

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE**

**PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO  
DIABETES MELLITUS**

**Brasília**

**2001**

## **SUMÁRIO**

1. Introdução
2. Justificativa
3. Objetivo Geral
4. Objetivos Específicos
5. Etapas do Plano
6. População Alvo
7. Operacionalização Geral do Plano
  - 7.1. Pactuação entre Gestores
  - 7.2 Constituição da Coordenação Nacional do Plano
  - 7.3 Constituição dos Comitês Estaduais
  - 7.4 Material instrucional para o trabalho das equipes da atenção básica
    - 7.4.1 Promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis
    - 7.4.2 Fluxo de referência e contra-referência
    - 7.4.3 Assistência Farmacêutica
8. Operacionalização das etapas 1 e 2
  - 8.1 Pactuação dos gestores
  - 8.2 Atualização para profissionais da atenção básica
  - 8.3 Divulgação
  - 8.4 Insumos necessários
9. Parcerias e Compromissos

## **1.INTRODUÇÃO**

Este documento apresenta as diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes Mellitus (DM). A cronicidade dessas condições e o grande impacto no perfil de morbimortalidade na população brasileira, trazem um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes a Promoção de Saúde e a prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis, em especial para DM e HA. Somente a pactuação solidária entre a união, estados e municípios; o apoio e participação das sociedades científicas e entidades de portadores poderão criar as bases para o atendimento eficiente e eficaz com o propósito de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à HA e ao DM em todo o território brasileiro. Esta diretriz está em conformidade com o estabelecido na Portaria 235/GM de 22/02/2001 e referido na Agenda Nacional de Saúde para 2001 – Portaria 393/GM de 29/03/2001.

As primeiras etapas da reorganização, são descritas, estabelecendo os compromissos institucionais para sua operacionalização em todos os municípios brasileiros. As etapas mobilizadoras são fundamentais para o estabelecimento de vínculo entre os portadores desses agravos e as equipes de atenção básica, nível do Sistema Único de Saúde que pode ser capaz de tratar e acompanhar mais de 65% dos casos detectados.

Esse documento foi discutido com o Comitê Técnico Assessor da Reorganização da Atenção a esses agravos, composto por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Diabetes, Nefrologia, Federação Nacional das Associações de Portadores de Diabetes e Federação Nacional e Associações de Portadores de Hipertensão Arterial.

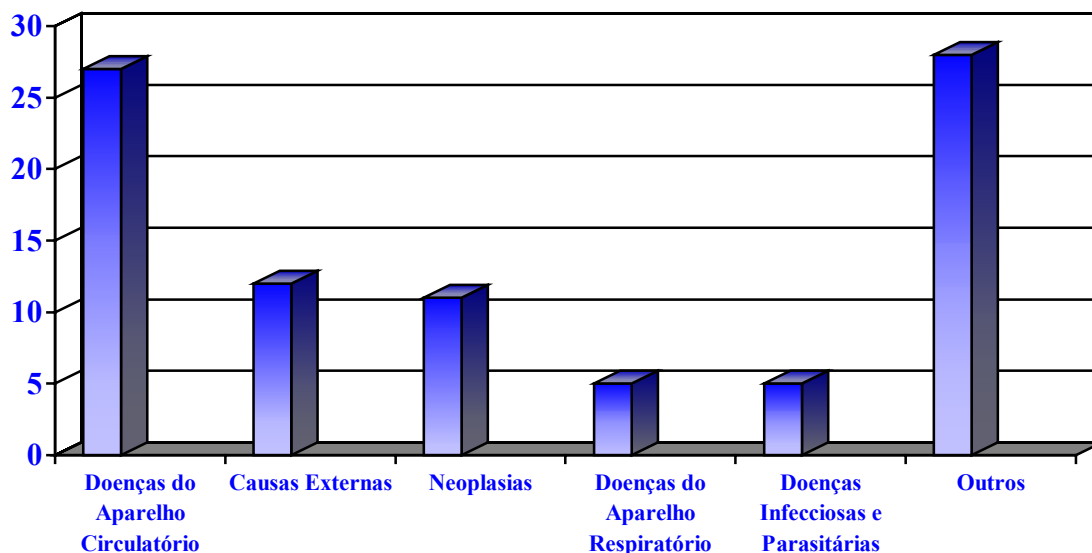
A constituição do comitê acima referido foi oficializada através da Portaria/SPS nº 7, publicada no D.O.U., de 6/3/2001 e atualizada pela portaria nº20 publicada em 10/8/2001.

## **2. JUSTIFICATIVA**

As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas, são a primeira causa de morte no Brasil, segundo os registros oficiais (Sistema de Informação sobre Mortalidade- SIM). Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano

255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório (Figura 1).

**Figura 1: Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas**



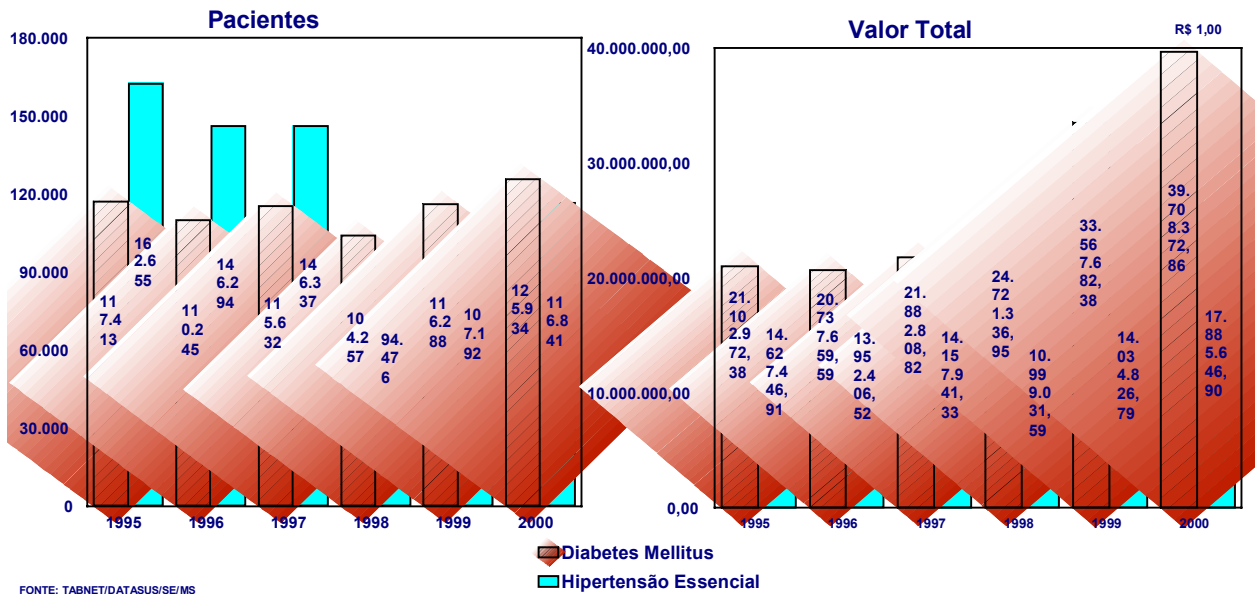
Fonte: Ministério da Saúde- DATASUS, SIM, 2000

