

O CONTEXTO DA SAÚDE BRASILEIRA E O ENFRENTAMENTO AO AVANÇO DO DIABETES MELLITUS NO BRASIL: A IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS (PRAHADM)*

THE CONTEXT OF BRAZILIAN HEALTH AND COPING WITH THE ADVANCEMENT OF DIABETES MELLITUS IN BRAZIL: THE IMPLEMENTATION OF THE REORGANIZATION PLAN FOR ATTENTION TO ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS (PRAHADM)

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d1>

Cleiton Júlio da SilvaPessanha[†]

 <http://orcid.org/0000-0002-93834885-0000>

Resumo: Este artigo objetivou construir reflexões sobre o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (PRAHADM), com ênfase na trajetória da Política de Saúde, alinhado aos contextos políticos que perpassam a construção da Saúde no Brasil e a evolução das causas de mortes, ao longo do século XX, bem como, a estreita relação entre Estado e capital que ocasionam rebatimentos na saúde pública brasileira. Ressalta-se compreender dentro deste contexto, a importância de tratar a hipertensão arterial e o diabetes mellitus como as principais causas das doenças cardiovasculares, responsáveis pelo alto índice de mortes no Brasil, no contexto da precarização da saúde pública. Trata-se de um estudo bibliográfico, a partir do levantamento de literaturas pertinentes ao tema, bem como, de pesquisas do VIGITEL, sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, do Ministério da Saúde, entre 2012 e 2019.

Palavras-chave: Saúde. Diabetes mellitus. Doenças cardiovasculares.

Abstract: This article builds reflections on the Plan for the Reorganization of Attention to arterial Hypertension and diabetes mellitus (PRAHADM), with emphasis on the trajectory of Health Policy, aligned with the political contexts that permeate the construction of Health in Brazil and the evolution of the causes of deaths, throughout the twentieth century, as well as the close relationship between the State and capital that causes repercussions in Brazilian public health. It is emphasized to understand within this context, the importance of treating Hypertension and diabetes mellitus as the main causes of cardiovascular diseases, responsible for the high rate of deaths in Brazil, in the context of precarious public health. This is a bibliographic study, based on a survey of the literature relevant to the theme, as well as research by VIGITEL, a surveillance system for risk and protection factors for chronic diseases by telephone survey, from the Ministry of Health, between 2012 and 2019.

Keywords: Health. Diabetes mellitus. Cardiovascular diseases.

1. Introdução

Com base nas experiências vivenciadas no campo institucional de estágio supervisionado em Serviço Social, na Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ,

* Artigo recebido em: 10 de outubro de 2020. Aceito em: 6 de novembro de 2020

[†] Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Autor correspondente. e-mail: cleiton_julio_dasilva@yahoo.com.br

a partir da inserção no Programa Hiperdia², que compõe o PRAHADM – Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus -, foi possível conhecer os fatores pertinentes ao serviço ofertado ao público alvo, bem como, sua funcionalidade e a gestão do referido programa, propiciando elementos para a construção do Projeto de Intervenção e, por consequência, o Trabalho Final de Curso em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF), o qual serviu de recorte para construção do presente artigo.

Na elaboração deste artigo, realizamos algumas reflexões acerca do contexto da saúde brasileira, com destaque para os dois modelos de saúde em disputa no Brasil: o defendido pela Reforma Sanitária, que visa universalização do acesso como responsabilidade do Estado; e o Modelo Privatista, que visa o interesse do capital.

Nesse contexto busca-se abordar a trajetória da política de Saúde Pública, enfatizando o grande avanço democrático, conquistado no Brasil, no final da década de 1980, através da Constituição Federal de 1988. Tal conquista fora confrontada no início da década de 1990, através de uma política direcionada pela lógica neoliberal, aplicada no governo Collor, que compactuava com as privatizações de empresas estatais, além da não regulação do Estado, no que se refere à economia e a relação capital-trabalho. Tal modelo político teve continuidade com Itamar Franco ao assumir o governo, após o impeachment de Collor e, posteriormente, com o governo de Fernando Henrique Cardoso.

O presente artigo, portanto, propicia uma análise da trajetória do avanço dos casos de mortes por doenças cardiovasculares, que por sua vez, têm intrínseca relação com a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM), com base em dados epidemiológicos e pesquisa bibliográfica de autores como Buchalla *et al.* (2003), Silva *et al.* (2006), Soares (2015) e Stopa *et al.* (2018), além dos documentos como o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (2002), o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e diabetes mellitus (2002), a Política Nacional de Medicamentos (1998)³ e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004), os quais nos orientam para um melhor entendimento da organização dos mecanismos desenvolvidos na saúde, como enfrentamento aos altos índices de óbitos por doenças cardiovasculares, além de pesquisas do VIGITEL -

²O Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) é um conjunto de ações voltado para o controle das referidas doenças, integrando os serviços oferecidos em unidades de saúde, com o objetivo de cadastrar e acompanhar todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos, a fim de alcançar um controle das doenças, gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados no PRAHADM e garantir, assim, uma melhor qualidade de vida.

³Essa política foi atualizada em 2001, pelo Ministério da Saúde.

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, de 2012 e 2019, que nos permite construir debates acerca da materialização do PRAHADM publicado em 2002, o âmbito, social, político e econômico.

2. Breves considerações sobre a trajetória da Política Pública de Saúde no Brasil

No que se refere à saúde enquanto política pública, esta se torna parte integrante do tripé da Seguridade Social brasileira, junto a Previdência Social e a Assistência Social, instituída sob a perspectiva da universalidade e equidade, a partir do marco legal da Constituição Federal de 1988. Salienta-se que este contexto é precedido por uma disputa entre dois modelos de projetos na saúde: a Reforma Sanitária e o Modelo Privatista.

A Reforma Sanitária se caracteriza como um movimento social organizado que tinha como propostas:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p.9).

Ressalta-se que este momento é marcado não apenas pela participação de médicos, mas também, de outros profissionais atuantes na área da saúde, conforme afirma Bravo (2006, p.9), nas considerações sobre a saúde nos anos 1980, que “contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira”.

