

A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL

A history of Public Health Policy for systemic arterial hypertension in Brazil

Mayckel da Silva Barreto¹, Regina Lúcia Dalla Torre Silva²,
Maria Angélica Pagliarini Waidman³, Sonia Silva Marcon⁴

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), há décadas, é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. O objetivo do estudo foi relatar a trajetória histórica das políticas públicas brasileiras de saúde para o cuidado à HAS. Trata-se de uma revisão integrativa com levantamento de artigos, realizado no mês de junho de 2011, em três bases de dados indexadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Após a leitura dos resumos dos 41 artigos localizados, verificou-se que apenas 14 se enquadraram nos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Os achados evidenciaram que o Brasil iniciou suas políticas públicas para a HAS no fim da década de 1980 e que modificou seu paradigma assistencial com a implementação do Sistema Único de Saúde e do Programa Saúde da Família. No entanto, apesar de diversas políticas públicas terem sido instauradas, ainda é difícil o diagnóstico precoce, tratamento e controle da HAS na atenção primária à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Programas Nacionais de Saúde; Revisão.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH), for decades, has been one of the major public health problems in Brazil. The aim of this study was to report the historical trajectory of Brazilian public health policies for the care of SAH. This is an integrative review with a survey of articles, conducted in June 2011, in three indexed databases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). After reading the summaries of the 41 identified articles, available electronically in full, it was found that only 14 fit the pre-established inclusion criteria. From the results it became clear that Brazil began its public policies for hypertension in the late 1980s, and undertook a change in the care paradigm with the implementation of the Unified Health System and the Family Health Program. However, despite several public policies having been introduced, the early diagnosis, treatment, and control of SAH in primary health care is still difficult.

KEYWORDS: Hypertension; National Health Programs; Review.

INTRODUÇÃO

O atual estágio da transição demográfica no Brasil resultou em modificações na pirâmide etária da população, na elevação da expectativa de vida e, ainda, no aumento de

45,9% da população idosa acima de 65 anos, no período de 1980 a 2000, ocasionando transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto aos altos índices de óbitos causados pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).¹ No ano de 2005, cerca

¹ Mayckel da Silva Barreto, enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Docente e coordenador adjunto do Departamento de Enfermagem da Fundação Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari (FAFIMAN). E-mail: mayckelbar@gmail.com

² Regina Lúcia Dalla Torre Silva, enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá – PR. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá

³ Maria Angélica Pagliarini Waidman, enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá

⁴ Sonia Silva Marcon, enfermeira Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá

de 35 milhões de pessoas morreram por DCNT no mundo.² No Brasil, 74% das mortes ocorridas entre os anos 2002 e 2004 foram por essas doenças, com uma leve tendência de crescimento.³

As DCNT apresentam etiologia múltipla, longos períodos de latência que dificultam o diagnóstico, curso prolongado e associação a deficiências e incapacidades funcionais, o que culmina com a impossibilidade da completa definição de sua causa. Por outro lado, os avanços em pesquisa permitiram identificar fatores de risco, que são classificados como não modificáveis - como o sexo, a idade e a herança genética - e os modificáveis ou comportamentais - como o tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool e outras drogas, sendo que os fatores comportamentais são potencializados por fatores condicionantes, tais como socioeconômicos, culturais e ambientais.⁴

Entre as DCNT, destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma patologia de natureza multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA) e que é considerada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, representando, portanto, altos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes principalmente das complicações que a acompanham.^{5,6}

Estimativas indicam uma prevalência ascendente da HAS e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos. Em nosso país, essas estimativas apontam que 18 milhões de indivíduos são hipertensos, e seus agravos vêm se apresentando como a principal causa de óbito desde a década de 1960. Nesse cenário, a HAS apresenta-se como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, principalmente, em decorrência de seu curso clínico lento, gradual e assintomático.^{7,8}

A atuação profissional na área da saúde coletiva demonstra que, por ser uma doença com as características supracitadas, muitas pessoas somente descobrem a HAS quando as complicações clínicas já se encontram instaladas. Por outras vezes, não aceitam o diagnóstico e o tratamento, por não apresentarem sintomas ou, ainda, por se sentirem saudáveis/normotensas. Dessa forma, apesar do investimento atual dos serviços públicos no atendimento às pessoas com HAS, percebe-se ainda uma lacuna na assistência ofertada, pois aumenta a cada dia a incidência/prevalência dos agravos na população.