Em 2000, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2 % das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. Do total de casos, 17,7 % foram relacionados ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) e ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Estas doenças são de grande importância epidemiológica, visto o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar seqüelas para o resto da vida. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorreram dessas doenças.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre as complicações mais freqüentes decorrentes do DM encontram-se o IAM, AVE, a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais.

O número de internações por DM registrado no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) é elevado (Figura 2), tendo sido gastos mais de R\$ 39 milhões de reais com hospitalizações no SUS em 2000. Estes custos estão relacionados com a alta taxa de permanência hospitalar do diabético e também com a severidade das complicações que, muitas vezes, demandam procedimentos de alta complexidade.

**Figura 2: Internações por Diabetes Mellitus e Hipertensão Essencial Brasil - 1995 a 2000**

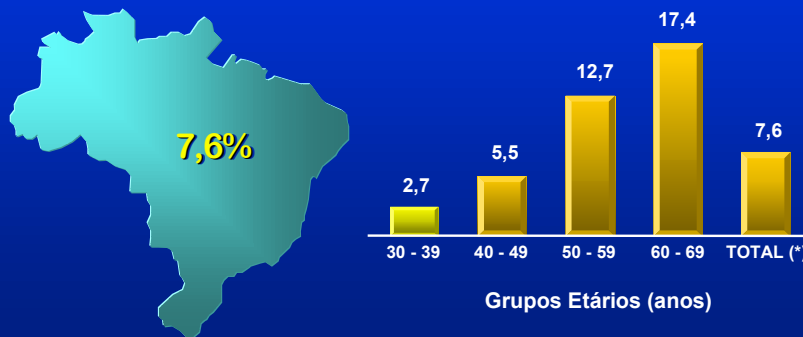


Fonte: TABNET/DATASUS/SE/MS  
EXECUÇÃO: CGPLAN/SPS/MS

Fonte: DATASUS/MS

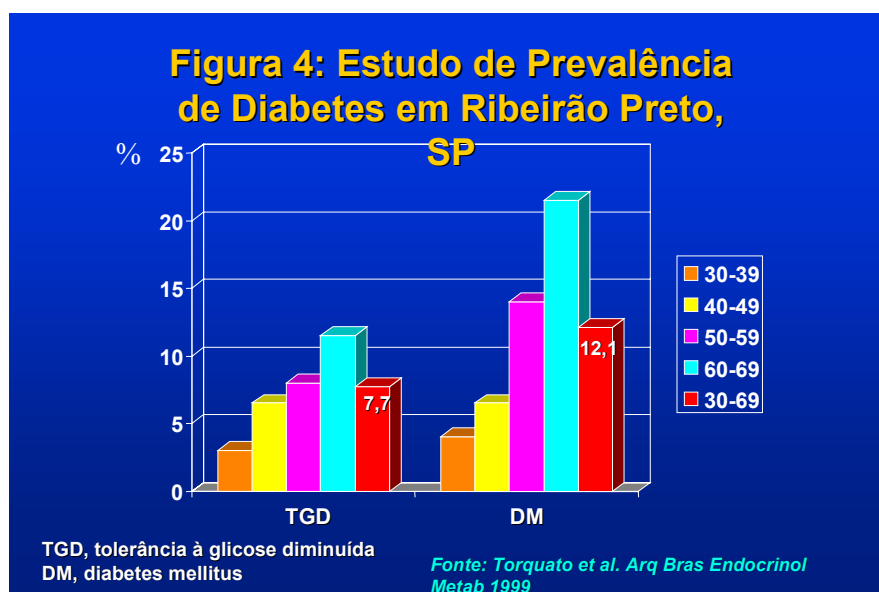
Os dados do Estudo Multicêntrico (Figura 3) sobre a Prevalência do Diabetes Mellitus no Brasil de 1987/89 demonstraram uma prevalência de 7.6 % na população de 30 a 69 anos, chegando a 17,4% na população de 60 a 69 anos. Este mesmo estudo revelou um alto grau de desconhecimento em relação à doença, onde 46.5% dos diagnosticados não sabiam ser portadores de diabetes.

**Figura 3: Prevalência de Diabetes no Brasil por Grupos Etários**



Fonte: Ministério da Saúde, Brasil 1986-1988

O Estudo de Ribeirão Preto (Figura 4), mais recente apresenta uma prevalência de Diabetes Mellitus de 12% na faixa etária de 30 a 69 anos.



Nos pacientes que conheciam o seu diagnóstico, uma análise do tipo de tratamento revelou que 22,3% não faziam nenhum tipo de tratamento. Estudos randomizados, tanto em diabéticos tipo 1 (DCCT-Diabetes Control and Complications Trial) como em diabéticos tipo 2 (UKPDS-United Kingdom Prospective Study), mostraram claramente a redução das complicações crônicas o controle metabólico da doença:

Estudo realizado pela Sociedade Médica de Massachusetts<sup>1</sup>, publicado em maio de 2001, demonstrou que a Diabetes tipo 2 pode ser prevenida por mudanças no estilo de vida de indivíduos em risco. O estudo selecionou 522 indivíduos obesos de forma aleatória distribuídos no grupo de intervenção (expostos à dieta para redução de peso e atividade física) e no grupo controle. A incidência acumulativa de DM no grupo de intervenção foi de 11% e 23% no grupo controle. Observou-se, portanto, uma redução do risco de desenvolver DM no grupo de intervenção de 58%.

