



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas



Manejo Innovador de Enfermedades Crónicas en Brasil: Enfoques nacional y estatales

Dr. Ailton Alves

Reunión del seminario por internet -
25 de julio del 2016.

ENTREVISTAS

1. Nivel Federal (Mendes EV y Consejo Nacional de Secretarios de Salud – CONASS)
2. Estado de Ceará
3. Estado de Minas Gerais
4. Estado de Paraná

Atención a las Enfermedades Crónicas en Brasil

	NIVEL FEDERAL	CEARÁ	MINAS GERAIS	PARANÁ
Nivel de Apoyo	6	6	8	8
Organización	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas universales / programas sin pago / legislación • Plan de acción estratégico para enfermedades crónicas (2011-2022) • Red de Atención de Enfermedades crónicas especialmente centrada en la vigilancia sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Estatal de Salud • Proyecto para fortalecer la APS • Definición de flujos entre los servicios y procesos de atención (directrices clínicas) • Mejoramiento de la infraestructura física, el personal y la ASS 	<ul style="list-style-type: none"> • PMAQ • Política Estatal de Promoción de la Salud y programas universales y gratis • Planes municipales siendo preparados • Centros Estatales de Atención Especializada • Política y centros financiados por desempeño 	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de atención de salud prioritarias • Programas para la calificación de la APS, ASS y ATS • Inversión en infraestructura, mantenimiento y educación sanitaria continua • Estratificación del riesgo como principio de organización de la red

Fuente: Datos de nivel federal se basan en entrevistas con Mendes EV y Evangelista MJ (CONASS)

	NIVEL FEDERAL	CEARÁ	MINAS GERAIS	PARANÁ
Challenges	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de todos los actores • Priorización de la APS • Efectividad del plan/Red debida a la autonomía de los estados/municipios y bajo financiamiento del sistema de salud • Incorporar MCC basados en evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información limitado y subalimentado no permite evaluaciones regulares • Falta de cultura de evidencia científica • Ruptura de paradigmas: profesionales, pacientes y gerentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos • Cultura de monitoreo/ sistema integrado • Atención integral • Financiamientos insuficientes • Intersectorialidad de la red 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación de cambios en APS (responsabilidad de los pacientes) y en SHC • Sistema de vigilancia • Educación continua para los equipos
Major Strategies	<ul style="list-style-type: none"> • Avances en promoción/vigilancia de salud • "Laboratorios de Innovación" del CONASS en 8 estados • PMAQ/indicadores relacionados con incentivos • - 2.5%/año en la tasa de mortalidad prematura por las ENT (2010-2013) 	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas de demostración y talleres en 162 municipios usando a facilitadores y tutores • PMAQ y sus incentivos • Coordinación de Monitoreo y Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de decretos ministeriales para atención a las ENT • La ejecución de líneas de cuidado renal y oncológica en red • Fortalecimiento de la APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay metas y indicadores de desempeño y calidad para las condiciones crónicas • Áreas de demostración

Fuente: Datos de nivel federal se basan en entrevistas con Mendes EV y Evangelista MJ (CONASS)

ESTUDIOS DE CASOS

1. Fortaleza - Ceará
2. Tauá - Ceará
3. Juiz de Fora - Minas Gerais
4. Laboratorio de innovación en la Atención a Condiciones Crónicas de Curitiba - Paraná
5. Consorcios Intermunicipales de Salud de las Regiones de Toledo y Maringa - Paraná

1. La Organización del Sistema de Salud para Hacer Frente a las Enfermedades Crónicas en Fortaleza - CE.



Acciones

- La APS se ha organizado mediante la estratificación del riesgo y los establecimientos de ASS están reorganizando sus procesos de trabajo.
- Creciente interacción de la red de salud pública con las universidades propiciando un proceso de cambio curricular a largo plazo en el tema del MCC.

Resultados

- Área de demostración: en 196 pacientes con diabetes con alto y muy alto riesgo, 152 (77,6%) se le enviaron a la ASS. 121 (80%) los pacientes regresaron a la APS con un plan de atención individualizado.
- Una encuesta de todos los pacientes enviados al Ambulatorio del Hospital Universitario reveló alta de satisfacción en 91% de usuarios.

