



Plano de Reorganização da
Atenção à Hipertensão
Arterial e ao Diabetes
Mellitus no Brasil

2

2. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil

No ano de 2000 foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em parceria com as sociedades brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão e Diabetes, secretarias estaduais e municipais de Saúde, conselhos nacionais de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Federação Nacional de Portadores de Hipertensão e de Diabetes, em uma ação conjunta da União, estados e municípios.

O plano teve por objetivo estabelecer diretrizes e metas para a reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico do diabetes e da hipertensão, proporcionando a vinculação dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, e promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas condições.^{4,6}

Inicialmente foram estabelecidos os compromissos institucionais para operacionalização em todos os municípios brasileiros. Estimava-se que as equipes de atenção básica poderiam tratar e acompanhar pelo menos 65% dos casos detectados.^{4,6}

A Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, ficou responsável pela coordenação e gerência de todas as ações de implantação do plano, desenvolvidas em nível nacional, e pela assessoria contínua aos estados e municípios.

2.1. Etapas do plano

O plano desenvolveu-se em quatro etapas, delineadas a seguir.

2.1.1. Capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à hipertensão e diabetes

O Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e as sociedades científicas, iniciou a capacitação de multiplicadores nos estados e nos municípios que seriam responsáveis por treinar e atualizar os profissionais da rede básica de saúde (enfermeiros, médicos, entre outros) para o diagnóstico, prevenção e tratamento de hipertensão e diabetes. Depois, desenvolveu uma estratégia de ação dirigida aos serviços de saúde da rede básica dos grandes centros urbanos, por meio de uma proposta de educação permanente para os profissionais dessas unidades.

2.1.2. Campanhas para detecção de suspeitos de hipertensão e diabetes

As campanhas para detecção de suspeitos de hipertensão e diabetes utilizaram uma estratégia de atuação massiva semelhante às empregadas para vacinação para rastrear casos não diagnosticados e, uma vez confirmados, cadastrá-los e vinculá-los aos serviços de saúde. A população-alvo era aquela com idade igual ou superior a 40 anos. Foi uma experiência pioneira como estratégia populacional de detecção de casos não diagnosticados e de sua inserção no sistema de saúde.

A Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus (CNDDM) realizou-se no período de 6 de março a 7 de abril de 2001. A Campanha Nacional de Detecção de Hipertensão Arterial (CNDHA) foi realizada de 14 de novembro de 2001 até 31 de janeiro de 2002.

Para que a população pudesse dispor de mais esclarecimentos sobre os fatores de risco e possíveis complicações decorrentes da hipertensão e do diabetes, foi distribuído material informativo e educativo e realizada intensa campanha de mídia, anterior a cada uma das campanhas.

Na Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus, os indivíduos que apresentaram níveis alterados de glicemia também tiveram sua pressão arterial aferida, pois a coexistência das duas situações aumenta o risco de complicações cardiovasculares.

2.1.3. Confirmação diagnóstica

Os casos identificados como suspeitos de diabetes e hipertensão recebiam instruções para realização da confirmação diagnóstica dentro do SUS, baseadas na urgência indicada pelo resultado do rastreamento.

2.1.4. Cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes pelas unidades básicas de saúde.

O plano estabelecia que todos os casos confirmados deveriam ser cadastrados e vinculados às unidades básicas de saúde e às equipes do Programa Saúde da Família para acompanhamento continuado, clínico e laboratorial.

Foi implantado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, concomitante à implantação do Hiperdia, sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão nas unidades básicas de saúde. Esse programa baseava-se no cadastro de casos de diabetes e hipertensão, o que possibilitaria ao gestor federal, estadual ou municipal planejar as necessidades de atendimento desse público.

O plano estabelecia ainda que aqueles que necessitassem de atendimento especializado ou hospitalar seriam encaminhados para os demais níveis do sistema de saúde no próprio local ou em municípios vizinhos, de acordo com a negociação explicitada na Programação Pactuada Integrada (PPI) de cada estado.

2.2. Operacionalização do plano

Em outubro de 2000, foi realizada em Brasília a reunião nacional com os coordenadores estaduais do plano, o presidente do CONASEMS e o presidente do CONASS. O objetivo era apresentar as diretrizes do Plano de Reorganização, a Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes e, também, a proposta de capacitação de profissionais de saúde que deveriam atuar como multiplicadores nos estados e municípios.