### **Situação Atual das Doenças Cardiovasculares no Brasil**

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva.

No SUS as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano com um custo aproximado de R\$ 475 milhões, sendo que nesses números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. Deste total, 25,7% foram gastos com internações de pacientes por acidente vascular encefálico (AVE) ou infarto agudo do miocárdio (IAM).

<sup>1</sup> Tuomilehto et al, N Engl J Med, Vol. 344, Nº18, 2001

Os hábitos de vida são sem dúvida um dos fatores mais importantes no adoecer e morrer das doenças cardiovasculares. Dentre eles o sedentarismo ocupa o primeiro lugar e no Brasil mais de 70 % da população tem hábitos de vida sedentários.

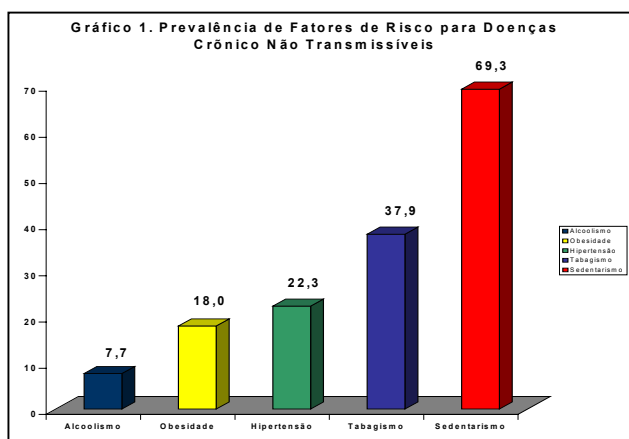
A tabela 1 e o Gráfico 5 apresentam a distribuição dos principais fatores de risco para estas doenças. Acrescem-se a estes fatores, o consumo inadequado do sal de cozinha, o aumento da ingestão de gorduras saturadas e a redução de fibras na alimentação. O controle de alguns deles, certamente, resultará em benefício para todas as doenças, as quais eles se associam uma vez que, cessada a exposição, a tendência é a gradativa redução dos danos que porventura já tenham sido provocados ao organismo.

**Tabela 1: Prevalência de alguns fatores de risco segundo sexo no grupo etário de 15 a 59 anos**

FATORES DE RISCO	HOMENS	PREVALÊNCIA (%)	
		MULHERES	TOTAL
Sedentarismo	57,3	80,2	69,3
Tabagismo	44,6	31,9	37,9
Hipertensão	31,0	14,4	22,3
Obesidade	14,2	21,4	18,0
Alcoolismo	12,6	3,3	7,7

FONTE: Rego e cc: Revista Saúde Pública São Paulo, 24(4): 277-85.1990

**Figura 5: Prevalência de Hipertensão Arterial**



FONTE: Rego e cc: Revista Saúde Pública São Paulo, 24(4): 277-85.1990

### **Prevalência de Hipertensão Arterial**

Não existe estudo multicêntrico brasileiro para estimativa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica. Por outro lado, estudo realizado em Porto Alegre/RS, por Fuchs et al., em 1994, aponta uma prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de 52,2% na faixa etária igual ou maior de 40 anos. A tabela 2 resume os dados de prevalência segundo diferentes critérios classificatórios utilizados neste trabalho, na população maior ou igual a 40 anos:

**Tabela 2: Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em Porto Alegre, segundo diferentes critérios**

Critério	Prevalência
PA $\geq$ 140/90 mm Hg	43,0%
PA $\geq$ 140/90 mm Hg ou uso de Anti-hipertensivo	52,2%
PA $\geq$ 160/95 mm	21,9%
PA $\geq$ 160/95 mm Hg ou uso de Anti-hipertensivo	37,9%

Observe-se que estes valores referem-se a pressão casual. Com as medidas repetidas de pressão arterial, a prevalência deve reduzir-se em aproximadamente 30%.

A Tabela 3 mostra resultados de outros estudos brasileiros importantes, mas que utilizaram critérios diferentes para definição de hipertensão:

**Tabela 3: Prevalência de Hipertensão Arterial sistêmica, segundo diferentes estudos nacionais**

Estudo	População estudada	Critério	Prevalência
Pelotas/RS - Piccini e Victora, 1992	20-69 anos	$\geq$ 160/95 mm Hg ou AH	37,3%
Ilha Governador/RJ Bloch et al., 1991/2	45 a 74 anos	$\geq$ 160/95 mm Hg ou AH	52,2%
Porto Alegre	45 a 74 anos	$\geq$ 160/95 mm Hg ou AH	37,9%

Utilizando-se a amostra populacional de Porto Alegre, com o subgrupo de indivíduos com idade  $\geq$  40 anos, com pressão arterial  $\geq$ 140/90 mm Hg, sem uso de anti-hipertensivos, detectaram-se as prevalências descritas na tabela 4, entre aqueles indivíduos considerados hipertensos, isto é 43% da população pesquisada:

**Tabela 4: Prevalência de Hipertensão Arterial sistêmica segundo os critérios do VI JNC em amostra populacional representativa da cidade de Porto Alegre/RS**

Nível de Hipertensão Arterial	Percentual
Estágio 1	26,3%
Estágio 2	12,5%
Estágio 3	4,2%



Até 30% dos pacientes com Hipertensão Arterial podem ser tratados com medidas não-medicamentosas (mudanças de estilo de vida) , como demonstram dados do ambulatório de Hipertensão Arterial Sistêmica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Tabela 5). Destaca-se que, naquele ambulatório, praticamente 100% dos pacientes que empregam apenas um medicamento anti-hipertensivo usam diuréticos:

**Tabela 5: Tipo de tratamento e número de anti-hipertensivos usados por pacientes do ambulatório de Hipertensão Arterial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre /RS**

Tipo de tratamento	
Sem medicamento	30%
1 droga	40%
2 drogas	20%
3 drogas	10%

Os dados obtidos pelo Programa Nacional de Educação em Hipertensão Arterial, desenvolvido pelo *National Heart Lung and Blood Institute*<sup>2</sup> dos Estados Unidos apontam para o fato de que a medida que aumenta a conscientização sobre a HA, aumenta o número de indivíduos diagnosticados e em tratamento e conseqüentemente melhora o controle da doença. Apesar dos resultados pouco significativos relativos ao controle da doença, o programa obteve um impacto importante na diminuição das complicações (AVE e doença isquêmica coronariana). Programas de educação deste tipo podem ter um impacto importante na prevenção das complicações das doenças cardiocirculatórias.

