arterial sistêmica (HAS) também é pre-ocupante.

Estima-se que a HAS afete 20% da população adulta em Minas Gerais; destes 25% apresentam alto grau de risco cardiovascular, segundo estratificação de risco utilizada pela SES/MG. Em nível nacional, considera-se que 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana sejam determinadas pela HAS³.

Entendendo-se a HAS como o mais importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, uma análise do impacto dessas enfermidades também indica a necessidade de medidas mais efetivas para o controle da hipertensão em Minas Gerais: as doenças do aparelho circulatório são o primeiro grupo de causa de óbitos (quase 1/3 da mortalidade) e o segundo grupo de causa de internação⁴.

Segundo Estudo de Carga de Doença realizado pela Fundação Oswaldo Cruz referente ao ano 2005, dentre as 10 principais causas de mortalidade em Minas Gerais no sexo masculino, 4 são relacionadas à HAS e/ou ao DM; no sexo feminino, essas causas ocupam as 4 primeiras posições⁵.

Para a análise do componente de morbidade, o mesmo Estudo de Carga de Doenças de Minas Gerais (FIOCRUZ, 2011) para o ano de 2005 mostra que mais de 3/4 da carga de doenças no Estado (medidas em DALY – anos de vida perdidos por incapacidade) eram pelo Grupo das doenças não transmissíveis (Grande Grupo II), o qual é fortemente influenciado pela hipertensão e pelo diabetes.

De forma paradoxal a essa epidemiologia, o Sistema Único de Saúde em Minas Gerais (SUS/MG) ainda encontra-se voltado principalmente para as condições agudas. É sabido que a necessária congruência entre a situação de saúde atual e um sistema de saúde direcionado para a atenção às condições agudas e crônicas

somente poderia ser obtida por meio da implantação das *Redes de Atenção à Saúde*, sistematizando uma resposta pública compatível com a magnitude desses problemas⁶.

2. REDE HIPERTENSÃO MINAS – A RESPOSTA MINEIRA PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL E O DIABETES MELLITUS

Com a missão de ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população mineira por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, em janeiro de 2009 a Rede Hipertensão Minas tornou-se uma rede de atenção à saúde prioritária em Minas Gerais. Dessa forma, suas ações são pactuadas com a sociedade e acompanhadas pelo Acordo de Resultados do Governo de Minas. A Rede Hipertensão Minas é um dos componentes da Área de Resultados intitulada “Vida Saudável”, dentro do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – 2007/2023.

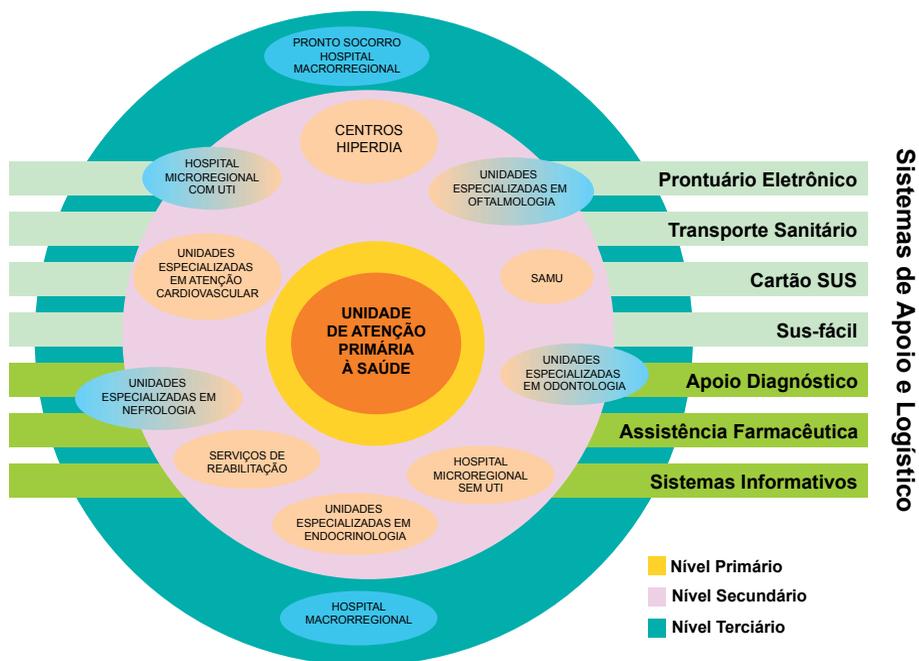
Rápidos avanços de gestão se seguiram a essa priorização. Em um primeiro passo, constituiu-se um grupo de trabalho multiprofissional, composto por sanitaristas, técnicos da SES/MG, médicos especialistas, representantes da Associação Mineira de Medicina da Família e Comunidade, entre outros, o qual trabalhou ativamente para a modelagem da Rede Hipertensão Minas, no que se refere especialmente à Atenção Primária e à Atenção Secundária à Saúde.

