convibra
www.convibra.org

Políticas Públicas e Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil: Uma Revisão Bibliográfica.

Larissa Aline Carneiro Lobo – Universidade Feevale - Feevale

Ricardo Letizia Garcia – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul - UERGS

Resumo: Objetivou-se estudar as Políticas Públicas existentes no Brasil que visam o enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A metodologia empregada foi revisão bibliográfica da literatura. Buscou-se no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a combinação dos seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Hipertensão Arterial, Política Pública e Brasil. Através das leituras geradas, percebe-se que as políticas públicas no Brasil têm alcançado inúmeros avanços desde a criação do SUS e a reorganização do modelo de saúde. Ainda assim, a HAS é uma condição silenciosa, assintomática, cuja prevalência vem crescendo no Brasil e, por vezes tem seu tratamento negligenciado. Sendo necessárias ações em saúde que abordem não somente o diagnóstico e o tratamento, mas também, considerem a prevenção da HAS como uma prioridade.

Palavras Chave: Hipertensão Arterial, Política Pública, Brasil.

Introdução: Entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa uma das condições mais prevalentes e um importante problema de saúde pública. Constitui-se uma condição clínica multifatorial e pode ser considerada tanto uma doença, quanto um fator de risco para outras enfermidades. Caracteriza-se por um curso silencioso ou assintomático, cujo diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado por seus portadores, sendo comum a baixa adesão ao tratamento prescrito. Tais fatores somados são determinantes para um nível muito baixo de controle da HAS, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e do acesso facilitado a medicamentos (BRASIL, 2006a; TOSCANO, 2004). Estratégias coletivas no manejo da HAS podem obter melhores resultados, sendo uma abordagem mais consistente e duradoura, e, mais eficaz quando aplicada a um maior número de pessoas ou em uma comunidade. Isto se dá devido a um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude, como políticas públicas de saúde voltadas para esta população (BRASIL, 2006b). Visto isso, este estudo teve como objetivo estudar as políticas públicas existentes no Brasil que abordam o enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica.

Metodologia: A metodologia empregada consistiu em uma revisão bibliográfica da literatura, cuja busca foi realizada na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizadas as combinações dos seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Hipertensão Arterial, Política Pública e Brasil. Não foram feitas restrições quanto ao ano de publicação, língua, país ou tipo de estudo. O primeiro processo de filtragem consistiu na leitura dos títulos dos artigos indexados, eliminando os trabalhos que não tinham como referência principal o objeto de análise deste estudo. Após o primeiro descarte, foi realizada a leitura dos resumos, e por fim, a leitura completa do material bibliográfico pertinente ao tema de estudo. Complementando a revisão bibliográfica, realizou-se a leitura das principais referências citadas nos artigos encontrados, e, por fim incluíram-se documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), tais como manuais, portarias e leis.

Desenvolvimento: O sistema de saúde é produto de uma série de confrontações, uma construção histórica de complexo arranjo político que busca resolver problemas prioritários (LABRA, 1999). A busca pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) junto aos movimentos sociais e políticos inicia no Brasil um processo de democratização e construção de um novo modelo de Estado por uma sociedade democrática e solidária (SANTOS 2013). Para conhecer as políticas e ações voltadas ao enfrentamento da HAS no Brasil é importante a compreensão de marcos históricos da construção do SUS, que serão descritos, sempre que se relacionarem ao objeto de análise deste estudo. No fim da década de 80, a sociedade vivenciava um processo de redemocratização, frente um cenário de precárias condições a atenção à saúde, onde, diversos atores sociais, vinculados ao Movimento da Reforma Sanitária, criticavam o sistema de saúde então vigente e discutiam estratégias para transformá-lo. A criação do SUS trazia uma mudança de paradigma no modelo assistencial, adotando um novo modelo de atenção, com base nos mesmos princípios organizativos e ideológicos, em todo o território nacional. Neste novo modelo, a responsabilidade de garantia à saúde, em todo o País, passaria a ser das três esferas de governo – União, Estados, Distrito Federal e Municípios (COELHO et al., 2018; SANTOS, 2013). Pela primeira vez, em uma Constituição Brasileira, apareceram artigos estabelecendo o direito à saúde como dever do Estado, sendo, criado o SUS (BRASIL, 1998; COELHO et al., 2018). A Lei Federal n° 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regula as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Em complementação a esta Lei, no mesmo ano, foi publicada a Lei Federal n° 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). As Normas Operacionais Básicas (NOBs) são normas específicas que foram criadas a fim de reorganizar o modelo de gestão do SUS, e, com objetivo alocar recursos, promover a integração entre as três esferas de governo e promover a descentralização, transferindo responsabilidades do SUS da União para os Estados, Distrito Federal e municípios. A NOB 91 tratou do financiamento, da municipalização e da oferta dos serviços de saúde e cria as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). A NOB 93 cria as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, os mecanismos de transferência fundo a fundo nos municípios e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). A NOB 96 cria o Piso de Atenção Básica (PAB), que estabeleceu valores per capita para financiamento das ações, instituiu o Programa de Pactuação Integrada (PPI), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). A NOB 96 foi uma das principais mudanças no modelo assistencial, quanto à descentralização e com a estratégia do programa saúde da família (COELHO et al., 2018). A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01) foi aprovada em 2001 e teve como objetivo ampliar as responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, enfatizando na regionalização e a organização funcional do sistema (BRASIL, 2006a; COELHO et al., 2018). A criação das NOBs e NOAS estabeleceram 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. Estas ações reforçam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um modelo de atenção focado na atenção básica, com ênfase na integralidade da assistência e que garanta, sempre que necessário, o acesso da população aos níveis de maior complexidade do sistema, estabelecendo uma rede de referência e contra referência (BRASIL, 2006a; CAVALCANTI et al, 2006; CHAZAN & PEREZ, 2008; SALA et al 1996). O Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao Diabetes Mellitus (DM) foi proposto também em 2001 e seu principal objetivo era o estabelecimento de diretrizes e metas para a reorganização da atenção à HAS e DM, reconhecendo a atenção básica na prevenção destes agravos. O plano visava através da vinculação do paciente às Unidades Básicas de Saúde (UBS), garantir o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento, promovendo a reestruturação do atendimento destas pessoas nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2001). Integrante a este plano, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus foi criado pela portaria nº 371/GM do MS de 04 de março de 2002 e garante uma lista de medicamentos considerados essenciais e disponíveis na rede básica de saúde para o tratamento da HAS e do DM. Na mesma portaria, foi instituído o programa “Hiperdia”, que constitui um sistema nacional de cadastro e acompanhamento de portadores de HAS e DM nas UBS. O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004 pelo Governo Federal e cumpre uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, disponibilizando gratuitamente ou a baixo custo, medicamentos para uma série de doenças crônicas com alta prevalência na população brasileira, incluindo a HAS (BRASIL, 2020). A portaria nº 399 de 2006 do MS institui o Pacto pela Vida, que, trata-se de um conjunto de reformas institucionais pactuada entre as três esferas de gestão, visando à melhoria dos