Os resultados deste estudo revelaram uma diminuição nas mortes por AVE e doença arterial coronariana obtido com a melhoria do diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial .

A redução do acidente vascular encefálico e de doenças isquêmicas coronarianas através da identificação dos portadores de HA e controle adequado do agravo, terá grande impacto no Sistema Único de Saúde, em termos de:

- Redução da morbimortalidade
- Diminuição dos custos sociais e financeiros
- Oferta de assistência adequada aos portadores da doença

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as Unidades Básicas de Saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos.

---

<sup>2</sup> Burt et al.1 e NHANES III, fase 2, não publicado. Dados fornecidos pelo Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics

O acompanhamento e controle da HA e DM no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a estes agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares.

Apesar da existência de várias experiências municipais bem sucedidas quanto à garantia do acompanhamento dos casos de HA e DM no âmbito da atenção básica, em grande parte do país observa-se a falta de vínculo entre os portadores e as unidades de saúde. Em geral, o atendimento aos pacientes ocorre de modo não sistemático nos serviços de emergência, sem a garantia da identificação de lesões em órgãos-alvo e do tratamento adequado a cada caso.

No campo da promoção da saúde e redução de fatores de risco, a situação é ainda mais crítica, pela falta de tradição dos serviços de saúde na realização sistemática de tais ações.

Estudos epidemiológicos e experimentais<sup>3</sup> evidenciam uma relação positiva entre a atividade física e a diminuição da mortalidade, sugerindo também um efeito positivo nos riscos de doenças cardiovasculares, perfil dos lipídeos plasmáticos, manutenção da densidade óssea, na redução das dores lombares e melhores perspectivas no controle de enfermidades respiratórias crônicas. Foram relatados ainda efeitos positivos da atividade física na prevenção primária e secundária da aterosclerose, da doença venosa periférica, da osteoporose, assim como benefícios psicológicos a curto prazo, (diminuição da ansiedade e do estresse), e a longo prazo (melhoria de quadros depressivos).

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada a HA e DM, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e sociedade para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias.

### **3. OBJETIVO GERAL**

Estabelecer as diretrizes e metas para a **Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus** no Sistema Único de Saúde, através da atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo assim, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde.

---

<sup>3</sup> Wong N; Black H; Gardin J; Preventive Cardiology, 2000, 539-556

#### **4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

4.1 Realizar ações de prevenção primária (redução e controle de fatores de risco) em 100% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão da NOB 01/96 e NOAS 01/2001.

4.2 Identificar, cadastrar e vincular às equipes de atenção básica, os portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em 100% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão da NOB 01/96 e NOAS 01/2001.

4.3 Implantar, na atenção básica, o protocolo de assistência ao portador de HA e DM.

4.4 Reorganizar a rede de serviços, em todos os níveis de complexidade, para o atendimento dos portadores de HA e DM.

4.5 Apoiar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) no processo de aquisição de insumos estratégicos para a garantia da resolutividade da atenção aos portadores de HA e DM.

4.6 Articular as iniciativas existentes no campo da promoção e da educação em saúde para contribuir com a adoção de estilos saudáveis de vida pela população.

4.7 Garantir o acesso dos portadores de HA e DM aos medicamentos incluídos no elenco mínimo definido pelo MS.

4.8 Estabelecer elenco mínimo de informações sobre a ocorrência e acompanhamento desses agravos em conformidade com os sistemas de informação em saúde disponíveis no país.

4.9 Realizar ações de vigilância epidemiológica para o monitoramento sistemático da ocorrência desses agravos na população.

4.10 Executar ações de comunicação e marketing social.

#### **5. ETAPAS DO PLANO**

O **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus** divide-se em quatro etapas:

- Etapa 1 – Capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA e ao DM
- Etapa 2 – Campanha de informação e de identificação dos casos suspeitos de HA, DM e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida
- Etapa 3 - Confirmação diagnóstica e início da terapêutica
- Etapa 4 – Cadastramento e vinculação dos pacientes portadores de HA e DM as unidades básicas de saúde.

## **Etapa 1 – Atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA e ao DM**

O primeiro momento do processo de **Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus** acontece através da atualização dos profissionais da rede básica, sob o formato de estudo de casos clínicos, proposta factível de treinamento em serviço.

Para operacionalizar a atualização, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Sociedades Científicas iniciaram a capacitação de multiplicadores dos estados e dos municípios.

No segundo momento será desenvolvida uma estratégia de ação dirigida aos serviços de saúde da rede básica dos grandes centros urbanos, por meio do desenvolvimento de uma proposta de educação permanente para os profissionais das unidades básicas de saúde dessas localidades. O processo de educação permanente será auto-sustentável e se desenvolverá através de uma estratégia de capacitação presencial e a distância de médicos e enfermeiros. Esta estará sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde/MS e responsabilidade das Sociedades Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes.

## **Etapa 2 - Campanha de informação e de identificação dos casos suspeitos**

Nesta etapa do plano é caracterizada por uma ampla campanha de informação para a população sobre HA e DM, com distribuição de material educativo sobre os fatores de risco e complicações dessas patologias.

A identificação de suspeitos de DM pela rede básica do SUS, na população com idade igual ou superior a 40 anos foi efetivada através de campanha nacional, no período de 6/3 a 7/4/2001, constituindo-se em uma das etapas para o processo de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Os indivíduos que apresentaram níveis alterados de glicemia, também tiveram sua pressão arterial aferida, tendo em vista que a coexistência das duas situações aumenta o risco de complicações cardiovasculares. Na ocasião foram realizados 20,7 milhões de testes de glicemia capilar e identificados 3,2 milhões de casos suspeitos de Diabetes Mellitus. Os dados apresentados foram obtidos através de:

- Informação direta do município;
- Boletim de produção ambulatorial (BPA/SIA – SUS);
- Relatório das Coordenações Estaduais.