Em oposição ao modelo de saúde defendido pela Reforma Sanitária, destaca-se o modelo privatista, que vinha se organizando desde a década de 1950, onde:

[...] a corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização, que no período da ditadura militar, foi privilegiado pelo papel que o Estado assumiu, em caráter interventivo na sociedade, de modo a se eximir da gestão da previdência, cabendo-lhe o papel de financiador. (BRAVO, 2006, p.6).

No âmbito do privilégio ofertado ao modelo privatista, Bravo (2006) ainda destaca que a saúde previdenciária ganharia força, devido à reestruturação do setor, a partir das características capitalista, destacadas por Teixeira (1986 apud BRAVO, 2006, p. 7):

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpriu em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Retomando as principais propostas defendidas pela Reforma Sanitária, que contrapõem a esse ideário privatista, destacamos a sua luta pela universalização da saúde no Brasil. Esta tem como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo tema central era a “saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial” (BRAVO, 2006, p.9).

A referida Conferência contou com a presença de acadêmicos, profissionais da área da saúde, movimentos populares da saúde, sindicatos, além de grupos de pessoas que não estavam ligados diretamente a saúde.

Como marco legal para implementação da saúde no Brasil, pautada na perspectiva da universalidade e equidade, no sentido de acesso ao serviço público de saúde, onde todos teriam direito ao atendimento, sem nenhum tipo de discriminação, destaca-se o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988. De modo que, segundo Bravo (2006, p.9-10),

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, e capaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

De tal modo que, em 1988, o Brasil teve um grande avanço democrático a partir da Constituição Federal, onde a Saúde, parte da Seguridade Social, tem centralidade na

universalidade de direito⁴, visando dessa forma, responsabilizar o Estado em prover os serviços ofertados pela política de saúde, conforme o artigo 196º da Constituição Federal de 1988:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante as políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, s. p.)

A década seguinte é marcada pelo decreto das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que segundo Bravo e Matos (2008), juntas constituíram na Lei Orgânica da Saúde no Brasil, especificamente, destaca-se o artigo 2º da Lei nº 8.080/90 que preconiza, “A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, s. p).

Sobre o dever do Estado este, segundo a referida Lei, e de acordo com o já citado artigo 196 da CF de 1988, trata-se de formular e executar políticas econômicas e sociais, com o objetivo de diminuir os riscos de doenças e outros danos à saúde da população, além de propor condições de acesso universal e igualitário aos serviços públicos de saúde.

Salienta-se, ainda, na Lei de nº 8.080/90, no artigo 4º, “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (BRASIL, 1990, n.p). Trata-se, portanto, de um Sistema Único de Saúde (SUS), que tem seus objetivos e atribuições expostos no artigo 5º:

- a) Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- b) Formulação de políticas de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, a observância do disposto no §1º do art.2º desta Lei;
- c) Assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventiva (BRASIL, 1990, n.p).

No campo da atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) atrelado ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, destaca-se o parágrafo VI do art. 6º, que dispõe sobre “a formulação de política de medicamentos, equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (BRASIL, 1990, n.p).

⁴Universalidade de direitos é um dos fundamentos do SUS (Sistema Único de Saúde) e contido no projeto de Reforma Sanitária. É um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Ver: Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Saúde – Brasília, março de 2009, p. 10.

Ressalta-se que a Assistência Farmacêutica nesse período, ainda era de responsabilidade da Central de Medicamentos (CEME), extinta em 1997, tendo as “suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério de Saúde” (BRASIL, 2007, p. 15).

No que se refere ao direcionamento a ser tomado pelo SUS, este é único- conforme o artigo 9º da Lei 8.080/90 e o artigo 198º da Constituição Federal -, onde é exercida por cada esfera de governo, federal, estadual e municipal e, respectivamente, pelos seguintes órgãos: Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde (ou órgãos equivalentes no âmbito dos estados e municípios).

Com relação a Lei 8.142/90, esta “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990, n.p), onde, no artigo 1º destaca-se que o referido sistema terá em cada nível de governo, Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Sobre a Conferência de Saúde, ocorrerá:

[...] a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990, n.p).

No que se refere ao Conselho de Saúde destaca-se que este é:

[...] em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990, n.p).

Contudo, tais Leis foram confrontadas pela política conservadora direcionada pela lógica neoliberal - marca dos governos vigentes da década de 1990 -, sendo os presidentes, Fernando Collor de Mello, de 1990 a 1992, que após o seu *impeachment* foi substituído por Itamar Franco, em dezembro de 1992 até o fim daquele mandato em 1994, sucedido por seu Ministro da Economia, Fernando Henrique Cardoso (FHC), que foi eleito por dois mandatos consecutivos, compreendidos entre os anos de 1994 a 2003.

As políticas neoliberais aplicadas pelo governo Collor compactuavam com as privatizações de empresas estatais, que segundo Porto (2009, p.5) é contemplado no documento intitulado ‘Diretrizes de Ação do Governo Collor de Melo’, onde “ressalta centralmente a

intenção de estabelecer uma nova relação entre Estado e a iniciativa privada” (PORTO, 2009, p.5) além da não regulação do Estado, no que se refere à economia e a relação capital-trabalho.

Tal direcionamento teve continuidade com Itamar Franco na conclusão do governo *pós-impeachment*, bem como, no governo FHC, os quais visavam “acabar com a inflação, privatizar, reformar a Constituição e flexibilizar as relações entre Estado e a sociedade, assim como, as relações entre capital e trabalho” (TEIXEIRA, 1998, p. 225 apud PORTO, 2009, p.6).

Contudo, ao que parecia encaminhar o Brasil para um direcionamento político voltado para o Estado de Bem-Estar Social, tendo em vista os direitos conquistados, conforme o marco legal da CF de 1988, o que se viu foi um redirecionamento político a partir das aplicações da lógica neoliberal adotadas pelos governos que vieram a seguir, que acarretou no aprofundamento dos índices de desigualdade social e de renda, além do desemprego e precarização do trabalho, fomentados pela alta taxa inflacionária.