Todo esse processo de modelagem da rede foi legitimado pela Comissão Intergestores Bipartite do SUS/MG. As deliberações desse componente do sistema de governança geraram pactuações como a Resolução SES Nº 2606, de 07 de Dezembro de 2010, que “Institui o Programa Hipertensão Minas e dá outras providências”; a Resolução SES Nº 2805, de 18 de Maio de 2011, que “Dispõe sobre os critérios para a expansão dos Centros de Referência Integrados Viva Vida e Hipertensão Minas, no que se referem às ações do Hipertensão Minas, e dos Centros Hipertensão Minas” e a Resolução SES Nº 2970, de 19 de outubro de 2011, que introduziu um novo cálculo para contratualização do financiamento de custeio

dos centros de atenção secundária para os hipertensos e diabéticos, de acordo com o modelo de atenção e o desempenho dos centros, aferidos pelo processo padronizado de supervisão e avaliação. Destaca-se que essa última resolução proporciona a expansão desses centros somente mediante o cumprimento de metas que expressam a qualidade desses serviços.

O desenho da Rede Hiperdia Minas pode ser visualizado conforme Figura 1.

Figura 1. Rede assistencial de hipertensão e diabetes



Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes / SES /MG, 2010. SAS / SUBPAS.

Em nível de Atenção Primária à Saúde (APS), a Rede Hiperdia Minas ancora-se na prática de novas diretrizes clínicas. Elaborou-se uma linha-guia baseada na abordagem populacional dessas condições crônicas, as quais foram estratificadas e, a partir disso, determinou-se toda a organização da assistência, ou seja, as competências da APS, as atribuições dos seus profissionais e a atenção programada a esses usuários.

Nesse processo, para cada uma das condições crônicas de saúde, HAS, DM e doença renal crônica (DRC), foram definidos os critérios para a sua estratificação e os seus parâmetros de prevalência. As competências da Atenção Primária à Saúde foram detalhadas para cada classificação/estágio de cada uma das condições citadas. Também foram definidos os parâmetros de programação e de assistência para os usuários com HAS e DM, por risco, para cada procedimento ou intervenção preconizada em nível de atenção primária e secundária da Rede Hiperdia Minas.

Todas essas diretrizes são compartilhadas como conteúdo do *Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS)*, o qual, por meio de 10 oficinas padronizadas, tem por objetivo colaborar para a organização da gestão e da assistência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Minas Gerais, fortalecendo a APS⁷.

De forma suplementar, o Programa de Educação Permanente da SES/MG, responsável pela capacitação continuada presencial de mais de 3.000 médicos da ESF cadastrados, e o Canal Minas Saúde, uma das maiores redes multimídia para a educação permanente em saúde à distância, corroboram para o fortalecimento da Rede Hiperdia Minas em nível da APS.

Em nível da Atenção Secundária à Saúde, a principal estratégia do Governo de Minas para o enfrentamento das condições crônicas de saúde tem sido a implantação de centros de referência secundária para os hipertensos e diabéticos, denominados Centros Hiperdia Minas.

Esses centros de atenção secundária modelados e financiados pela SES/MG tem 4 objetivos específicos:

- prestar assistência especializada aos usuários com HAS, DM e DRC mais complexos;
- supervisionar a atenção prestada a esses usuários pelo nível primário de assistência à saúde;
- promover educação permanente aos profissionais de saúde envolvidos na atenção primária e secundária à saúde e;
- fomentar pesquisas clínicas e operacionais em HAS, DM e DRC.