Ainda em 2001 serão identificados os casos suspeitos de HA, também sob a forma de campanha nacional. A etapa de detecção de suspeitos de Hipertensão Arterial, 05 de novembro à 14 de dezembro de 2001, atinge a população brasileira com idade igual

ou superior a 40 anos, quando realiza-se a medição da pressão arterial de todos que atendem ao chamamento e a seguir, procede-se a confirmação dos casos suspeitos e estabelecimento do vínculo do paciente à rede básica do Sistema Único de Saúde.

Os municípios devem registrar os atendimentos realizados durante a campanha em formulário específico. Os dados são consolidados no SIA-SUS mediante a criação de procedimentos para registro dos atendimentos realizados durante a campanha e acompanhamento do seguimento dos pacientes na rede básica de saúde. As informações são registradas no SIA-SUS nas competências de dezembro de 2001, janeiro e fevereiro de 2002. Para tanto, os municípios devem realizar a programação do procedimento na ficha de programação físico-orçamentária da unidade de saúde no SIA/SUS. O não cumprimento desta rotina, será detectado ao final do mês no processamento do boletim de produção ambulatorial.

### **Etapa 3 - Confirmação diagnóstica e início da terapêutica**

Os casos suspeitos identificados de DM e HA devem ser vinculados às Unidades Básicas de Saúde e/ou Equipes de Saúde da Família onde devem ser solicitados os exames necessários para confirmação diagnóstica e iniciado tratamento adequado quando necessário.

Cada município adotará estratégias próprias e reais para cadastramento e vinculação desse indivíduo à unidade básica de saúde. A adesão ao tratamento é, seguramente, o maior desafio a ser enfrentado pelo Plano. Como estamos lidando com doenças crônicas, pouco sintomáticas e cujo tratamento implica mudanças nos hábitos de vida de uma população numerosa, devemos ter presente essas dificuldades e, sem temor, buscarmos formas adequadas e criativas de enfrentamento dessa situação.

### **Etapa 4 – Cadastramento e vinculação dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus as Unidades Básicas de Saúde**

Os casos confirmados serão cadastrados e vinculados a Unidades Básicas/Equipes de Saúde da Família para acompanhamento sistemático, clínico e laboratorial.

Os casos que necessitarem de atendimento especializado e/ou hospitalar serão encaminhados para os demais níveis de complexidade do sistema de saúde no próprio território ou em municípios vizinhos, segundo a negociação explicitada na Programação Pactuada Integrada (PPI) de cada estado.

### **Avaliação do impacto das ações desenvolvidas na etapa 2:**

A avaliação do impacto da Campanha, em relação à organização dos serviços e a situação clínica dos portadores, é feita por meio de uma série de estudos realizados

em esfera nacional. O Projeto de Avaliação da Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes está sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), em conjunto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Sociedade Brasileira de Diabetes.

O plano de pesquisa compõe-se de estudos em três etapas e avalia os seguintes aspectos relacionados ao impacto da Campanha:

- impacto da campanha na estrutura dos serviços e no processo de trabalho das equipes assistenciais;
- avaliação da tendência temporal no País de exames diagnósticos/controlado do diabetes realizados antes e depois da Campanha e do número de consultas mensais feitas para diagnóstico da doença, por médico ou enfermeiro;
- avaliação da cobertura real dos casos detectados e cobertura dos casos confirmados;
- número de diabéticos detectados cadastrados/vinculados e acompanhados pela rede de saúde;
- estudo de custo-efetividade da Campanha;
- avaliação, em municípios onde o PSF está implantado, da tendência temporal do número de pacientes cadastrados como diabéticos, antes e depois da Campanha;
- avaliação do grau de aceitabilidade da Campanha, a partir da acessibilidade a ela e posteriormente à rede do SUS para confirmação do diagnóstico, início do acompanhamento e tratamento; dispensação de medicação; acesso às referências para controle de complicações; e ações educativas, orientação nutricional e atividades físicas;
- avaliação da percepção dos gestores municipais e profissionais de saúde da rede do SUS acerca do impacto da Campanha Nacional em municípios selecionados, priorizando os aspectos relativos a sua efetividade na indução de mudanças, quanto à estrutura e aos processos de trabalho.

A segunda etapa de estudo implica a aplicação de instrumentos para avaliação da percepção dos gestores municipais e profissionais de saúde da rede do SUS quanto ao atendimento do paciente diabético na rede. Tal instrumento foi elaborado especificamente com esta finalidade e será aplicado em uma amostra de 14 municípios do país, representando a diversidade de municípios nacionais quanto às seguintes características: tamanho, região metropolitana, tipo de gestão, região geográfica.

A terceira e última etapa do estudo avalia a capacidade dos serviços de saúde nacionais de confirmar os casos suspeitos, cadastrar os pacientes diabéticos confirmados e vinculá-los à rede básica de saúde, oferecendo assistência aos mesmos.

Ainda, nesta etapa avalia-se a qualidade deste serviço quanto à ótica do paciente diabético. Para tanto, foi selecionada uma amostra representativa nacional de 5000 pacientes que participaram da Campanha e que apresentaram resultado positivo na triagem. Será realizada busca ativa destes pacientes e será aplicado um instrumento de avaliação padronizado.

## **6. POPULAÇÃO ALVO**

A população alvo do Plano é a população brasileira acima de 18 anos. Para a detecção dos suspeitos de HA e DM será priorizada a população de indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há 41.880.805 de brasileiros na faixa etária a partir de 40 anos e cerca de 75% utilizam o atendimento do SUS, representando 31.410.603 indivíduos.

## **7. OPERACIONALIZAÇÃO GERAL DO PLANO**

### **7.1. Pactuação entre gestores**

A pactuação entre os gestores do SUS é uma das principais estratégias para a implementação do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Assim, em 9 de outubro de 2000, foi realizada em Brasília reunião nacional com os coordenadores estaduais do Plano, o presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). Esta reunião teve como objetivo a apresentação das diretrizes dessa reorganização, da proposta de capacitação de multiplicadores estaduais e municipais e da etapa de detecção de suspeitos de Diabetes Mellitus.