2. Estratificación del Riesgo de Pacientes con Diabetes e Hipertensión para Organizar la Atención en el Municipio de Tauá - CE

- La planificación de la APS tuvo lugar entre enero del 2014 y diciembre del 2015, por medio de la revisión del trabajo de los equipos de ESF e identificación de sus puntos débiles.
- En 8 meses, se estratificó a 60% de los pacientes con diabetes y 55% de los pacientes con hipertensión.
- Casi 100% de adherencia de los médicos por medio del trabajo innovador de los tutores con la estrategia educativa de “hacer juntos”.
- Las tecnologías de “atención continuada” y del “apoyo al automanejo” están siendo implementadas con buenas perspectivas.



3. Los Resultados de la Atención Compartida entre la Atención Primaria y Secundaria de Salud para la Hipertensión, el Diabetes y la Enfermedad Renal Crónica en la Red Hiperdia Minas de Juiz de Fora (2010-2014)

- Implementación de la Red Hiperdia Minas. El centro secundario de Juiz de Fora atiende 37 municipios (población total de 767.036 hab.).
- El porcentaje de pacientes dentro de las metas de PA aumentó de 55% a 65% en la última visita. Para los pacientes con las pruebas de Hb1Ac los porcentajes aumentaron de 45% a 49% en la última visita. 35% de los pacientes tuvieron una disminución de <5 ml/año en el RFG.
- 77% de pacientes recibieron un plan de atención individualizado.
- 1.189 profesionales de la APS fueron capacitados, 15 campañas de prevención, 34 artículos científicos publicados, 22 tesis de grados y 15 tesis de doctorado. También preparó el protocolo clínico de los Centros Hiperdia y las directrices clínicas del Estado de Minas Gerais.



Coeficientes de hospitalización y mortalidad para enfermedades cardiovasculares en la Región Ampliada de Juiz de Fora (2009-2013)

Gráfico2 - Coeficiente de internação por causas cardiovasculares nas 3 regiões de saúde