serviços e a garantia de acesso a todos. O Pacto pela Vida explicita a necessidade do desenvolvimento, pelos municípios, de estratégias mais efetivas para a abordagem da HAS (BRASIL, 2008). A Portaria do MS nº 4.279 de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Casa Civil emite em 2011 o Decreto 7.508 que regulamenta a Lei 8.080/90 e disposições sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Neste decreto, a RAS é definida como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2010; COELHO et al., 2018). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada na Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o PACS. A PNAB sistematiza orientações com o propósito de apoiar as equipes de Saúde na reorganização das atividades assistenciais e, apresenta algumas orientações para a implementação de novas tecnologias (BRASIL, 2014). A Lei complementar 141 de 2012 regulamenta o inciso 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080 e 8.689, de 27 de julho de 1993 (COELHO et al., 2018). Tendo em vista um cuidado em saúde de pessoas com doenças crônicas de forma integral, a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014). A Portaria do MS n° 2.436/2017 estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). A PNAB de 2017 traz diversas mudanças, dentre as quais se destaca a modalidade de atenção. No artigo 4º, a nova PNAB mantém a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica no país, porém flexibiliza a inclusão de outras estratégias de organização da atenção básica nos territórios, o que acaba por fragilizar a centralidade da ESF (COELHO et al., 2018).

Considerações Finais: A Atenção Básica é o local preferencial de acesso aos serviços de saúde e responsável, por meio de suas ações, pelo tratamento da hipertensão arterial sistêmica (DANTAS, 2018). Como representa o ponto de maior capilaridade, possui potencial para identificar as necessidades de saúde da população com hipertensão arterial sistêmica, realizando a estratificação de riscos e subsidiando a organização do cuidado em saúde toda a rede (BRASIL, 2013). O tratamento da hipertensão arterial sistêmica, através da expansão da Política Nacional de Atenção Básica e a disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos têm auxiliado no controle deste agravo. Contudo, medidas coletivas com enfoque na promoção da saúde precisam entrar como prioridade na agenda das políticas públicas de saúde, pois estas ações tem um potencial de ser mais efetivas e de produzir menores custos para o setor público (BRASIL, 2011; LENTSCK et al., 2015). Por fim, o grande desafio para as políticas públicas é a implementação de um trabalho multiprofissional em nível de educação em saúde que sensibilize a população a adotar hábitos de vida mais saudáveis evitando o surgimento da HAS e outras DCNT’s.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 8080 de, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18ª ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, **Programa Farmácia Popular do Brasil.** Portal da Saúde – Ministério da Saúde. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/farmacia-popular. Acesso em: agosto de 2020.

CAVALCANTE, MGS et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de saúde da família em município de uma região metropolitana do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 64: 43745, 2006.

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**. 11(1): 10-6, 2008.

COELHO, E B et al. **Política nacional de atenção integral a saúde do homem** [recurso eletrônico] — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

DANTAS, RC. et al. Fatores associados às internações por hipertensão arterial. **Einstein (São Paulo).** 16(3):1-7, 2018.

LABRA, MA. Análise de Políticas, Modos de Policy-Making e Intermediação de Interesses: uma Revisão. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. 9(2): 131-166, 1999.

LENTSCK, MH; LATORRE DE O, MRD; MATHIAS, TAF. Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. **Rev Bras Epidemiol**. 18(2):372-384, 2015.

SALA, A; NEMES FILHO, A; ELUF-NETO, J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Rev Saúde Pública**. 30(2): 161-7, 1996.

SANTOS, NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1): 273-280, 2013.

TOSCANO, CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva.** 9(4):885-895, 2004.