O pacto entre os três níveis de gestão deu-se na reunião da Comissão Tripartite-CIT (outubro/2000). A operacionalização de cada etapa do Plano está sendo discutida e acordada com os coordenadores estaduais designados pelas SES e os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde em dois momentos: reuniões técnicas conduzidas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas da Saúde, para a definição conjunta das atividades pertinentes à execução de cada fase e reuniões das Comissões Intergestores Bipartite para a pactuação em cada estado.

### **7.2. Constituição da Coordenação Nacional do Plano**

Em maio de 2001 foi estruturada no Ministério da Saúde a Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM. A coordenação está ligada a Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas e tem como responsabilidade a gerência de todas as ações de implantação do Plano desenvolvidas em nível nacional, além da assessoria contínua aos estados e municípios.

### **7.3. Constituição dos Comitês Estaduais do Plano**

Com o objetivo de planejar, coordenar e acompanhar o desenvolvimento do Plano em cada estado, foram constituídos Comitês Estaduais, coordenados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Sugere-se que estes comitês sejam constituídos por representantes das várias instâncias das SES (coordenadoria estadual de controle de HA e DM, área técnica de assistência farmacêutica), representantes do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde; das Sociedades Científicas, das Associações de Portadores e da coordenação dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família. O Comitê é responsável pela execução do Plano em conformidade com a pactuação estabelecida na Comissão Intergestores Bipartite, segundo as diretrizes acordadas na CIT. Os Comitês constituem-se em espaço privilegiado para o acompanhamento das experiências bem sucedidas e para a ampliação de parcerias entre governo e sociedade civil, processo de fundamental importância para o êxito das ações de reorganização da atenção aos portadores destas patologias.

Para o acompanhamento desses Comitês, foi organizado um grupo de consultores, disponíveis para visitas periódicas aos estados. Esses profissionais desenvolvem atividades de articulação, supervisão e assessoria em cada estado no desenvolvimento das ações para operacionalização da campanha e implementação do plano.

### **7.4 Material instrucional para o trabalho das equipes de atenção básica**

O Ministério da Saúde produziu o CADERNO TÉCNICO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITUS PARA A ATENÇÃO BÁSICA, onde apresenta as normatizações para diagnóstico clínico, a padronização dos exames complementares para confirmação diagnóstica e identificação de lesões de órgãos-alvo, a especificação do esquema terapêutico, além de sugerir ações de promoção à saúde e prevenção de HA e DM.

Foram impressos e distribuídos exemplares “Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial – Casos clínicos” este material foi utilizado nos cursos de capacitação.

O Departamento de Atenção Básica/SPS/MS produziu uma série de vídeos e materiais didáticos “Agentes em Ação” para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) onde consta, além de outras informações, orientações de como identificar os fatores de risco para DM e HA.

Para a implantação das normas estabelecidas nos materiais didáticos, serão oferecidos cursos de capacitação presencial, além de cursos de educação à distância



sobre HA e DM, para os profissionais da atenção básica de nível superior, ação sob a responsabilidade das Sociedades Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes. O Ministério da Saúde deverá utilizar a estratégia de educação à distância em HA e DM para profissionais de nível superior.

#### **7.4.1 Promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**

É necessário que estados e municípios fortaleçam suas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças não transmissíveis, através da implantação e implementação de programas como o Projeto CARMEN – Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não-Transmissíveis e as ações para a introdução de práticas regulares de atividade física junto à população.

O estímulo à práticas regulares de exercício físico, como proposto no Programa “Agita Brasil” é uma estratégia de melhoria da qualidade de vida com o propósito de reduzir o sedentarismo, importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Este programa é baseado na experiência do município de São Paulo - “Agita São Paulo” .

O Projeto CARMEN é uma iniciativa da OMS/OPS (Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-americana de Saúde) para redução e controle de fatores de risco das doenças não transmissíveis, que já está implantado na região leste da cidade de Goiânia, estado de Goiás representando uma estratégia de saúde pública para a prevenção de doenças não transmissíveis, além do criação de Grupos Técnicos de Doenças Crônicas não Transmissíveis e os Comitês Municipais do Plano.

#### **7.4.2 Fluxo de referência e contra-referência**

A oferta de exames complementares, para identificar alterações metabólicas e lesões em órgãos-alvo, é de fundamental importância para o acompanhamento dos portadores de HA e DM. Para garantir a realização dos exames complementares e o acompanhamento dos casos que demandem atenção especializada e/ou hospitalar, será necessário o estabelecimento de fluxo para referência e contra-referência. Esse tem sido um dos grandes desafios da organização da rede de serviços de saúde em todo o país. A NOAS-SUS 01/2001 representa uma possibilidade concreta de formalizar os fluxos de referência e contra-referência entre gestores municipais com a presença efetiva do gestor estadual na regulação da oferta dos procedimentos destinados a controlar problemas prioritários como a HA e o DM, mediante negociação explicitada na Programação Pactuada Integrada.

É importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde já dispõe hoje de recursos financeiros para garantir a realização do conjunto de exames padronizados. Trata-se, efetivamente, de organizar a oferta desses procedimentos, mediante o reforço a função de regulação das três esferas administrativas do SUS.

### **7.4.3 Assistência Farmacêutica**

Em 1998, depois de amplo debate para a sua elaboração, com a participação de toda a sociedade envolvida com o tema medicamentos, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Esta Política fortalece os princípios e as diretrizes constitucionais e legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação.

A PNM do Brasil, aprovada com a edição da Portaria GM Nº 3.916, de 30/10/98, tornou-se, então, parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituindo-se um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

A PNM estabeleceu diretrizes norteadoras de todas as ações nas três esferas de governo, aos gestores do SUS, atuando em estreita parceria, objetivando assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível.

Uma das diretrizes fundamentais da PNM é a reorientação da assistência farmacêutica. O modelo de assistência farmacêutica está sendo reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. Conforme estabelecido na PNM, “as ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais”.