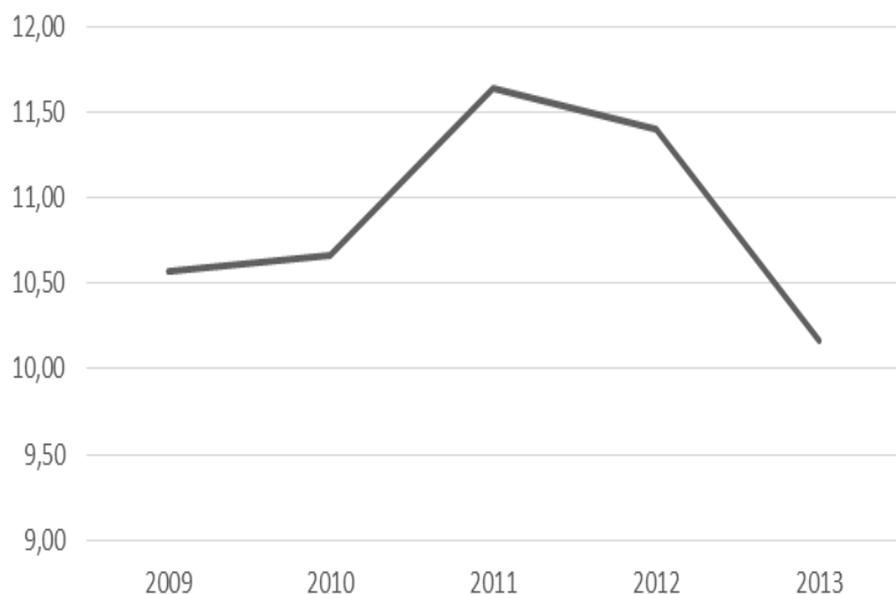
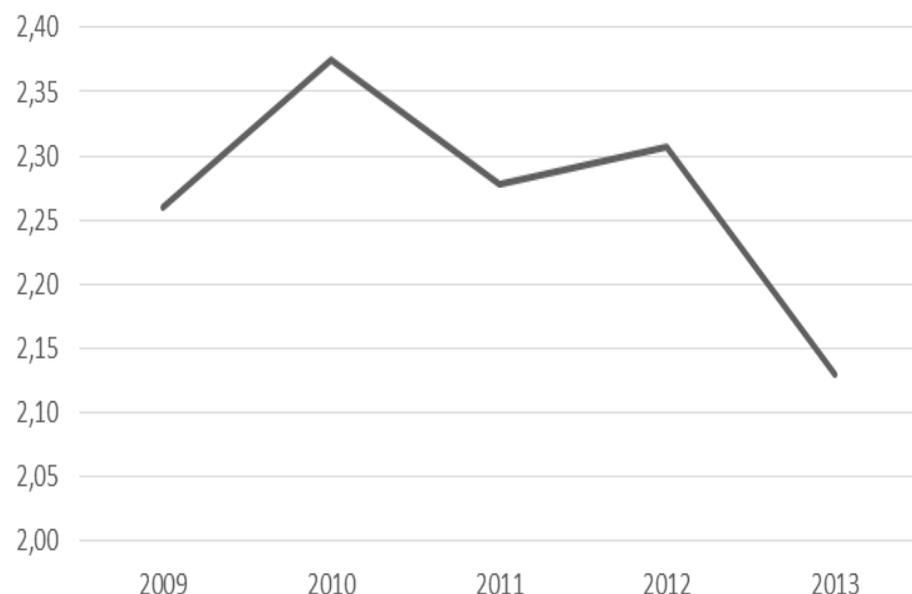
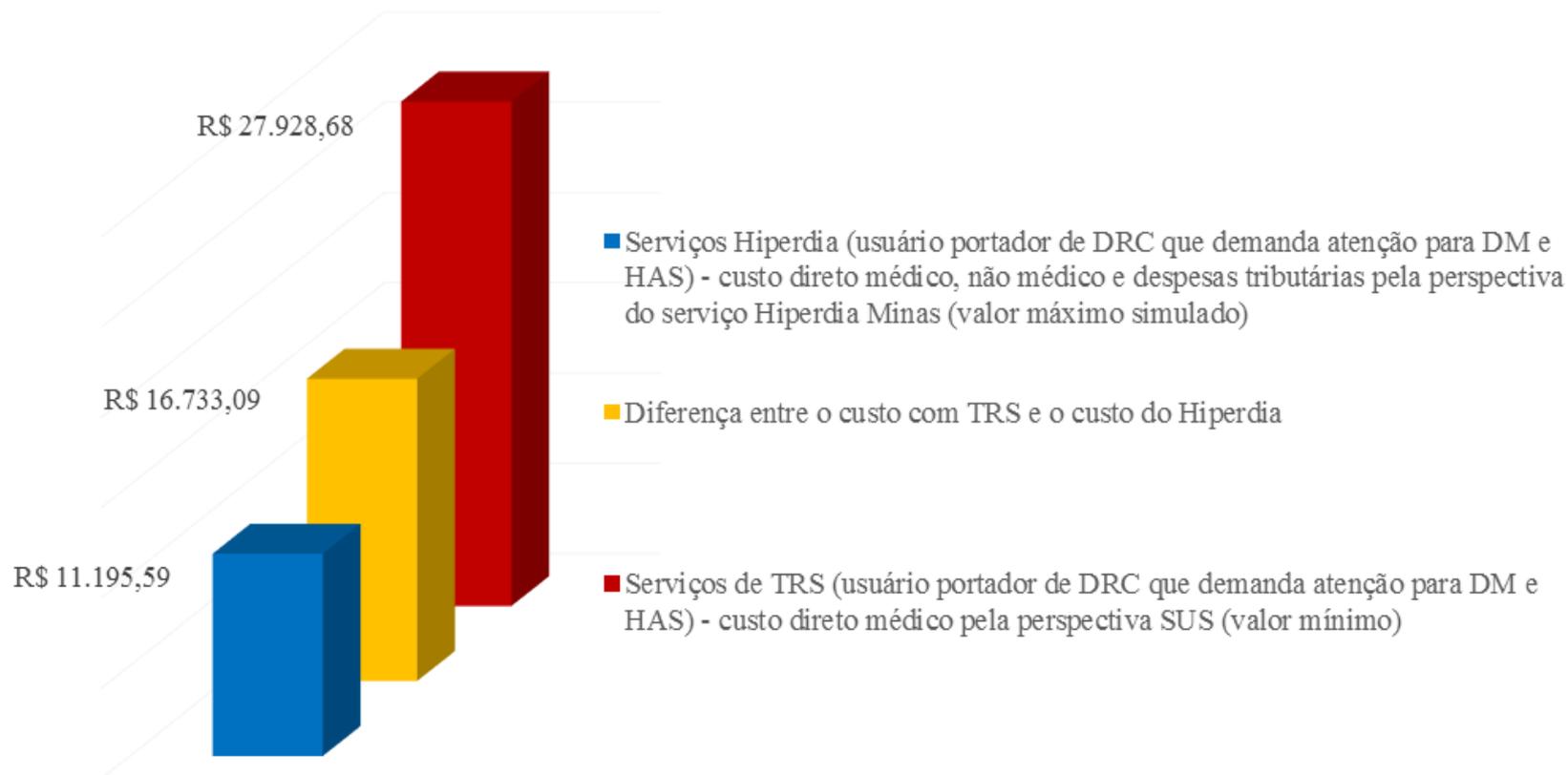