Todas essas questões demonstram a necessidade de políticas públicas integradas para abordagem do problema. Assim, instigados pela necessidade de conhecer o curso pelo qual a assistência ao hipertenso se desenvolveu em nosso país e pela escassez de estudos na literatura que relatem esses caminhos, propusemo-nos a desenvolver o

presente estudo que teve por objetivo traçar a trajetória histórica das políticas públicas de saúde no Brasil, no que tange aos cuidados à HAS.

METODOLOGIA

Estudo de revisão integrativa, que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e para a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.⁹

Para sua elaboração, as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; determinação dos critérios de inclusão e exclusão de artigos para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; e, por fim, a discussão e a apresentação dos resultados de forma narrativa.⁹

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão norteadora: No decorrer da história, quais foram as políticas públicas de saúde que embasaram a assistência à HAS no Brasil? Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: artigos completos, disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que retratassem alguma política pública, estratégia ou programa de saúde, brasileiros para prevenção, acompanhamento e tratamento da HAS, independentemente da data de sua publicação, uma vez que se buscou relatar o percurso histórico das políticas de saúde voltadas ao hipertenso. Por sua vez, como critério de exclusão, os artigos repetidos foram retirados.

O levantamento dos artigos foi realizado no mês de junho de 2011, em três bases de dados indexadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Para a busca, foram utilizados os descritores controlados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como “hipertensão” e “estratégias nacionais”; “hipertensão” e “programas governamentais”; e “hipertensão” e “programas nacionais de saúde”. Em virtude das características específicas para o acesso em cada uma das bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para a busca dos artigos foram adaptadas, tendo sempre como eixo norteador a questão previamente elaborada e os critérios de inclusão.

Foram localizados 14 artigos completos na base de dados MEDILINE, 25 no SciELO e 20 na LILACS, todos em língua portuguesa e apenas um publicado em pe-

riódico internacional. Após a exclusão de 18 artigos que estavam disponíveis em mais de uma base de dados, foi realizada a leitura dos resumos e verificou-se que dos 41

artigos, apenas 14 se enquadravam nos critérios de inclusão e respondiam à questão norteadora, sendo este o número de artigos que compôs a amostra (Quadro 01).

Quadro 01 - Artigos localizados segundo a base de dados indexada, ano de publicação e objetivo do estudo, Maringá – Paraná; 2011.

Base de dados	Título do artigo	Objetivo do estudo	Ano de publicação
SciELO	Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância	Abordar a relevância da vigilância epidemiológica para DCNT e comentar a adaptação brasileira da proposta da OMS para a atuação sobre os fatores de risco modificáveis das DCNT.	2004
SciELO	Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe da saúde da família	Descrever o perfil epidemiológico e avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com DM e HAS, acompanhados por uma equipe de Saúde da Família.	2008
SciELO	Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio	Identificar e classificar as necessidades de educação em saúde apresentadas pelos cuidadores de doentes crônicos, baseadas na CIPE em Saúde Coletiva.	2007
SciELO	Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil).	Avaliar a implantação da atenção à HAS pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE).	2011
SciELO	As políticas públicas de saúde no Brasil: o sistema único de saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca	Descrever a história das políticas sociais e o modo como se configurou a saúde pública no Brasil.	2007
SciELO	Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008).	Estudar o desenvolvimento da institucionalização da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos, desde a Constituição Federal de 1988.	2009
LILACS	Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde	Mensurar a efetividade do controle da HAS, segundo a redução dos níveis de PA em hipertensos submetidos a ações programáticas para controle da doença e identificar condições associadas à redução.	1996
LILACS	Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde	Descrever a distribuição dos indicadores referentes à HAS entre os pacientes cadastrados no ano de 2004 em todo o Brasil no HIPERDIA e também os indicadores de Controle da HAS do Pacto de Indicadores da Atenção Básica entre 2000 e 2006.	2007
LILACS	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM	Descrever o Plano de reorganização da atenção à HAS e ao DM e relatar os resultados da campanha nacional para a detecção de DM.	2001
LILACS	As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e HAS	Analisar criticamente a magnitude das campanhas nacionais de detecção de casos novos de DM e de HAS.	2004