Alguns dos pilares do cuidado propostos para esses centros são especialmente a atenção programada e multiprofissional (com a prática de tecnologias leves como o atendimento contínuo, o atendimento em grupo e a atenção por leigos); a elaboração de plano de cuidado individualizado, interdisciplinar e compartilhado com a APS e a responsabilização do usuário pelo seu cuidado, com a proatividade do usuário e o estabelecimento e monitoramento de metas.

Atualmente, os Centros Hiperdia Minas cobrem 12 das 76 microrregiões sanitárias de Minas Gerais, beneficiando mais de 2,6 milhões de mineiros (13,61% da população), conforme Figura 2.

Figura 2. Centros Hiperdia Minas implantados em Minas Gerais até novembro de 2011



Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes da SES-MG, 2011

Em sua carteira básica de serviços, esses centros microrregionais apresentam minimamente os seguintes atendimentos: Endocrinologia, Cardiologia, Nutrição, Psicologia, Assistência Social e Serviço de Enfermagem/Pé diabético. Os exames de Eletrocardiografia, Ecocardiografia, Teste Ergométrico, Holter, Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial – MAPA, Doppler Vascular Portátil e Retinografia sem Contraste também estão disponíveis nos centros de carteira básica.

Especialmente em centros maiores, como os localizados em sedes de macrorregiões sanitárias, a carteira de serviços dos Centros Hiperdia é ampliada, sendo adicionalmente complementada por uma ou mais das seguintes especialidades: Oftalmologia, Angiologia e/ou Nefrologia. Nos centros de carteira ampliada com Oftalmologia, também estão disponíveis os procedimentos de Retinografia com Contraste e Fotocoagulação a Laser.

2.1. O CASO DO MUNICÍPIO DE LAGOA DA PRATA E DO CENTRO HIPERDIA MINAS DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE NA REDE HIPERDIA MINAS

Lagoa da Prata é um município mineiro com 45.994 habitantes, localizado na Região Centro-Oeste de Minas a 211 km da capital. O município, situado na microrregião de saúde de Divinópolis/Santo Antônio do Monte, apresenta cobertura de ESF de 81,35%.

Em 2009 foi implantado no município o PDAPS. Por meio da organização proposta por este, as famílias das áreas cobertas pela ESF foram visitadas e classificadas de acordo com o seu risco sócio-sanitário. Concomitantemente, os indivíduos hipertensos e diabéticos foram identificados e estratificados para que se procedesse à organização da assistência conforme a modelagem da Rede Hiperdia Minas preconizada pela SES/MG. Como exemplo, 100% dos hipertensos estimados foram identificados e destes 91,73% foram estratificados.

Instrumentos como o Mapa Inteligente para cada micro-área, identificando os indivíduos com HAS e DM, os cadernos para o acompanhamento desses usuários

e o cartão de identificação e de programação da assistência para os hipertensos e diabéticos na Rede Hiperdia Minas foram elaborados e implantados, de acordo com o princípio de estratificação de risco dos usuários com HAS, DM e DRC.

A partir do *Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS*⁸, elaborado por MENDES e adotado pela SES/MG, os hipertensos de baixo e moderado grau de risco cardiovascular (segundo estratificação de risco de Framingham modificada), os diabéticos com bom e regular controle metabólico (conforme critérios técnicos estabelecidos pela SES/MG) e os usuários com DRC até o estágio 3A foram manejados integralmente sob os cuidados da APS de Lagoa da Prata. Esse cuidado se deu conforme a atenção programada diferenciada por risco.

Observando o desenho proposto pela Rede Hiperdia Minas, de forma complementar, especialmente os hipertensos de alto grau de risco cardiovascular, os diabéticos tipo 1 e os tipo 2 com controle metabólico ruim foram encaminhados ao centro de referência secundária em HAS e DM de sua microrregião de saúde, localizado em Santo Antônio do Monte - MG, para o compartilhamento do seu cuidado entre a APS e a atenção especializada, por meio de interconsultas programadas.

Atenção Primária e a Rede Hiperdia em Lagoa da Prata

Os indivíduos hipertensos e diabéticos foram identificados e estratificados para que se procedesse à organização da assistência conforme a modelagem da Rede Hiperdia Minas preconizada pela SES/MG.