O processo de reorientação da Assistência Farmacêutica, ora em curso no País, no âmbito do SUS, está fundamentada:

- Na descentralização da gestão;
- Na promoção do uso racional de medicamentos;
- Na otimização e na eficácia das atividades envolvidas na Assistência Farmacêutica;
- No desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos mesmos no âmbito do setor privado.

O processo de implementação da PNM ora em curso no País, vem exigindo a definição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Como exemplos, no nível federal, a aprovação da Relação Nacional de Medicamentos – RENAME, após 16 anos, com a edição da Portaria GM Nº 507/99, de 19/05/99. Para as esferas estadual e municipal, a implementação e operacionalização da Portaria GM Nº 176/99, de 08/03/99, que instituiu o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, numa nova lógica de gestão, num novo modelo descentralizado.

O Plano em si contempla o estabelecimento de diretrizes voltadas ao processo de detecção e tratamento dos portadores destas doenças, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

No que tange ao tratamento dos hipertensos, foram estabelecidos que os medicamentos Captopril comp. 25 mg, Hidroclorotiazida comp. 25 mg e Propranolol comp. 40 mg seriam aqueles que devem estar disponíveis nas UBS. Quanto ao tratamento dos diabéticos, definiu-se pela utilização além da insulina NPH-100 disponibilizada na rede sistematicamente, dos hipoglicemiantes orais Glibenclamida comp. 5 mg e da Metformina comp. 500/850 mg. Com isto, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, em parceria com os representantes estaduais e municipais de saúde, traçaram estratégias complementares no tocante ao processo de aquisição e disponibilização desses medicamentos.

No tocante aos medicamentos para tratamento da hipertensão arterial, o Ministério da Saúde, em estreita sintonia com os gestores estaduais e municipais de saúde, estão definindo uma estratégia que possa disponibilizar os medicamentos à toda a rede de saúde do SUS.

Vale ressaltar que os medicamentos incluídos nessas ações de operacionalização do Plano são medicamentos considerados “essenciais” pela Organização Mundial de Saúde e fazem parte da atual Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename do Brasil.

Conforme estabelecido, o Plano tem na educação e promoção à saúde seus alicerces, mas não pode prescindir das evidências acumuladas de prevenção secundária contra as complicações, as quais necessariamente incluem tratamento farmacológico e exames a serem oferecidos ainda na atenção básica. Assim implementado, o Plano irá com certeza melhorar a qualidade de vida dos portadores e diminuir os custos médicos e sociais, inclusive os do financiamento da atenção a esses agravos, principalmente pela diminuição das suas complicações.

## **8. Operacionalização das etapas 1 e 2**

### **8.1 Pactuação entre os gestores**

O Ministério da Saúde realizou em outubro de 2000 o primeiro encontro com os coordenadores estaduais, representantes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde de cada Estado (COSEMS) e CONASS em Brasília. Neste encontro foram apresentadas as diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e as etapas relativas à capacitação dos profissionais da rede básica e a realização da campanha detecção de suspeitos de DM.

O segundo encontro com os coordenadores estaduais e representantes dos Conselhos de Secretários Municipais ocorreu em fevereiro de 2001, na ocasião foram avaliadas as ações desenvolvidas relativas a fase de detecção de suspeitos de DM.

Propõe-se a realização de encontros semestrais para definição de ações estratégicas, monitoramento e avaliação permanente do Plano.

## **8.2 Atualização para profissionais da atenção básica**

A formação de multiplicadores para a atualização em HA e DM para profissionais da rede básica, foi realizada em duas etapas. A primeira envolveu os estados e os municípios e foi promovida pelo Ministério da Saúde em outubro de 2000, e contou com o apoio das sociedades científicas. A segunda etapa foi assumida pelos estados, com desenho adequado à cada realidade regional.

Segundo estudos realizados, a rede urbana do Brasil possui 111 centros, abrangendo 440 municípios e reunindo 56% da população brasileira. Sua distribuição espacial é : Sudeste - 43 (39,6%), Nordeste - 26 (23,4%), Sul 22 (18,9%), Norte - 12 (10,8%) e Centro-Oeste - 8 (7,2%).

Na primeira etapa foram capacitados multiplicadores dos estados de 111 dos municípios-sede dos centros urbanos e de 12 municípios indicados pelo CONASEMS, por sua importância regional na área de saúde.

Nesta etapa, as Secretarias Estaduais de Saúde, com o suporte dos Comitês Estaduais da Reorganização da Atenção à HA e ao DM capacitou multiplicadores para os demais municípios, a estratégia operacional adotada nas capacitações variou de estado para estado, conforme as realidades locais e viabilidades para realização das capacitações, sendo enviado ao Ministério da Saúde o cronograma de capacitação.

Todo o processo de capacitação está sendo registrado em um banco de dados com a identificação dos multiplicadores municipais, com vistas ao acompanhamento futuro das atividades do pessoal capacitado.

Até agosto de 2001, segundo informações das SES ,foram capacitados 13.028 multiplicadores. Esses números superam a meta inicial de capacitar 5.561 multiplicadores. Alguns estados estão implementando planos de capacitações específicos.

Após essa primeira fase, o Ministério da Saúde em parceria com as Sociedades Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, propõe uma estratégia de educação permanente a ser desenvolvida em municípios com população acima de 100 mil habitantes. A meta é capacitar os profissionais das unidades básicas de saúde destes municípios, estimulando o aprimoramento profissional de forma autônoma e contínua, com ênfase na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da HA e DM. Para esta estratégia serão usados, materiais didáticos impressos e metodologia de educação à distância através da Web. As informações e os materiais serão produzidos

pelo MS e pelas sociedades científicas e disponibilizados para cada unidade básica de saúde.

### **8.3. Divulgação**

A Campanha de divulgação e mobilização da população é planejada e implementada pela Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde, com a inserção de mensagens em rede de TVs, outdoors e mídia impressa.

O DISQUE-SAÚDE do Ministério da Saúde tem sido outro meio de comunicação utilizado.