LILACS	Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de saúde	Avaliar a redução dos custos com a dispensação de medicamentos pelo SUS para o tratamento de HAS e DM e com internações hospitalares por estas doenças, promovidas pela realização de atividade física, na cidade de Pelotas (RS).	2010
LILACS	Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos nos municípios do estado do Rio de Janeiro	Avaliar a implementação do HIPERDIA nos municípios do estado do Rio de Janeiro.	2008
MEDLINE	Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde: uma análise das práticas do enfermeiro	Identificar a qualificação de enfermeiros que prestam assistência aos hipertensos e descrever ações de controle desenvolvidas no campo da atenção primária em saúde.	2005
MEDLINE	Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil	Analisar o desempenho do Programa Farmácia Popular do Brasil perante os setores, público e privado, em relação a: disponibilidade, preço e custo, para o paciente, de medicamentos para HAS e DM.	2010

Fonte: dados da pesquisa.

Durante a elaboração do manuscrito, percebeu-se que os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) poderiam constituir fonte de informações, assim foram consultados os manuais, portarias e leis, que pudessem subsidiar o relato da história das políticas públicas de saúde para a HAS no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pelo fato de se relatar uma trajetória histórica, fez-se necessária a construção dos resultados de forma narrativa, de acordo com a sequência cronológica temporal dos acontecimentos.

Políticas públicas de saúde para HAS: Percorrendo e compreendendo a história

Desde a década de 1970, nos países desenvolvidos, existia a preocupação governamental com as DCNT e seus agravos. Dessa forma, buscou-se desenvolver iniciativas e estratégias que levassem à mudança do comportamento da população, com vistas à redução dos fatores de risco que desencadeavam as doenças.

No Brasil, a primeira tentativa de implementação de uma política pública, com o objetivo de diminuir o número de hospitalizações e óbitos decorrentes dos agravos da HAS, ocorreu no final da década de 1980, por meio do Programa de Ações Básicas de Saúde (PREV-SAÚDE). O projeto pretendia estender a cobertura dos serviços para

toda a população com ênfase na assistência básica à saúde. No entanto a organização das ações estava baseada na lógica dos programas de saúde, de caráter vertical e centralizado no MS, predominando as ações individuais e medicalizantes, não impactando positivamente na morbimortalidade por enfermidades cardiovasculares em nível populacional. Mesmo com uma baixa efetividade, o programa norteou a política de prevenção e controle da HAS por mais de dez anos, em decorrência do paradigma assistencial vigente.¹⁰

Criação e implementação do SUS: Busca pela mudança do paradigma de assistência à saúde

No fim da década de 1980, a sociedade vivenciava um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964. Uma das consequências dessa redemocratização foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que levaria à busca pela modificação do paradigma assistencial. Iniciava-se, também no Brasil, uma dicotomia complexa, na qual a conjuntura da saúde retratava as contradições do país: havia um quadro de doenças infecto-contagiosas próprias do subdesenvolvimento, e constatava-se o crescente aparecimento de DCNT próprias das sociedades industrializadas, o que seria mais um agravante para a construção do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.¹¹

Dois momentos históricos também contribuíram para a construção do SUS, por representarem as ideias centrais

de sua criação e concentrarem as necessidades e expectativas da sociedade em relação à saúde. No contexto mundial, em 1978, ocorreu a 1ª Conferência Internacional da Atenção Primária, que enunciou a Declaração de Alma-Ata, destacando a determinação econômica e social da saúde e a necessidade de uma abordagem diferenciada, para extrapolar a assistência centrada na doença. No Brasil, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na história da saúde pública brasileira, que consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.¹¹

O dever estatal de ofertar o acesso universal à saúde é legalizado na Constituição Federal de 1988 e garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.¹² A criação do SUS representou, portanto, um grande avanço para a sociedade, com o princípio de universalização do atendimento, tornando-o público e gratuito a qualquer cidadão brasileiro, trazendo uma nova visão de assistência à saúde.