Alves (2002) denomina os anos 1990 como a “década neoliberal”, a qual, segundo o autor apresentou taxas medíocres face às medidas adotadas pelos governos daquele período, visto que a média do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) anual foi de 1,7% até 1999, ou seja, inferior à média anual de 3% do PIB na década de 1980, considerada até então como a “década perdida” (POCHMANN, 2012, p. 9 apud ALVES, 2002, p. 71).

Com relação à desigualdade social nessa década, especificamente a desigualdade de renda, com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aumentou “[...] a distância salarial entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres (ALVES, 2002, p. 71) “visto que esta diferença em 1992 era de 13 salários mínimos, enquanto que em 1999 alcançou o patamar de 17 salários mínimos” Este cenário perpassa no âmbito do trabalho, o qual, segundo Alves (2002, p.71):

[...] a degradação do mundo do trabalho é perceptível através da sensação de perda contínua do emprego, salário e condições de trabalho, que imprimiu a sua marca em contingentes maciços da PEA (População Economicamente Ativa), mesmo nos breves momentos de recuperação da economia brasileira.

Assim como Alves (2002), Lima (2010) reforça que na década de 1990, o Brasil, caminhava para um amplo consenso concernente ao ideário neoliberal, pois, os governos deste período eram favoráveis à implementação de programa de estabilização, ajustes e reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, além de “[...] diretrizes de abertura irrestrita de economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do

mercado de trabalho e enxugamento do Estado com a privatização das empresas estatais e demissões em massa” (LIMA, 2010, p.279).

Esta lógica neoliberal se aplica também na área da saúde, onde a privatização se expressa nos números comparativos, entre o público e o privado, publicado pelo IBGE em 2003, acerca das estatísticas do país no século XX.

Com relação à oferta dos serviços de saúde no Brasil no século XX, a pesquisa publicada pelo IBGE (2003), informa que em 1908 havia 296 estabelecimentos de saúde no país, já em 1930 este número passou para 915, enquanto no ano de 1935 alcançou o número de 1.258 estabelecimentos de saúde entre público e privado.

Os números relativos aos setores públicos e privados, somente passariam a ser apresentados separadamente a partir da década de 1950, onde em 1951 o número de estabelecimento de saúde no Brasil era de 5.172, sendo 2.617 públicos e 2.555 particulares. Já em 1958 o número de estabelecimentos subiu para 7.563, sendo 4.146 relativos à rede pública enquanto 3.417 pertenciam a rede privada (IBGE, 2003).

Embora a publicação do IBGE (2003) afirme que o número de estabelecimentos da saúde na rede pública cresceu mais em comparação ao setor privado, os dados relativos aos números de leitos nos setores público e privado se contrapõem ao número de estabelecimentos, visto que:

Em 1976, havia 443.878 leitos para internação, sendo 119.062 da rede pública e 324.826 da rede privada. No fim do século, em 1999, eram 484.945 leitos, sendo 143.074 da rede pública e 341.871 da rede privada. Já em 2002, o número de leitos teve ligeira queda em relação a 1999, para 471.171, sendo 146.319 públicos e 324.852 privados. (IBGE, 2003, n.p.).

Estes dados, portanto, reforçam a conjuntura vivenciada desde a década de 1950 em que a saúde privada já se apresentava bem mais organizada com relação à saúde pública, bem como, perpassa pela disputa entre os dois projetos da saúde, protagonizada pela Reforma Sanitária e pelo modelo privatista, nas décadas de 1970 e 1980, onde se identifica os reflexos do favorecimento ao setor privado em detrimento da saúde pública, e que na década seguinte (1990) permanecerá presente.

Ou seja, embora a promulgação da CF 1988 marcasse a conquista de direitos sociais, o que se reafirma na década seguinte é o direcionamento da lógica neoliberal tomado pelos governos, que configuram-se como o início do retrocesso aos direitos sociais conquistados, já que a partir da referida lógica, houve grandes avanços na mercantilização da saúde em detrimento da precarização do setor público da saúde, tendo o Estado como o seu maior

financiador, o que pode ser contemplado através dos dados publicados pelo IBGE em 2003, apresentado anteriormente.

Sendo assim, o que se verifica é uma precarização fundamentada por uma intenção proposital do Estado a fim de favorecer o setor privado, de modo a se contrapor a Lei nº 8.080/90, onde o Estado é o responsável em prover o serviço público de saúde, bem como, propor políticas voltadas para a redução de doenças e riscos à saúde da população.

Esse cenário político do país se dá em consonância ao cenário mundial tendo em vista o avanço da globalização e das alterações do modo de acumulação capitalista, conforme aponta Chesnais (1996, apud LIMA, 2010, p.279) que, por sua vez, sobrepõe aos direitos sociais contidos na CF de 1988, na Lei Orgânica de Saúde, a partir das Leis 8080/90 e 8142/90, principalmente, no que se trata do direcionamento do Estado na administração da saúde pública de maneira precarizada, de modo a favorecer o setor privado, contrariando o que está respaldado no art. 4º, §2º da Lei nº 8080/90 onde, “[...] a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”(BRASIL, 1990, n.p).

Na verdade, o que se verifica é que este ‘caráter’, que deveria ser complementar à saúde pública, assume um lugar de destaque. A precarização dos serviços públicos da saúde favorece as investidas do setor privado, através dos altos gastos com a contratação dos serviços deste, em situações que deveriam ser consonantes os processos de licitação e a não capacidade do SUS em ofertar tais serviços, logo o que se constata é que, “[...] a dispensa de licitação e a transferência de parte ou de toda capacidade pública instalada para a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) eram inconstitucionais e ilegais” (GONÇALVES, 1998 apud LIMA, 2010, p.278).