Para planejar, coordenar e acompanhar o desenvolvimento do plano em cada estado, foram criados comitês estaduais constituídos por representantes das várias instâncias das SES, da Coordenadoria Estadual de Controle de Hipertensão e Diabetes, da área técnica da assistência farmacêutica, do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde, das sociedades científicas, das associações de portadores de hipertensão e de diabetes e por coordenadores dos pólos de formação, capacitação e educação permanente em saúde da família sob orientação das secretarias estaduais de Saúde.

Para o acompanhamento desses comitês, foi organizado um grupo de consultores para, em visitas periódicas aos estados, desenvolver atividades de supervisão e capacitação dos membros dos comitês estaduais e assessoria nas ações para operacionalização e implementação do plano.

Na primeira etapa do plano, visando à capacitação de profissionais de saúde, foram produzidos 45 mil exemplares do *Caderno Técnico sobre Hipertensão e Diabetes para a Atenção Básica* e 15 mil exemplares de casos clínicos de hipertensão e diabetes, para serem utilizados nos cursos de capacitação. Para a implantação das normas estabelecidas nos materiais didáticos, foram oferecidos cursos para os profissionais da atenção básica de nível superior, sob a responsabilidade das sociedades brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão e Diabetes.⁶ Nesses cursos foram capacitados mais de 13.000 profissionais de saúde para o diagnóstico e tratamento do diabetes em adultos.

Na etapa 2 do plano, foram realizadas duas campanhas, uma para diabetes e outra para hipertensão.

Para a Campanha Nacional de Detecção do Diabetes Mellitus, o Ministério da Saúde disponibilizou para os estados e municípios 19,5 mil glicosímetros e 37,7 milhões de tiras reagentes e lancetas para a realização de testes de glicemia capilar. O treinamento dos profissionais da rede de atendimento para uso do glicosímetro coube às empresas fornecedoras. Os aparelhos realizam testes de glicemia capilar de acordo com a técnica de leitura comparativa ou óptica através das tiras reagentes. Foram produzidos e distribuídos 100.000 cartazes de divulgação da campanha nos estabelecimentos de saúde, 200.000

cartazes para convocação e esclarecimento da população, 2 milhões de folhetos informativos e 25.000 cartazes de mesa contendo orientações para os profissionais da rede de serviços.⁷ Para a Campanha de Detecção de Hipertensão Arterial, o Ministério da Saúde forneceu aos estados e municípios 33.000 esfigmomanômetros, um para cada unidade básica de saúde. Também foi produzido e distribuído material de divulgação e esclarecimento para a população e profissionais da saúde.

As etapas 3 e 4 exigiram um planejamento para o aumento na demanda para confirmação diagnóstica e acompanhamento clínico dos casos confirmados. A oferta de exames complementares, para identificar alterações metabólicas e lesões em órgãos-alvo, foi considerada fundamental para o acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes. Para garantir a realização desses exames e o acompanhamento dos casos que necessitassem de atenção especializada ou hospitalar, foram elaboradas estratégias para estabelecer fluxos para referência e contra-referência, um dos grandes desafios da organização da rede de serviços de saúde em todo o país.

Outro aspecto fundamental foi o fornecimento de medicamentos para tratamento de hipertensão e diabetes nas unidades básicas de saúde.

O plano contemplou o estabelecimento de diretrizes voltadas ao processo de detecção e tratamento dos portadores de hipertensão e diabetes, no âmbito do SUS. Para tratamento dos diabéticos, definiu-se pela utilização, além da insulina NPH-100 disponibilizada sistematicamente na rede, dos hipoglicemiantes orais glibenclamida 5 mg e metformina 500 mg e 850 mg. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, em parceria com o CONASS e CONASEMS, traçou estratégias complementares ao processo de aquisição e disponibilização desses medicamentos considerados essenciais pela OMS e presentes na atual Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) do Brasil. Para o tratamento da hipertensão, foram considerados como medicamentos de primeira linha a hidroclorotiazida 25 mg, o captopril 25 mg e o propranolol 40 mg.

Tendo em vista a dimensão da iniciativa, a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, juntamente com universidades e com a Organização Pan-Americana da Saúde, planejou uma série de estudos para avaliar o impacto das duas campanhas. Esses estudos envolveram os dados das próprias campanhas, obtidos do DATASUS e do IBGE, e da busca ativa de amostra probabilística dos casos identificados como positivos no rastreamento.