No início da década de 1990, mesmo após a implementação do SUS, havia a necessidade de suprir as lacunas impostas pelo modelo biomédico hegemônico ainda vigente. Diante disso, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais, foi elaborado e implementado um programa que buscava a modificação do paradigma de assistência à saúde no Brasil, ou seja, uma política de saúde pautada na atenção básica.

Programa Saúde da Família: Tentativa de consolidação da Atenção Primária

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se em 1992, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando implementar ações básicas custo-efetivas em populações carentes. Posteriormente, o programa evoluiu, pelo reconhecimento de seu êxito, para o que hoje é conceituado como Estratégia Saúde da Família (ESF) que visa à conversão do modelo assistencial do sistema de saúde, por meio da expansão do PSF e da indução da oferta de média e alta complexidade adequada aos preceitos da integralidade e da qualidade da atenção.¹³

Com o advento da ESF, a enfermagem, como integrante da equipe de saúde, adquiriu maior responsabilidade com a execução de atividades no campo da atenção primária, com as ações educativas e assistenciais a determinados seguimentos populacionais, entre os quais podemos destacar os hipertensos.¹⁴ Nessa perspectiva, iniciaram-se os trabalhos de educação para a saúde, com vistas à promoção de hábitos saudáveis e prevenção de

agravos, principalmente por meio da mudança no estilo de vida dos indivíduos.

Portarias, programas e políticas nacionais: A HAS em foco

Nos últimos anos da década de 1990 e no início dos anos 2000, a prevenção para as DCNT, em especial as cardiovasculares, tornou-se preocupação de várias organizações internacionais, enfatizando os chamados países do Terceiro Mundo¹⁰. Associado a isso, o elevado número de hospitalizações e de óbitos decorrentes de agravos da HAS levou o MS, no ano de 2001, a promulgar a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01 que estabeleceu, entre outras coisas, as diretrizes para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica e definiu o controle da HAS como sua área de atuação estratégica mínima.¹⁵⁻¹⁷

Ainda no ano de 2001, o MS lançou o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao *Diabetes mellitus* (DM) em todo o país, com o intuito de minimizar a ocorrência de seus agravos. Destarte, diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica; pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde; promoção de atividades educativas; atenção à assistência farmacêutica; e dispensação de medicamentos de uso contínuo.¹⁸

Esse plano tinha ainda como objetivo a garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para as pessoas com HAS e DM na rede pública de serviços de saúde.^{18,19}

O plano reorganizacional desenvolveu também campanhas com indivíduos na faixa etária acima dos 40 anos para o rastreamento de novos casos de HAS e DM no Brasil e, uma vez confirmados os diagnósticos, esses usuários eram cadastrados e vinculados aos serviços de saúde. Essa foi a primeira iniciativa, no mundo, de realização de uma campanha populacional massiva para o rastreamento de DCNT.²⁰

A Campanha Nacional de Detecção de DM ocorreu no período de 06 de março a 07 de abril de 2001 e a Campanha Nacional de Detecção da HAS foi realizada de 14 de novembro de 2001 a 31 de janeiro de 2002. Esta última mobilizou a população, facilitou o acesso à informação, identificou casos suspeitos de HAS e estimulou a confirmação diagnóstica. Por outro lado, a adesão dos municípios e da população à campanha foi baixa, apesar do fato de quase doze milhões e meio de pessoas terem aferido a PA durante a campanha. Diversos motivos podem ter

contribuído para a baixa adesão, incluindo a sobrecarga dos municípios que se seguiu à campanha de detecção do DM; a menor repercussão da campanha de HAS entre os profissionais envolvidos nas políticas e administração dos serviços de saúde; e o fato de o risco atribuído à HAS já ter sido difundido em campanhas anteriores de menor abrangência.²⁰