Portanto, é possível constatar que os interesses particulares do capitalismo têm profunda relação com a aprovação tardia da Lei Orgânica de Saúde, enquanto direito social e fundamental para a população. Essa “dificuldade está ligada aos interesses divergentes sobre a concepção de saúde” (BRAVO; MATOS, 2008, n.p), e que são constatadas ao longo do caminho que percorre a história da Saúde Pública no Brasil, retratado brevemente, através da exposição sobre os dois projetos em disputas, conforme mencionado anteriormente.

No entanto, tal dificuldade em materializar, efetivamente, o que se dispõe nos marcos legais da Saúde - tendo em vista a atuação do Estado no tocante a prover os serviços públicos favorecendo o setor privado – resultou em um tempo de espera menor para sua regulamentação (Leis 8.080 e 8.142 em 1990), se comparado a outras políticas públicas, como no caso da Assistência Social regulamentada em 1993 e a Educação em 1996 (BRAVO; MATOS, 2008).

Retomando a nossa reflexão do início deste artigo, destaca-se, no âmbito da Saúde outra conquista imprescindível para esta análise e que reforça o seu significativo avanço: a Política Nacional de Medicamentos (PNM).

3. A Política Nacional de Medicamentos e o avanço do diabetes mellitus no Brasil

Para abordarmos o enfrentamento do avanço do diabetes mellitus no Brasil, enquanto um alarmante problema de saúde pública, faz-se imperativo, trazer breves considerações sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, por exemplo, no contexto da saúde pública, considerando sua importância para o desenvolvimento de ações no combate a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Isso significa retomar as bases que sustentam a Política de Saúde no Brasil, a partir dos marcos legais, em consonância a atenção à saúde da população e a sua relação com os altos índices de doenças cardiovasculares.

Os registros de fornecimento de medicamentos no Brasil têm seu início na elaboração da Lei Eloy Chaves em 1923, onde por meio da contribuição das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) tinha como um dos benefícios, o direito a medicamentos, inicialmente, apenas para trabalhadores ferroviários e marítimos.

A trajetória da Assistência Farmacêutica adquire abrangência, enquanto política pública no Brasil, a partir de 1971, através da instituição da Central de Medicamentos (CEME), a qual visava o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los, conforme histórico contido na coleção para gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborada pelo Conselho Nacional dos Secretários da Saúde (CONASS) em 2007, sobre a Assistência Farmacêutica no referido sistema.

Ressalta-se que a distribuição e aquisição dos medicamentos eram realizadas por meio de uma política centralizada, aplicada pela Central de Medicamento (CEME), onde este princípio somente fora modificado a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, através da descentralização do cuidado com a saúde, como competência das três esferas governamentais (BRASIL, 2007, p. 15).

A PNM foi instituída em 1998 por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, cujos objetivos são: a garantia da segurança necessária a eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos; e o acesso aos medicamentos considerados essenciais e prioritários a saúde da população (BRASIL, 2007, p.16).

Segundo o documento elaborado pelo CONASS (2007), a PNM possui um conjunto de diretrizes, voltadas para o alcance dos objetivos propostos, sendo, a) adoção da Relação de

Medicamentos Essenciais; b) regulação Sanitária de Medicamentos; c) reorientação da Assistência Farmacêutica; d) promoção do uso racional de medicamentos; e) desenvolvimento científico e tecnológico; f) Promoção da produção de medicamentos; g) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; h) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2007, p.16).

A reorientação da Assistência Farmacêutica, enquanto diretriz da PNM possui um “caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais” (BRASIL, 2007, p.16) a qual por sua vez, será aprovada como Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2004, através da Resolução nº 338. (BRASIL, 2007).

É preciso salientar e analisar, face a conquista da Saúde no âmbito dos medicamentos, a sua importância para a saúde da população, pois o medicamento configura-se como parte da estratégia para enfrentamento das doenças no contexto brasileiro, junto a outros fatores como “[...] a disponibilidade de água tratada e de coleta de esgoto para grande parte da população, e a adoção de medidas ou de cuidados básicos para a higiene e nutrição”(BUCHALLA *et al.*, 2003, p. 342), além da prevenção de doenças - que eram responsáveis pelo altos números de óbitos, no início do século XX -, através da vacinação, sendo essa extremamente importante para a redução da mortalidade decorrentes das doenças infecciosas.

A publicação do IBGE (2003) contempla o exposto por Buchalla *et al.* (2003) acerca das estatísticas do século XX no Brasil, a qual apresenta um dado relevante para esta análise, ou seja, as causas de mortes no país. No início do século XX as principais causas de mortalidade no Brasil eram as doenças infecciosas, onde a varíola e a tuberculose, em 1908, foram responsáveis pela morte de 47,20% de pessoas, somente no município do Rio de Janeiro (IBGE, 2003).

Entre as décadas de 1930 e 1940 as doenças infecciosas e parasitárias ainda eram as principais causas de mortalidade no Rio de Janeiro, 30,90% dos 94.491 óbitos, seguidas por 16,45% das doenças do aparelho digestivo, 14,52% das doenças do aparelho circulatório e 11,65% do aparelho respiratório, que não inclui as doenças tuberculosas. Já as mortes acidentais ou decorrentes de violências, naquele período, era o equivalente a 4,34% (IBGE, 2003).

Nos anos de 1960 o cenário das causas das mortes no Brasil apresentava significativas mudanças no que se refere às principais causas de óbitos, bem como, a expressiva redução nos números de óbitos na cidade do Rio de Janeiro, conforme a publicação do IBGE (2003):

Em 1962, por exemplo, quando houve 34.145 mortes na cidade do Rio de Janeiro o percentual de vítimas com doenças infecciosas e parasitárias já havia caído para 12% do total e sido superado pelas doenças circulatórias (19%). Ganharam importância também as mortes por câncer (11%) e doenças do sistema nervoso (10%). As do aparelho digestivo caíram para 8% e as do respiratório para 7%. Por outro lado, subiu para 8% o percentual de mortes por acidentes, envenenamento e violências. (IBGE, 2003, n.p).