Instrumentos como o Mapa Inteligente para cada micro-área, identificando os indivíduos com HAS e DM, os cadernos para o acompanhamento desses usuários e o cartão de identificação e de programação da assistência para os hipertensos e diabéticos na Rede Hiperdia Minas foram elaborados e implantados, de acordo com o princípio de estratificação de risco dos usuários com HAS, DM e DRC.

A partir do *Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS* adotado pela SES/MG, os hipertensos de baixo e moderado grau de risco cardiovascular (segundo estratificação de risco de Framingham modificada), os diabéticos com bom e regular controle metabólico (conforme critérios técnicos estabelecidos pela SES/MG) e os usuários com DRC até o estágio 3A foram manejados integralmente sob os cuidados da APS de Lagoa da Prata. Esse cuidado se deu conforme a atenção programada diferenciada por risco.

2.1.1. Os Resultados da Rede Hiperdia Minas em Lagoa da Prata e no Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte

Um estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa da Prata e pelo Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte, em julho de 2011, referente ao período de abril de 2010 a junho de 2011, revelou resultados promissores decorrentes da organização da Rede Hiperdia Minas em nível microrregional. Tais resultados foram explicitados especialmente no que se refere ao impacto financeiro da organização da assistência aos usuários diabéticos com controle metabólico ruim, atendidos de forma compartilhada entre o município e o Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte.

Assim, no período citado, 201 diabéticos de Lagoa da Prata com controle metabólico ruim (hemoglobina glicada > 9% ou glicemia de jejum > 200 mg/dl) foram acompanhados na atenção primária e secundária da Rede Hiperdia Minas dessa microrregião, não ocorrendo nenhuma hospitalização por essa en-

docrinopatia (e, por conseguinte, nenhuma infecção hospitalar ou amputação por pé diabético) e nenhum óbito por essa causa⁹.

Considerando que: a) segundo Rosa & Schmidt (2008), o valor médio das internações atribuíveis ao DM (US\$292.0) foi 36% mais elevado que o das não atribuíveis à doença e b) de acordo com estudo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, aproximadamente 30% dos pacientes com diabetes são hospitalizados duas ou mais vezes no ano por complicações associadas à doença, conclui-se que, somente com os 201 diabéticos de Lagoa da Prata avaliados, os quais não tiveram episódios de hospitalização, estima-se que deixaram de ser gastos cerca de R\$ 54.312,00 (com cotação do dólar de 01/08/2011 a R\$ 1,55).

Se considerarmos que: a) a taxa média de infecção hospitalar no Brasil é de 5% (OPAS, 2000) e b) segundo o Manual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (Ministério da Saúde, 2006), o usuário diabético descompensado é um fator de risco importante para infecção, o que dobraria o custo das internações (ANVISA, 2008), teríamos uma redução adicional de gastos com esse grupo de cerca de R\$5.431,20. Ressalta-se que, desses gastos, excluem-se o custo quase imensurável de 4 usuários diabéticos com isquemia miocárdica que possivelmente evoluíram para um infarto agudo do miocárdio e/ou óbito.

Por último, registra-se ainda que: a) de acordo com o Consenso Internacional de Pé Diabético (2001), o custo direto de uma amputação de membro inferior é de US\$ 30.000 a US\$ 60.000 e b) estima-se que de 15% a 20% dos diabéticos descompensados poderão evoluir para neuropatia grave; desses, 10% evoluirão para amputação. Assim, com a implantação do serviço de pé diabético na rede e a não amputação de alguns desses usuários, a estimativa é que tenham sido economizados diretamente dos cofres públicos outros R\$ 139.500,00, fora o custo social associado, no período de abril de 2010 a junho de 2011.

Mediante o exposto, uma breve análise do impacto financeiro da organização da assistência ao DM no município de Lagoa da Prata - MG, a partir da implantação da Rede Hiperdia Minas, sugere que a economia direta com internações

(e suas complicações) e amputações por essa condição crônica, de abril de 2010 a junho de 2011 pode ter alcançado valores próximos de R\$199.243,20.