As campanhas de rastreamento da HAS e do DM culminaram com a criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, o Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA. O sistema informatizado de cadastramento ocorreu em todas as unidades ambulatoriais do SUS, o que tornou possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados, bem como a geração de informações para os gerentes locais, gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e MS. Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento da assistência prestada, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, a partir do perfil epidemiológico dessa população, permitirá o desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social.¹⁸

Esse sistema é composto pelos subsistemas Municipal e Federal, de modo que os dados gerados nas Secretarias Municipais de Saúde compõem uma base nacional de informações que pode ser acessada por meio da internet, no site específico do DATASUS, órgão do MS responsável pelos sistemas informatizados, e permite a elaboração de relatórios e gráficos, a partir de bases nacional, estadual ou municipal de dados, para análise e posterior planejamento da atuação da atenção básica voltada aos cuidados de indivíduos hipertensos e diabéticos.¹⁷

Porém existe uma ressalva: em muitas localidades, apesar de a implementação do plano reorganizacional ter ocorrido há mais dez anos, o uso do HIPERDIA, como uma ferramenta para a avaliação da qualidade da assistência prestada, ainda se encontra distante da realidade dos municípios, pois, embora os dados sejam produzidos no cotidiano dos serviços, no momento do contato entre a equipe de saúde e paciente, é evidente que estes são gerados sem o devido treinamento ou supervisão e sem o controle da sua fidedignidade. Ademais, a sua análise faz-se principalmente no nível federal, sem retorno aos municípios.¹⁷

Ainda no início dos anos 2000, por mais que os resquícios do modelo biomédico fizessem com que um dos pilares mais preponderantes do tratamento da HAS fosse a medicalização, o acesso da população aos medicamentos, em muitos locais, continuava difícil. Desse modo,

segundo a portaria nº 371/GM do MS de 04 de março de 2002, foi criado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para HAS e DM, o qual garante, aos pacientes cadastrados, uma lista de medicamentos considerados essenciais. A partir dessa portaria, foi realizado um levantamento municipal da distribuição de tais medicações para que fossem disponibilizadas à população, por meio do HIPERDIA, ou distribuídos de forma administrativa aos usuários cadastrados, com o objetivo de tornar mais simples e ágil a aquisição dos medicamentos.²¹

Buscando ampliar e melhorar os propósitos do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a HAS e DM, em 2004, o MS, em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), que surgiu como modalidade de co-pagamento e é sustentado por convênios firmados com parceiros públicos e privados sem fins lucrativos. O objetivo da FPB é distribuir de modo universal, igualitário e gratuito, entre outros, os medicamentos para a HAS, em toda a extensão do território brasileiro.²²

O MS, no ano de 2006, por meio do Caderno de Atenção Básica, ressalta mais uma vez que a atenção primária deve conduzir atividades de promoção e prevenção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. Recomenda, também, que a equipe de saúde contemple os saberes dos diferentes profissionais envolvidos na assistência, bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a ESF.²³

Logo depois, por meio da portaria 687 de março de 2006, o MS lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde cujo objetivo foi promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Dessa maneira, buscou incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica, definindo como prioridades iniciais de atuação: alimentação saudável e atividade física/práticas corporais, reiterando as políticas ministeriais anteriores de atuar sobre os fatores de risco para as DCNT.⁴ A partir da promulgação dessa portaria, houve um aumento no apoio técnico e financeiro à estruturação da Rede Nacional de Promoção da Saúde. De 2005 a 2010, o MS repassou para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde mais de R\$ 170 milhões, destinados ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, incluindo as ações voltadas à saúde dos hipertensos.²⁴

Nesse sentido e compreendendo os desafios lançados para os serviços de saúde e ainda a necessidade de aprofundar as ferramentas de planejamento que facilitassem e estimulassem a construção de abordagens que consideravam o cuidado integral e atendiam as necessidades de

saúde da população, o MS lançou, em 2006, o manual Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência, o qual recomenda o fortalecimento da promoção da saúde, da elaboração de estratégias de prevenção de agravos, da melhoria da capacidade de mobilização social para o autocuidado e da formulação de indicadores adequados à avaliação da efetividade das ações em saúde. Nesse manual, entre as doenças prioritárias, está a HAS e o enfoque nos seus fatores de risco.⁴