Já os dados das causas de mortes do fim do século XX, publicado pelo IBGE (2003)⁵ com base nas informações do Ministério da Saúde de 1999, apresenta que “[...] a maior causa de morte no Rio de Janeiro eram as doenças do aparelho circulatório (33,2%), seguida pelo câncer (17,1%)” (IBGE, 2003, n.p), enquanto as mortes decorrentes de acidentes e violência passaram a ocupar a terceira posição com um percentual de 12,9%. Ressalta-se que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de mortes, não somente na realidade da cidade do Rio de Janeiro, como também, uma realidade mundial e que não tem relação com o nível de renda dos países.

Para um melhor entendimento deste cenário toma-se como base os três períodos expostos na Tabela 1, onde nota-se que ocorreu uma redução nos índices de mortalidade no Rio de Janeiro. Vale, portanto, analisar quais os fatores que contribuíram para essa redução.

Os autores Soares *et al.* (2015) ressaltam que no primeiro período de 1979 a 1989 todos os municípios apresentavam as taxas médias de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) superiores a 500 óbitos, levando em consideração os 100 mil habitantes (658,8). Nesse período, vale lembrar que a saúde enfrentava um longo processo de disputa entre os dois projetos (Reforma Sanitária e o Privatista), onde o modelo privatista foi favorecido pelo período do regime militar, enquanto a saúde pública era restrita aos trabalhadores em regime da CLT e, àqueles que não possuíam vínculo empregatício, por meio da carteira assinada, teriam acesso a saúde, através da filantropia.

No segundo período analisado na Tabela 1, compreendido entre os anos de 1990 a 1999, nota-se uma significativa redução na média de óbitos por 100 mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro, porém, ainda superior a 500 óbitos a cada 100 mil habitantes (505,8). Destaca-se que no final deste período, a saúde brasileira, segundo a Constituição de 1988, já possui o caráter universal, ou seja, o seu acesso era destinado a toda população, livre de critérios que pudessem limitar esse acesso.

⁵Embora exista uma pesquisa mais recente sobre saúde, os dados que foram colhidos em 2003 foram fundamentais para elucidar as causas das doenças que anteciparam o PRAHADM -Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2002), tendo em vista que a pesquisa abordava as mudanças das doenças que mais levavam a óbito no século XX.

Tabela 1 - Taxas médias de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por sexo e idade, por 100 mil habitantes dos municípios, segundo as regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, em três períodos, de 1979 a 2010

Região de Saúde	Média (79–89)	DP* (79–89)	Média (90 – 99)	DP* (90–99)	Média (00 –10)	DP* (00–10)	Nº de Municípios
Rio de Janeiro	601,8	----	461,2	----	309,6	----	1
Cinturão Metropolitano	669,9	111,3	550,8	80,0	364,4	43,1	11
Centro-Sul	691,4	77,6	549,9	46,4	359,7	25,1	7
Serrana	687,9	105,3	483,4	62,3	350,8	37,7	13
Norte	604,1	96,2	444,5	48,9	319,2	17,2	4
Baixada Litorânea	578,0	72,2	472,0	47,6	322,6	34,3	5
Niterói	550,1	----	425,6	----	259,4	----	1
Noroeste	643,4	47,5	487,5	56,2	347,7	14,4	7
Médio Paraíba	718,2	75,5	539,3	107,5	377,3	35,7	4
Baía da Ilha Grande	598,6	43,3	511,6	25,0	315,8	28,5	3
Total	658,8	93,6	505,8	70,5	347,1	37,7	56

Fonte: Soares (2015, n.p.).

Nota: *DP - desvio padrão das médias dos municípios da região.

Embora a forte onda neoliberal nesse período tenha contribuído para a precarização da saúde pública, é preciso considerar que os avanços deste período (Leis nº 8.080, nº 8.142, e a Política Nacional de Medicamentos) têm rebatimentos nos números da mortalidade por DAC, ocasionando em uma redução dos índices, ainda que pouco significativa.

No terceiro período analisado, de 2000 a 2010, constata-se uma redução de 47,3% em comparação ao primeiro período, nos índices de óbitos decorrentes de DAC, por 100 mil habitantes (347,1), no Estado do Rio de Janeiro. Nesse período, constatam-se medidas adotadas pelo Ministério da Saúde que fortaleceram o combate às doenças do aparelho circulatório (DAC), acarretando por sua vez, na significativa redução dos índices de mortalidade.

Entre as medidas que favoreceram as mudanças deste cenário, no referido período, destacamos o Plano de Reorganização à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (PRAHADM), aprovado pela Portaria GM nº 16 de 03/01/2002; a instituição do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e diabetes mellitus, através da Portaria nº 371 de 04/03/2002, e a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, através da Resolução nº 338 em 2004.

É imprescindível salientar que o alto índice de mortalidade devido às DAC não é pertinente apenas ao Estado do Rio de Janeiro, este é retrato do cenário brasileiro, fazendo-se necessário que sejam instituídas medidas de combate aos fatores de risco das doenças do aparelho circulatório e, isto se reafirma através dos estudos de Silva *et al.* (2006), em que apresenta dados de grande relevância com relação às causas de mortes no município de São Paulo, por exemplo⁶.

Em vista aos dados alarmantes de mortes decorrentes das DAC, o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (PRAHADM), criado em 2002, enquanto manual de “[...] instrumentos de capacitação dos profissionais da atenção básica” (BRASIL, 2002, p.5), destaca a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM), como os dois principais fatores de risco para o agravamento das DAC (BRASIL, 2002, p.7).

O PRAHADM (BRASIL, 2002, p.9) apresenta dados acerca das DAC (infarto agudo do miocárdio, morte súbita, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão e insuficiência renal) como a primeira causa de morte, ou seja, 27,4%, no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, publicado em 1998, sendo o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM) as mais prevalentes.