Gráfico 3 - Coeficiente de Mortalidade por causas cardiovasculares nas 3 regiões de saúde



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria y de Mortalidad (SIH-SIM/SUS).

Diferencia entre el costo anual de 2014 del tratamiento sustitutivo de la función renal y el Servicio Hiperdia Minas por paciente con costo mayor (hipertensión, diabetes y enfermedad renal crónica)



Fuente: MORAES JUNIOR, C. S. – Datos no publicados.

4. Apoyo al Automanejo en el Laboratorio de Innovación a la Atención de Condiciones Crónicas (LIACC) de Curitiba/PR



- El LIACC desarrolló soluciones innovadoras y prácticas para el apoyo al automanejo y la Atención Compartida, primero ejecutado en un establecimiento de APS (Alvorada), con 9.484 habitantes.
- La sistematización de este proceso dio lugar a una investigación evaluativa que también incluía a un estudio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) basado en la población y sus factores de riesgo en Curitiba (Epicurean), en una muestra representativa de la población de 18 años y más, estimada en 1.431.466 habitantes.

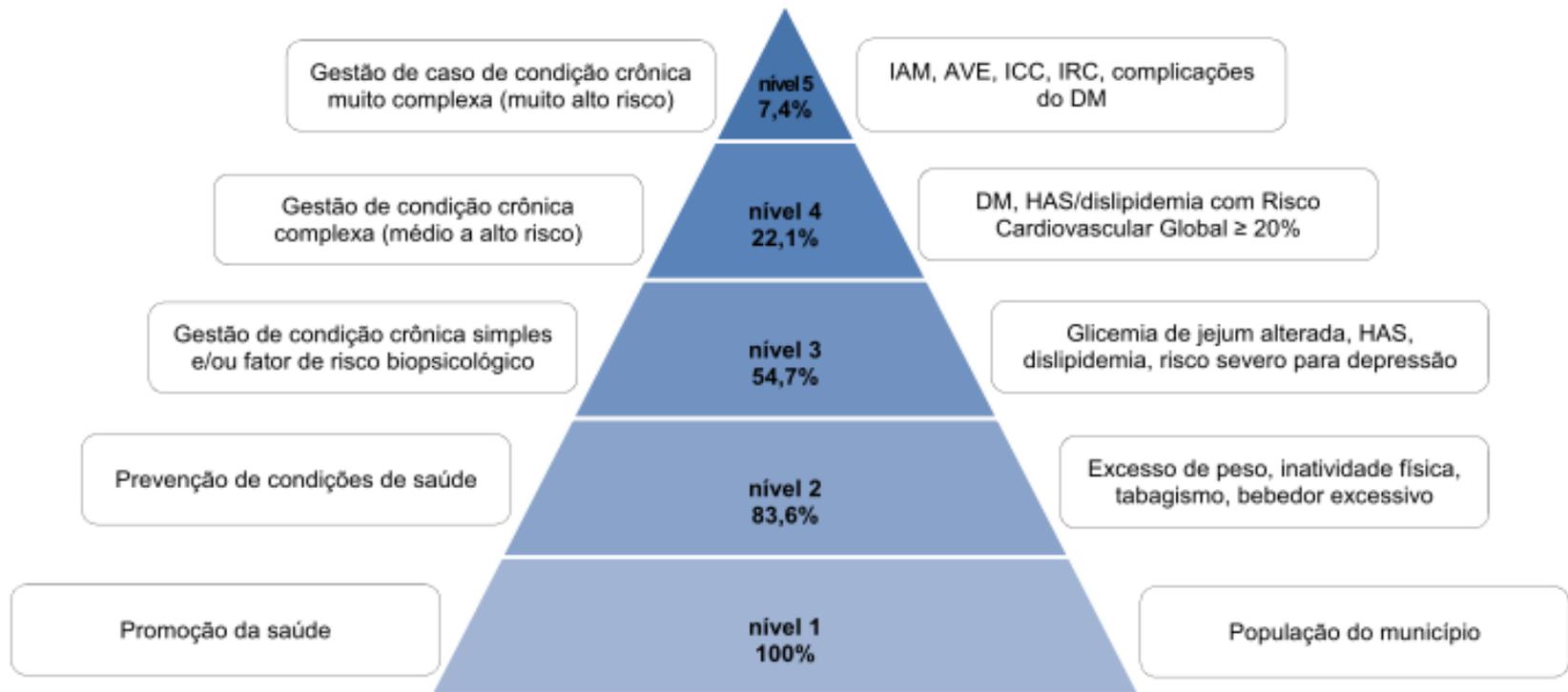
4. Apoyo al Automanejo en el Laboratorio de Innovación a la Atención de Condiciones Crónicas (LIACC) de Curitiba/PR