Impacto financeiro a partir da organização da atenção pela Rede Hiperdia

A organização da assistência ao DM no município de Lagoa da Prata - MG, a partir da implantação da Rede Hiperdia Minas, sugere que a economia direta com internações (e suas complicações) e amputações por essa condição crônica, de abril de 2010 a junho de 2011 pode ter alcançado valores próximos de R\$ 199.243,20.

Com a implantação do serviço de pé diabético na rede e a não amputação de alguns desses usuários, a estimativa é que tenham sido economizados diretamente dos cofres públicos outros R\$ 139.500,00, fora o custo social associado, no período de abril de 2010 a junho de 2011.

Para fins de comparação da relevância desses valores para os cofres municipais, deve-se considerar que o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo do município, repassado mensalmente pelo Governo Federal é de R\$ 80.472,00; ou seja, somente a organização da assistência ao DM em Lagoa da Prata, para o grupo e período estudados, resultou na economia de valores superiores ao dobro do valor mensal do seu PAB fixo.

Em nível de atenção secundária, os resultados de uma análise do impacto da Rede Hiperdia Minas no Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte foram fundamentais para a consolidação do modelo de atenção preconizado pela SES/MG para os seus centros de referência secundária. *Essa análise revelou que a transição do modelo de atenção dos centros de um Centro de Especialidades Médicas Tradicional para um Centro Interconsultor conforme o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS é o caminho a ser seguido.*

No período de abril de 2010 a junho de 2011, o Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte - MG e um Centro de Especialidades Médicas Tradicional, inaugurado anteriormente ao processo de modelagem da Rede Hiperdia Minas e também financiado pelo Governo de Minas, foram comparativamente avaliados de forma sistematizada pela equipe técnica da SES/MG. A Tabela 1, a

seguir, demonstra as principais diferenças entre esses 2 modelos de centros de atenção secundária para o cuidado dos hipertensos e diabéticos.

Tabela 1. Análise comparativa entre o Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte – MG e um Centro de Especialidades Médicas Tradicional para Hipertensos e Diabéticos

	Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte - MG	Centro de Especialidades Médicas Tradicional para Hipertensos e Diabéticos
Modelo de Atenção	Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS (Busca da excelência e Acreditação)	Centro de Especialidades Médicas Tradicional
Atenção Primária à Saúde executa o seu papel em rede	Sim	Não
Critérios de Encaminhamento para o Centro de Atenção Secundária	Somente as condições crônicas complexas preconizadas	As condições crônicas complexas preconizadas e outras condições diversas
Equipe Interdisciplinar	Sim	Não
Elaboração de Plano de Cuidado	Sim	Não
Avaliação do Pé Diabético	100% dos diabéticos encaminhados ao serviço	0% dos diabéticos encaminhados ao serviço

Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes da SES-MG, 2011.

As marcadas diferenças entre os modelos praticados por esses 2 centros acaba por se expressar em resultados para o cidadão muito distintos. Um acompanhamento de 609 hipertensos e 136 diabéticos, assistidos no Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte conforme o *Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS*, demonstrou que o percentual dos usuários hipertensos que alcançaram redução da pressão arterial para níveis ótimos e o percentual de diabéticos que apresentaram redução da hemoglobina glicada para os níveis ideais, após 3 interconsultas no Centro, foi de respectivamente 87 e 71%¹⁰. A esses excelentes resultados deve ser adicionada a informação de que 63% desses hipertensos nunca haviam sido atendidos por nenhum serviço de cardiologia anteriormente e 89% desses diabéticos também nunca haviam

sido acompanhados por um serviço de endocrinologia, o que sugere que a rede proposta possibilitou um aumento da acessibilidade da população a um ponto de atenção resolutivo.

De forma antagônica, no *Centro de Especialidades Médicas Tradicional* para hipertensos e diabéticos avaliado, ainda que 60 a 70% desses hipertensos também nunca tivessem sido atendidos pela cardiologia até a implantação desse serviço e 90% dos usuários diabéticos também não tivessem sido avaliados por um serviço de endocrinologia anteriormente, esse aumento de acessibilidade não significou resultados mensuráveis para o cidadão. Sistemáticamente, não estavam disponíveis informações que pudessem sequer indicar a resolutividade desse serviço.

Resultados da análise comparativa Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte – MG e um Centro de Especialidades Médicas Tradicional para Hipertensos e Diabéticos.