Outro dado relevante que o PRAHADM (2002) apresenta na seção da epidemiologia é que na faixa de 30 a 69 anos, as referidas doenças – AVE e IAM são responsáveis por cerca de 65% das mortes no Brasil, ou seja, este dado representa a morte da população adulta e produtiva.⁷

Haja vista o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar sequelas para o resto da vida [...]. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem das mesmas. (BRASIL, 2002, p.9)

O PRAHADM (2002) tem por objetivo, portanto:

[...] subsidiar tecnicamente os profissionais da rede de atenção básica, que, hoje, tem na estratégia saúde da família – ESF, uma perspectiva de reorganizar a atenção à hipertensão arterial – HA e ao diabetes mellitus – DM, enquanto os principais fatores para doenças cardiovasculares, além de reduzir os gastos para tratamento das mesmas” (PRAHADM, 2002, p. 9).

⁶Segundo Silva (2006), o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PROAIM), publicados em 2003, pela Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de São Paulo, informa que em 2001 ocorreram 20.945 mortes decorrentes das Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), que correspondem a 32,3% dos óbitos do município.

⁷Além disso, as doenças cardiovasculares, entre 30 a 60 anos, foram responsáveis por 14% do total das internações, de modo que 17,2% devido ao AVE ou IAM, acarretou 25,7% do total de gastos da saúde. (BRASIL, 2002, p. 9).

Vale ressaltar assim, a importância da atenção ao alto número de casos de HA e DM no país, visto que no caso da hipertensão esta “[...] tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta [...] e forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração” (PRAHADM, 2002, p.9).⁸

Como parte integrante do PRAHADM, a Portaria nº 371, de 2002, institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e diabetes mellitus (PNAFHADM), o qual tem como objetivos, conforme o artigo 2º:

- Implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes através da instituição do cadastro nacional de portadores de hipertensão e diabetes;
- Ofertar de maneira contínua para rede básica de saúde medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes;
- Acompanhar e avaliar os impactos da morbimortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional (BRASIL, 2002, n.p).

Sobre a oferta de medicamentos na rede básica de saúde é importante destacar que o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) publicou uma nota de repúdio a aprovação da Lei nº 13.714/2018 que altera a Lei de nº 8.742/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no que diz respeito a oferta de medicamentos a população. Esta alteração consiste no acréscimo de um parágrafo único do artigo 19º da referida lei que assim destaca:

A atenção integral a saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal [...] dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS) [...] (BRASIL, 2018, n.p).

O repúdio do CNAS concentra-se na compreensão de que “não compete à Assistência Social definir ações para a Política de Saúde e tratar da administração de medicamentos. Esta é uma prática exclusiva dos profissionais da Política da Saúde” (BRASIL, 2018, n.p).

Isto se contrapõe ao princípio da saúde, exposto na CF de 1988, onde a saúde é concebida como direito de todos, ou seja, a saúde tem em seu acesso o caráter universal, que independe da situação social e econômica do usuário. O que se constata através da análise da conjuntura atual é a presença forte e massiva da lógica neoliberal, cujo governo atual insiste em mantê-la viva.

⁸OAVE vem ocorrendo em idade precoce, com uma letalidade hospitalar em torno de 50%, e ainda, aqueles que sobrevivem, metade fica com algum grau de seqüela.

A partir do contexto retratado da saúde pública que enfatiza os altos índices de óbitos por doenças cardiovasculares, bem como, o desenvolvimento de mecanismos para o seu enfrentamento, o qual se materializa, por meio dos marcos legais: PRAHADM, PNAFHADM, PNM, destaca-se que o principal meio de tratamento se dá a partir de uma estratégia que envolve educação e modificação dos hábitos de vida atrelado ao tratamento medicamentoso, em conjunto ao trabalho de prevenção de outros fatores de riscos cardiovasculares.

O PRAHADM (2002) apresenta a importância de trabalhar na perspectivas das prevenções de doenças e complicações cardiovasculares, pois estas se classificam como, um modo mais eficaz para tratar os agravos das doenças, de maneira a reafirmar a importância de se trabalhar na perspectiva da educação para saúde, visto que, nos casos dos pacientes diabéticos tipo 2, 50% dos casos poderiam ser prevenidos se houvesse evitado, por exemplo, o excesso de peso, por alimentação inadequada, e outros 30% poderiam ser evitados através do controle do sedentarismo.

Sendo assim, colocar em evidência problematizações acerca do PRAHADM (2002), principalmente no que tange ao número de casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, diagnosticados na segunda década dos anos 2000, tanto quanto trabalhar na perspectiva das prevenções das doenças e contenção dos seus agravos, torna-se, portanto, imperiosa o reconhecimento da sua efetividade.

A pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGETEL)⁹aponta que, em 2012, a média brasileira dos casos diagnosticados com hipertensão arterial foi de 23,01%, enquanto para os casos de diabetes mellitus a média foi de 6,46% (BRASIL, 2013, p. 98). Pesquisa realizada recentemente pela mesma instituição, no ano de 2019 e publicada em 2020, aponta que a média percentual brasileira de adultos diagnosticados com hipertensão arterial é de 23,39% e com diabetes mellitus é de 6,78%, não apresentando grande variação se comparada com os dados de 2012, mas revelando uma não redução do quadro epidemiológico (BRASIL, 2020, p. 92).

Logo identifica-se um crescimento, ainda que inexpressivo, nos casos diagnosticados de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que por sua vez reafirma a projeção do crescimento do número de casos, principalmente, do diabetes mellitus apontado pelo PRAHADM (2002), bem como por Radovanovic *et al.* (2014), onde há uma estimativa para 2025, por exemplo, de 29% de pessoas diabéticas no Brasil. (RADOVANIVIC *et al.* 2014, p. 548)

⁹Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGETEL) é um sistema de monitoramento de fatores de risco para doença crônica de grande importância para a Saúde Pública brasileira.

Portanto, em consonância com as análises do PRAHADM (2002), Radovanivic *et al.* (2014) ainda aponta que o levantamento das principais prevalências que acarretam as doenças cardiovasculares, permite delinear a saúde brasileira, e ainda identificar os fatores de riscos como a alimentação inadequada e o sedentarismo.