Essas questões passam a integrar o acordo sanitário Pacto Pela Vida, com a promulgação da portaria 399 de 2006, que explicita a necessidade do desenvolvimento, pelos municípios, de estratégias mais efetivas para a abordagem da HAS, vista ainda como um problema de saúde pública. Uma das ações propostas pelas diretrizes é a vigilância epidemiológica, com a produção de informações que subsidiem a organização do cuidado integral às DCNT e seus fatores de risco e que levem à elaboração de ações que modifiquem os determinantes sociais de saúde, reduzindo a carga de doenças.⁴

O Pacto Pela Vida propõe, ainda, como forma de cuidado, favorecer a autonomia de sujeitos que já desenvolveram quadros de adoecimento. O ato de cuidar é entendido como ação sanitária de atenção integral aos usuários dos serviços de saúde, que pressupõe a criação de vínculos de corresponsabilidade entre o profissional de saúde e aquele que busca seu saber técnico específico para o alívio de um sofrer. Para a efetividade do cuidado aos doentes crônicos, é preciso uma ação pró-ativa dos sujeitos para a busca de comportamentos que considerem hábitos de vida saudáveis e levem ao controle da doença.⁴

Outra importante iniciativa do governo federal foi o lançamento, em 2007, do Guia Metodológico de Avaliação e definição de Indicadores de DCNT e Rede Carmem. Esses projetos comprometeram-se com o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas que buscassem a redução simultânea de fatores de risco comuns a mais de uma das DCNT; mobilização social e intervenções de base comunitária; vigilância epidemiológica dos fatores de risco; e atividades preventivas que possam contribuir com a redução das desigualdades em saúde.²⁵

Esse modelo, que mantém as mesmas propostas dos demais programas, visa o diagnóstico precoce e o controle das DCNT, pressupondo uma nova organização do processo de trabalho das equipes, destacando a atuação intersetorial como importante instrumento para as ações de promoção à saúde. A adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho, com a vinculação das equipes da ESF à população de sua área adscrita e o fortalecimento da atenção primária como ordenadora do sistema de saúde, sendo a responsável pelo acompanhamento dos sujeitos até a alta complexidade, faz com que o enfermeiro, além das atividades assistenciais e educativas, atue na gerência das equipes da ESF, direcionando sua prática para a intervenção na organização do processo de trabalho, gerando uma nova estratégia articulada com a equipe de saúde a fim de que cada sujeito possa desempenhar seu trabalho como agente de transformação.

O Estado brasileiro também tem atuado no desenvolvimento de estudos e pesquisas relacionados às condições de vida e saúde da população em geral e de grupos que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), que realiza a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que realiza, anualmente, a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD).

Existe ainda o Inquérito Nacional de Fatores de Risco para Doenças Crônicas e Violências, realizado pela Secretária de Vigilância em Saúde do MS e pelo Instituto Nacional de Câncer. Todos esses estudos são ações de vigilância e monitoramento dos principais fatores de risco modificáveis e buscam levantar tendências e estimativas que possibilitem conhecer a distribuição e a magnitude das DCNT e seus agravos, sendo importantes parâmetros para a avaliação e gestão das políticas públicas.

Desafios e tendências para o cuidado da HAS

Desde o fim da década de 1980, com a implementação do SUS e a tentativa de reorganização do modelo assistencial, o país já alcançou inúmeras conquistas em diversas áreas, com diferentes populações. No entanto, apesar de várias políticas públicas terem sido instauradas pelo Estado brasileiro, voltadas para a prevenção, diagnóstico, manejo e tratamento da HAS, ainda é difícil o controle dos fatores de risco, o diagnóstico precoce, a acessibilidade dos usuários ao serviço, a manutenção do tratamento e a diminuição dos agravos cardiovasculares e dos custos financeiros para o sistema público, uma vez que a doença possui particularidades que dificultam o diagnóstico e a manutenção da terapêutica.