Após o acompanhamento de 609 hipertensos e 136 diabéticos assistidos no Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte, conforme o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS, o percentual de usuários hipertensos que alcançaram redução da pressão arterial para níveis ótimos foi de 87% e o percentual de diabéticos que apresentaram redução da hemoglobina glicada para os níveis ideais foi de 71%, após 3 interconsultas no Centro.

Estudos de caso a partir de prontuários do Centro de Especialidade tradicional revelam que os cuidados recebidos por usuários desse centro mais se adéquam aos cuidados dos usuários com condições agudas.

Dois pares de relatos de casos atendidos por esses 2 centros estudados podem, entretanto, exemplificar algumas diferenças práticas dos modelos de atenção e da resolutividade dessas unidades.

Atendido Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte – MG	Atendido no Centro de Especialidades Médicas Tradicional
CASO 1	CASO 2
<p>Sra. M. D. M., com HAS e DM, foi encaminhada pela APS ao centro por apresentar controle metabólico ruim, com hemoglobina glicada (A1C) de 10,0%, e pressão arterial (PA) de 180X100 mmHg. Essa usuária foi atendida interdisciplinariamente por 3 oportunidades nesse centro de referência, de forma compartilhada com a APS, apresentando ao final do período avaliado A1C de apenas 5,6% e PA de 110x60mmHg.</p>	<p>E.J.M.F., 56 anos, alfabetizado, diabético residente no município sede desse centro de referência microrregional, chegou a essa unidade em novembro de 2010, somente após sofrer amputação de membro inferior esquerdo causada pelo descontrole glicêmico. E.J.M.F. apresentava A1C de 9,4% e estava em uso de hipoglicemiante oral. E.J. retornou a esse centro de especialidades em dezembro de 2010, com A1C de 12,4%, mantendo o uso de metformina. Em janeiro de 2011 o usuário foi atendido pela angiologia devido a uma lesão ulcerativa do membro inferior que lhe restou, já com prognóstico desfavorável para essa lesão. Apesar dessa evolução, não foram encontrados nenhuma programação ou registro de atendimento após essa data.</p>
CASO 3	CASO 4
<p>A Sra. M.C.S., com DM insulino dependente e HAS, foi acolhida nesse centro apresentando A1C de 12,2% e PA de 150X120mmHg. Após 3 interconsultas, M.C.S apresentava A1C de apenas 6,5% e PA de 120X90mmHg.</p>	<p>E.A.S, 66 a., foi recebida nesse centro de referência em janeiro de 2008, com A1C de 12%, neuropatia e nefropatia diabéticas. Em 3 anos E.A.S. teve 23 atendimentos médicos especializados no CHDM (média de quase 8 atendimentos por ano). Mesmo com essa elevada frequência de atendimentos, E.A.S. evoluiu para hemodiálise, sem nenhuma abordagem de sua conhecida não adesão ao tratamento pelo serviço de psicologia desse centro de especialidades que, na prática, funciona na lógica da clássica consulta médica uniprofissional de 15 minutos, pouco agregando valor ao controle de seus usuários¹¹.</p>

Os resultados financeiros para o Estado no centro de atenção secundária conforme o *Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS* também são promissores. Somente a organização da assistência do serviço de diabetologia do Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte – MG no período avaliado evitou gastos da ordem de R\$ 178.406,68, fora o custo não mensurável de 11 pacientes com isquemia miocárdica que possivelmente evoluiriam para IAM e/ou óbito. Para tal resultado foram investidos pela SES/MG nesse serviço apenas R\$ 145.570,36.

Uma análise de custo e impacto ainda mais eficiente foi obtida pelo serviço de pé diabético desse centro: para um investimento e custeio de cerca de R\$ 170.000,00 no período, foram evitados gastos acumulados de cerca de R\$ 3.139.192,96.

Diversos relatos no Estado de Minas têm demonstrado a satisfação dos profissionais dos Centros Hiperdia Minas do *Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS*. Registros como *“Trabalho também em um ambulatório especializado de uma das instituições privadas mais conceituadas de São Paulo. Por algum motivo, que creio ser o modelo de atenção que aqui praticamos, os meus resultados no Centro Hiperdia Minas são muito superiores aos que eu alcanço em meu ambulatório privado”* tem sinalizado o caminho da transição dos modelos de atenção desses centros de referência secundária. Indubitavelmente, esse caminho aponta para um presente-futuro em Minas Gerais aonde a incoerência estrutural do modelo de atenção organizado para o cuidado dos usuários agudos pode ser gradativamente vencida.