No caso do sedentarismo, a pesquisa realizada pelo VIGETEL em 2012, indicou que a média de brasileiros fisicamente inativos é de 14,7% (BRASIL, 2013 p. 78), enquanto em pesquisa efetuada em 2019 aponta uma média de 13,9% (BRASIL, 2020, p.71), que demonstra uma suave queda nos dados.

Em contrapartida vale salientar que conforme destacado nas análises do PRAHADM (2002), a imprescindibilidade da adoção dos hábitos e estilos de vida saudável junto ao tratamento medicamentoso é necessária no combate ao avanço do diabetes mellitus e a hipertensão arterial. porém esta prática de hábitos saudáveis possui entrave para sua materialização, conforme aponta Stopa *et al.* (2018), pois, “[...] uma rotina diária de trabalho cansativa impacta na relação da atividade física no tempo livre”. (STOPA *et al.*, 2018, p.8).

Sendo assim, educar e orientar acerca de uma alimentação saudável e a importância da prática de atividades físicas, sob a perspectiva e recomendação do PRAHADM (2002) é limitada quando se trata da realidade social do usuário da política de saúde, haja vista que “[...] encadear mudanças nos padrões educativos de modo a perpetuar práticas saudáveis é um processo lento e heterogêneo” (STOPA *et al.*, 2018, p.8).

Ou seja, analisar o PRAHADM (2002), enquanto norma orientadora do Ministério da saúde, com o intuito de intervir no avanço das doenças cardiovasculares, por meio da contenção, principalmente, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, permite questionar acerca dos seus limites institucionais, o qual se apresenta muito mais relacionado ao campo burocrático e informativo, do que a sua real efetivação, no que tange aos ideais propostos para o tratamento e o combate no avanço das referidas doenças.

Este desdobra outro questionamento no que concerne o âmbito da saúde pública, ou seja, qual é reflexo de um serviço público precarizado, fruto de uma disputa antiga entre os dois modelos de saúde, já retratada no presente artigo. A realidade é que a precarização imposta ao setor público da saúde se mostra como um dos principais entraves para a materialização dos objetivos propostos pelo PRAHADM (2002), porém, não é único.

Também é relevante nesta problematização considerar a realidade social do usuário, conforme sinalizado por Stopa (2018), visto que informar acerca da importância da adesão aos hábitos de vida saudável, em conjunto ao tratamento medicamentoso, não significa que o

usuário venha implementar estas mudanças em seu cotidiano. Isto porque, implica em outros fatores que estão fora do alcance da atuação e responsabilidade da política de saúde, como por exemplo, a questão socioeconômica, de grande parcela da população brasileira.

Nesse sentido efetivar a orientação e educação acerca dos hábitos de vida saudável está para além do campo da informação, tangencia, na verdade, o campo econômico, haja a vista o alto custo para a adesão a uma alimentação saudável. Porém, a materialização do hábito de vida saudável também está relacionada ao campo da realidade social do usuário da política de saúde, principalmente, se questionarmos qual é o perfil deste usuário no contexto político e econômico atual.

No que se refere ao acesso ao tratamento medicamentoso, relevante a este debate, este por sua vez, teve um aumento. A pesquisa de 2019 do VIGITEL informa que a média brasileira de adultos com hipertensão arterial que referiram tratamento medicamentoso da doença é de 81,51%, enquanto para os adultos com diabetes mellitus a média brasileira é de 88,08% (BRASIL, 2020, p. 95).

Segundo Stopa *et al.* (2018), desde 2011, por meio da campanha “Saúde Não Tem Preço”¹⁰, “[...]medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus são ofertados gratuitamente nas farmácias próprias do programa ou em drogarias privadas que tenham convênio com o Ministério da Saúde”. A autora ainda informa que a partir de tal estratégia houve “[...] um aumento de 70% na distribuição de medicamentos para a população diabética e hipertensa” (STOPA *et al.*, 2018, p.7).

No entanto, se faz necessário destacar, que o tratamento medicamentoso, exclusivamente, possui apenas um caráter curativo, ou seja, sem uma alimentação adequada e uma prática de exercícios torna-se árido o caminho percorrido para o enfrentamento do avanço da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

Portanto, o tratamento medicamentoso, como parte do tratamento contra a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, previsto pelo PRAHADM (2002), materializado através de campanhas como “Saúde Não Tem Preço”, por exemplo, não garante a sua efetividade. Visto que essa efetividade está relacionada a uma alimentação saudável e a superação do sedentarismo e, por sua vez, a sua efetivação está inserida em um campo para além dos limites

¹⁰O Programa “Saúde Não Tem Preço” foi criado no Governo Dilma Rousseff, em 2011, e oferece medicamentos gratuitos contra a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a asma para todos os brasileiros. A iniciativa havia beneficiado, até 2014, mais de 20 milhões de pessoas desde o seu lançamento e, somente em maio de 2014, 6,4 milhões de pessoas foram beneficiadas. Mais de 30 mil farmácias em todo o País (dados de 2014), vinculadas a rede “Aqui tem Farmácia Popular” oferecem remédios de graça para as três doenças crônicas. Fonte: Agência Brasil de Comunicação, 2014 (CNTTL, 2014).

da atuação do referido documento, bem como, da própria política de saúde, principalmente, no que refere a real apreensão e prática da importância de novos hábitos de vida saudável, por parte dos usuários do sistema de saúde.

Fica assim evidente que a materialização do PRAHADM (2002) esbarra em limites sociais, políticos, econômicos e institucionais, onde as suas possibilidades no âmbito da oferta de informações, fornecimento de medicamentos, orientação e educação acerca dos hábitos de vida saudáveis, se relativizam quando se trata da realidade social, política e econômica na qual estamos inseridos, principalmente, no que tange a precarização e sucateamento do setor público da saúde.