O Brasil, além das dificuldades decorrentes de ser um país em desenvolvimento, possui uma dimensão continental, com diferenças significativas entre suas cinco regiões, o que constitui empecilho importante para a implementação de programas, políticas e estratégias abrangentes e eficazes para o cuidado às DCNT. Dessa forma, diversas estratégias são articuladas pelo MS e Secretarias Estaduais

e Municipais de Saúde, porém com algumas divergências entre a solicitação da esfera federal e a sua aplicação nas equipes de ESF, ocasionando a não substancial efetividade dos programas e a sua conseqüente reformulação.

Diante disso, acreditamos ser necessário um olhar diferenciado para a problemática, que busque uma atuação a partir de cada localidade, respeitando suas características peculiares de prestar a assistência, devendo esta ser cada vez mais qualificada, sistematizada e humanizada, o que será alcançado com a constante qualificação e motivação dos profissionais de saúde que atuam com a população de hipertensos.

Com base nos estudos analisados e em nossa experiência, observamos que há uma subnotificação dos casos de HAS e DM e, mesmo entre aqueles que são diagnosticados, grande parte não adere ao tratamento. Sabendo que este é um dos principais desafios para o cuidado nessa área, acreditamos que uma das estratégias do Estado seria o investimento maciço em educação continuada para profissionais da saúde, subsidiando-os na busca pela promoção da saúde e prevenção dos agravos de seus pacientes e em educação para a saúde, principalmente por meio da mídia, para a população em geral, buscando-se atingir aqueles que não têm acesso ao serviço de saúde.

Fato importante e desafiador, ainda, é a implementação de um trabalho multiprofissional e intersetorial, que busque sensibilizar as pessoas com HAS e DM acerca da existência e importância de uma gama de cuidados à saúde necessários para o efetivo controle das doenças.

CONCLUSÃO

Os programas, estratégias e políticas de saúde voltados para a assistência ao hipertenso, formulados pela gestão federal do setor saúde, são necessários, todavia deve-se incentivar a consideração das particularidades de cada local, com vistas ao controle dos agravos da HAS e de outras DCNT. Além disso, estudos e pesquisas abrangentes também são importantes para subsidiarem a elaboração dessas intervenções. Foram encontrados poucos estudos que relatassem a trajetória histórica das ações de saúde para o cuidado a HAS, na maioria dos casos de forma fragmentada, necessitando de mais estudos e revisões sistemáticas e integrativas, que busquem suprimir esta lacuna no conhecimento científico.

Enquanto profissionais de saúde, temos a responsabilidade de conhecer essas políticas, informar os usuários sobre seus direitos e deveres e, no caso específico da HAS, estarmos atentos para o diagnóstico precoce e o desenvolvimento de um trabalho em equipe que ofereça um cuidado de qualidade ao indivíduo, visando a melhoria de sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barbra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):254-62.
2. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investments. Geneva: WHO; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(supl. 1): 1-51.
6. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe da saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):672-9.
7. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens.* 2007;14(2):84-8.
8. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(2):623-33.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4): 758-64.
10. Lessa I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(4):931-43.
11. Silva E, Sarreta FO, Bertani IF. As políticas públicas de saúde no Brasil: o sistema único de saúde (SUS) e a rede

de saúde em Franca. *Serv Soc Real*. 2007;16(1): 81-103.

12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 18ª ed. São Paulo: Saraiva; 1998.

13. Buss PM, Carvalho, AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(6): 2305-16.

14. Ximenes Neto FR, Melo JR. Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde: uma análise das práticas do enfermeiro. *Enferm Global*. 2005; 4(6):1-16.

15. Sala A, Nemes Filho A, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1996; 30(2):161-7.

16. Brasil. Portaria nº 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. *Diário Oficial da União* 2001; 26 jan.

17 Chazan AC, Perez EA. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. *Rev APS*. 2008; 11(1):10-6.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(5):490-3.

20. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):885-95.

21. Bielemann RM, Knuth AG, Hallal PC. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao sistema Único de saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2010;15(1): 9-14.

22. Pinto CD, Miranda ES, Emmerick ICM, Costa NR, Castro CGSO. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(4):611-9.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistê-

mica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde investe em ações de prevenção; Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Submissão: julho/2012

Aprovação: setembro/2012