Resultados custo-efetividade, satisfação dos profissionais e usuários

A organização da assistência do serviço de diabetologia do Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte – MG no período avaliado evitou gastos da ordem de R\$ 178.406,68, fora o custo não mensurável de 11 pacientes com isquemia miocárdica que possivelmente evoluiriam para IAM e/ou óbito. Para tal resultado foram investidos pela SES/MG nesse serviço apenas R\$ 145.570,36.

Uma análise de custo e impacto ainda mais eficiente foi obtida pelo serviço de pé diabético desse centro: para um investimento e custeio de cerca de R\$ 170.000,00 no período, foram evitados gastos acumulados de cerca de R\$ 3.139.192,96.

Relatos de profissionais *revelam a satisfação em trabalhar a partir do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS*, já que produzem respostas mais adequadas e resolutivas aos usuários.

O resultado de questionários de satisfação aplicado a 788 usuários dos Centros Hiperdia apresentou um *índice global de satisfação de 90,5%*.

Esse caminho promissor também se faz evidente ao se avaliar a satisfação dos usuários dos Centros Hiperdia Minas. Um consolidado dos questionários de satisfação aplicados a 788 usuários apresentou um índice global de satisfação de 90,5%. Ainda que a qualidade do atendimento médico seja avaliada como ótima ou boa por 94,7% desses usuários, o índice global somente não foi superior ao encontrado, pelo fato de apenas 61,3% dos usuários estarem satisfeitos com o cumprimento do suposto horário de atendimento marcado. De fato, como muitos desses centros já executam o atendimento contínuo multiprofissional, modalidade em que a atenção ao usuário se inicia no primeiro horário do turno e termina cerca de 4 horas depois, infelizmente uma parcela significativa de usuários somente se considera atendida após ser avaliada pelo médico.

Paradoxalmente, dados como o último demonstram que esse caminho, além de bastante promissor, será também desafiador, ao se confrontar com muitos paradigmas a serem vencidos pelos gestores, profissionais de saúde e usuários inconformados com a atual situação epidêmica das doenças crônicas.

AGRADECIMENTOS: a toda a equipe da Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, ao Dr. Eugênio Vilaça Mendes, ao Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, ao Dr. Marco Antônio Bragança de Matos e à Dra. Maria Emi Shimazaki, fundamentais para a estruturação da Rede Hiperdia Minas.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diabetes. Fact sheet N°312*. Media centre, August, 2011. Acessado em 29 de novembro de 2011, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. *Caderno de Atenção Básica número 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos*, 2006. p 9.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. *Caderno de Atenção Básica número 15, Série A. Normas e Manuais Técnicos*, 2006. p 9.
4. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *A Saúde dos Mineiros e os Ciclos de Vida, 2008-2009*, 2010.
5. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório Final do Projeto Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais, 2005. Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença. ENSPTEC – Tecnologias em Saúde para Qualidade de Vida, 2011. p 39.
6. NEVES, Aécio. *Prosperidade: a Face Humana do Desenvolvimento*, (2002).
7. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde*. Redes de Atenção à Saúde. – Belo Horizonte: ESP-MG, 2008.
8. MENDES, Eugênio Vilaça. Os Modelos de Atenção à Saúde. In: _____. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p 244 - 292.
9. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGOA DA PRATA, MINAS GERAIS. *Consolidado de Hipertensos e Diabéticos, período 2011*. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2011.
10. FUNDAÇÃO DR. JOSÉ MARIA DOS MARES GUIA. CENTRO INTEGRADO DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA HIPERTENSÃO. *Consolidado dos pacientes atendidos no Centro Integrado Hipertensão no período de abril de 2010 a junho de 2011*. Sistema de Informação MCI. Planejamento e faturamento, 2.011.
11. MENDES, Eugênio Vilaça. Os Modelos de Atenção à Saúde. In: _____. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p 311- 323.