4.Considerações Finais

O referido artigo teve como proposta realizar um debate crítico, bem como, problematizar acerca da importância do PRAHADM (2002), haja vista o seu papel no que tange ao enfrentamento dos altos índices das doenças cardiovasculares no Brasil, devido o avanço da hipertensão arterial e o diabetes mellitus, nos anos recentes, que tende a acarretar altos custos à saúde pública e ao usuário da política de saúde, acometido por essas doenças.

Para isso, foi necessário revisitar, brevemente, a trajetória da Política Pública de Saúde no Brasil, considerando as particularidades do cenário político brasileiro, que tem profunda relação com a história da saúde pública, bem como, o papel do Estado frente à referida política, considerando a marca do viés capitalista nesta relação.

Destacamos assim, que a realização de uma análise crítica e reflexiva sobre a saúde em conjunto com uma análise política, nos permitiu compreender os rebatimentos que o movimento político acarreta na gestão da saúde pública no Brasil, tendo em vista que, historicamente, a saúde pública vem sendo, paulatinamente, sucateada para favorecimento do setor privado, conforme apontado em pesquisas realizadas pelo IBGE, bem como, pelos autores citados neste artigo.

Sob este cenário, evidenciam-se os desafios que são enfrentados pelo PRAHADM (2002) que, na busca por atuar na identificação das causas destas doenças de maneira preventiva, é afetado pela relação do Estado com o capital, embora, seja preciso destacar a significativa relevância deste, no enfrentamento do crescente avanço das doenças cardiovasculares, como determinantes às principais causas de morte no país, apontado por estudos e dados estatísticos, recorrentes.

Vale salientar que a atenção ao tratamento e controle do diabetes mellitus não tange somente ao tratamento medicamentoso. Requer um tratamento aliado a mudança dos hábitos de vida que, atrelado ao tratamento medicamentoso, possa proporcionar ao paciente diabético, um controle da doença de maneira satisfatória. Este direcionamento educacional quanto aos hábitos de vida saudáveis é orientado pelo referido PRAHADM (2002), que esbarra em desafios que estão além do seu campo de atuação e responsabilidade, visto que a sua realização está profundamente relacionada a uma adesão aos novos hábitos, do usuário da política de saúde.

No entanto a adesão ou não da prática de hábitos saudáveis por parte do usuário, embora que imprescindível para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, é fruto da realidade social vivenciada por este, pois conforme apontado por Radovanovic (2014) e Stopa *et al.* (2018), a sua prática é relevante junto ao tratamento medicamento, porém a sua efetivação advém de um processo lento e sustentado por efetivas políticas sociais.

Portanto, conclui-se que o PRAHADM (2002), tem limites quanto a sua efetivação, no que tangem ao tratamento do combate a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, que, por sua vez, advém da realidade social relacionada a um cenário político e econômico os quais possuem rebatimentos na vida cotidiana do usuário da saúde pública; dos limites institucionais, que extrapolam a sua responsabilidade, haja vista o cunho socioeconômico do usuário que não dispõe de recursos suficientes para custear uma alimentação saudável; além de um cenário de precarização da saúde pública, demonstrada a partir de uma análise acerca da sua trajetória e que, historicamente, vem sem sucateada em detrimento do setor privado com a permissão do Estado.

5. Referências Bibliográficas

ALVES, Giovanni. Trabalho e Sindicalismo no Brasil: um balanço crítico da década neoliberal (1990-200). **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 19, p. 71-74, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil@03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em: 15 set 2018.

BRASIL. Lei Federal n 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acessado em: 2 nov. 2020.

BRASIL. Lei Federal n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acessado em: 2nov2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos – 2001**. Secretaria de Política de Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 371, de 4 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e Diabete mellitus. **Diário Oficial da União**. Brasília, 6 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n° 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial**, Brasília, 6 de maio, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **VIGITEL BRASIL - 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2012. Brasília, Distrito Federal, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012.pdf. Acessado em: 2 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **VIGITEL BRASIL – 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, Distrito Federal, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acessado em: 2 nov. 2020

BRASIL. Lei n° 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 ago. 2018. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13714-24-agosto-2018-787108-publicacaooriginal-156272-pl.html>. Acesso em 21 set. 2018

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana, Elizabete, et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2006, capítulo, 1.5. p. 88- 110, volume 3.

BRAVO, Maria. Inês. Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil**: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal, 2008. Disponível em:

<http://textodaenf.blogspot.com/2008/02/sade-no-brasil-reforma-sanitaria-e.html>. Acessado em: 2 nov. 2020

BUCHALLA, Cássia Maria *et al.* A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, p. 335 - 344, 2003.

CNTTL. **Programa Saúde Não Tem Preço disponibiliza medicamentos gratuitos**. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Transportes e Logísticas. [Entrevista com a Agência Brasil de Comunicação]. Disponível em: <https://cnttl.org.br/index.php?tipo=noticia&cod=3459> . Acessado em: 2 nov. 2020

IBGE. **Estatística do Século XX**. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, 2003. Disponível: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticaecxxhtml.shtm>. Acessado em: 10 set . 2018.

LIMA, Júlio Cesar França. A Política Nacional de Saúde nos anos de 1990-2000 na contra mão da Reforma. *In*: PONTE, Carlos F.; FALLEIROS, Ialê. **Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: COC/EPSJV, 2010. cap. 9, p.277-310.

POCHMANN, Marcio. Trabalho e Formação. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 491-508, maio/ago.2012.

PORTO, Maria Célia da Silva. Estado e neoliberalismo no Brasil contemporâneo: implicações para as políticas sociais. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4, 2009, São Luís, MA. **Anais [...]**. São Luís: UFMA, 2009, p. 01– 09.

RADOVANOVIC, Cremil de Aparecida Trindade *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Maringá, v. 22, n. 4, jul.-ago. 2014, p. 548.

SILVA, Terezinha Rodrigues *et al.* Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.180-189, set-dez, 2006.

SOARES, Gabriel Porto *et al.* Evolução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório nos municípios do estado do Rio de Janeiro, de 1979 a 2010. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro v. 104, n 5, p. 356-365, 2015.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no município de São Paulo, Brasil, 2018. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, e00198717, 2018.