#### **Material distribuído na Campanha de identificação de casos suspeitos de DM:**

Cartazes “Você tem Diabetes? Faça o exame gratuito”

Out doors “Você tem Diabetes? Faça o exame gratuito”

Volantes “Você tem Diabetes? Faça o exame gratuito”

Cartazes “Diabetes. Você pode ter e não saber”

Filipetas “Diabetes, Você pode ter e não saber”

Camisetas para o Disque-Saúde – mesmo título

Folhetos – “Diabetes, Conheça mais e aprenda a viver melhor”

Cartazes Técnicos – Diabetes

Cartazes Técnicos – Hipertensão

Guias de mesa – Diabetes

Fichas de Atendimento

Formulário/Mapa diário de controle de pessoas atendidas na Campanha de Diabetes

#### **Material distribuído na Campanha de identificação de casos suspeitos de HA:**

Protocolos clínicos Cartazes de sala sobre HA

Guia de mesa

Informe saúde

Formulário de registro de dados de campanha Mapa diário

Ficha de atendimento

Cartão do usuário

Folder do usuário

Cadastro de casos confirmados

Cartilha de hipertensão

#### **8.4 Insumos necessários**

Para a realização da etapa 2 do Plano, fase de detecção de suspeitos de DM, o Ministério da Saúde disponibilizou para os estados e municípios 19,5 mil glicosímetros; 37,7 milhões de tiras reagentes e lancetas. As empresas fornecedoras dos glicosímetros coube a responsabilidade da execução do treinamento dos profissionais da rede de atendimento. Foram utilizados glicosímetros adquiridos mediante licitação nacional realizada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Os aparelhos realizam testes de glicemia capilar de acordo com a técnica de leitura comparativa ou óptica através das tiras reagentes. O teste foi aprovado pela FDA (Federal Drug Administration) e possui um grau de confiabilidade maior que 0,9 comparado com a glicemia plasmática.

Foram considerados suspeitos os indivíduos que apresentaram glicemia de jejum com valores iguais ou superiores a 100mg/dl e glicemia pós-prandial com valores maiores que 140 mg/dl.

Para a realização da fase de detecção de casos suspeitos de Hipertensão Arterial, o Ministério da Saúde está fornecendo aos estados e municípios 33.000 tensiômetros aneróides, um para cada unidade básica de saúde. A aquisição dos insumos ocorrerá mediante licitação nacional realizada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde manterá a mesma estratégia de distribuição de material, disponibilizando cartazes de sala para profissionais de saúde, guias de mesa contendo orientações sobre os procedimentos e classificação de pacientes, protocolos clínicos sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, mapas diários de atendimento, fichas individuais de atendimento, folder educativo e cartão para o paciente.

Está sendo disponibilizado para os municípios, um instrumento informatizado que possibilitará o acompanhamento do paciente vinculado à unidade de saúde.

### **9. PARCERIAS E COMPROMISSOS**

O sucesso do Plano, num país com as dimensões e heterogeneidades regionais observadas no Brasil, está diretamente relacionado com a adesão de todas as entidades governamentais e não governamentais envolvidas com esses importantes problemas de saúde pública.

Assim, é fundamental a construção de um consenso de natureza político-administrativa e técnico-científica que sustente o trabalho em parceria entre os

gestores do SUS, Sociedades Científicas e Associações de Portadores de HA e DM, identificando responsabilidades e necessidades de apoio mútuo.

**O Ministério da Saúde assume o compromisso de:**

- a) garantir insumos e equipamentos necessários para a realização da fase de detecção de suspeitos de HA e DM;
- b) garantir material instrucional para o treinamento dos profissionais envolvidos no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus;
- c) garantir as ações de comunicação social para a divulgação do Plano em âmbito nacional;
- d) garantir oferta de medicamentos essenciais para o tratamento dos portadores, segundo pactuado na CIT;
- e) garantir material educativo para o público alvo;
- f) apoiar e assessorar estados e municípios na realização das estratégias e diretrizes do Plano.

**O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde se compromete a:**

- a) mobilizar as secretarias estaduais para a adesão ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus;
- b) definir, em conjunto com os demais parceiros, as estratégias de operacionalização do Plano, considerando as diversidades regionais.

**O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde se compromete a:**

- a) mobilizar as secretarias municipais para a adesão ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus;
- b) definir, em conjunto com os demais parceiros, as estratégias de operacionalização do Plano, considerando as diversidades locais.

**As Secretarias Estaduais de Saúde se comprometem a :**

- a) assessorar e apoiar os municípios na capacitação, divulgação e implementação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus;
- b) Viabilizar a implantação e o funcionamento dos Comitês Estaduais
- c) assegurar o acesso e continuidade do atendimento nos níveis de maior complexidade.

**As Secretarias Municipais de Saúde se comprometem a:**

- a) disponibilizar recursos físicos e humanos necessários à implementação do Plano de

#### Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

- c) referenciar o portador de diabetes e hipertensão aos serviços de maior complexidade, se for o caso, para tratamento e acompanhamento sistemáticos.
- d) viabilizar a implantação e o funcionamento de Comitês Municipais

#### **As Sociedades Científicas (Cardiologia, Diabetes, Nefrologia e Hipertensão) se comprometem a:**

- a) validar cientificamente os protocolos, material instrucional e educativo do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, elaborados em comum acordo com os demais parceiros;
- b) apoiar a divulgação do Plano nos estados e municípios que dispuserem de sua representação;
- c) participar, em parceria com os estados e o Ministério, dos processos de capacitação das equipes de atenção básica junto aos municípios, conforme sua capacidade operacional.
- d) definir, em conjunto com os demais parceiros, as estratégias de operacionalização da fase de identificação dos casos suspeitos.
- e) participar dos Comitês Estaduais

#### **As Associações de Portadores (FENAD e FENAPHA) se comprometem a:**

- a) validar os protocolos, material instrucional e educativo do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus elaborados em comum acordo com os demais parceiros;
- b) apoiar a divulgação da campanha nos estados e municípios que dispuserem de sua representação;
- c) participar, em articulação com os estados e o Ministério, dos processos de capacitação das equipes de atenção básica junto aos municípios, conforme sua capacidade operacional;
- e) definir em conjunto com os demais parceiros, as estratégias de operacionalização do Plano;
- f) participar dos Comitês Estaduais
- g) acompanhar o desenvolvimento do Plano nos municípios, segundo sua capacidade operacional.