- En los 6 establecimientos de intervención hubo un leve mejoramiento en las puntuaciones de las secciones "Vínculo con la Comunidad " (6.34 - 6:69) e "Integración de los Componentes del Modelo de Atención a las Enfermedades Crónicas" (6.09 - 6:42).
- En el PACIC aplicado a 513 usuarios al inicio del estudio y 390 posterior, hubo un aumento de las puntuaciones de "adherencia al tratamiento" (2.6 - 3.26), "toma de decisiones" (3.49 - 3.73), "definición de metas" (3.22 - 3.58), "resolución de problemas" (2.86 - 3.45) y "coordinación de atención" (2.92 - 3.62) en los centros de intervención.

4. Apoio al Automanejo en el Laboratorio de Innovación a la Atención de Condiciones Crónicas (LIACC) de Curitiba/PR

Figura 1 – Percentual estimado da população de 18 e mais anos de Curitiba no Modelo de Atenção às Condições Crônicas a partir dos resultados do Epicurean (2013-2014)



Adaptado de Mendes (2012). Dados preliminares. Valores percentuais cumulativos.

Pesquisa de base populacional realizada entre 2013-2014 com entrevistas e aferição de pressão arterial casual, dados antropométricos e glicemia capilar de jejum em domicílio. Excesso de peso – IMC ≥ 25 kg/m²; Glicemia de jejum alterada - entre 100 e 125 mg/dL; DM - diabetes referido ou glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL; HAS – hipertensão referida em uso de anti-hipertensivo ou PA $\geq 140/90$ mmHg; escore de risco para depressão pelo PHQ9 ≥ 15 ; Risco cardiovascular global por Framingham; Dislipidemia, IAM – infarto agudo do miocárdio, AVE – acidente vascular encefálico, ICC – insuficiência cardíaca congestiva, IRC – insuficiência renal crônica, complicações de DM – amputação não traumática, úlcera de extremidades (morbidades referidas).

5. El Cambio en el Modelo de Atención de Salud Mediante la Implementación de Líneas de Cuidado de Hipertensión y Diabetes en Munhoz de Mello - PR



- 3 programas estratégicos establecidos: el Programa de Calificación de APS; el Programa de ASS y el Programa de Apoyo a Hospitales Públicos y Filantrópicos del Estado. Los procesos de tutoría y Estratificación de los pacientes con HAS y DM empezaron en el 2014.
- 100% de estratificación de la población con HAS y DM. Para HAS, 16% tenían bajo riesgo, 64% medio riesgo y 20% alto y muy alto grado de riesgo cardiovascular; para el DM, 10% tuvo control metabólico deficiente, 37% control metabólico moderado y 53% buen control metabólico.
- 92% de los ciudadanos aprobaron el nuevo modelo de atención.



Fortaleza - CE

¡GRACIAS!



Tauá - CE



Consórcios - PR

