

# Política de Atenção Cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde: breves comentários sobre a literatura científica nacional indexada disponível

Cardiovascular care policy in Unified Health System: brief comments about national scientific literature indexed and available

Fabiana Maria Moura <sup>1</sup>  
 Maria Conceição Gomes da Silva <sup>2</sup>  
 Leonardo Carnut <sup>3</sup>

## Resumo

**Objetivo:** O objetivo do estudo foi tecer alguns comentários sobre a literatura científica sobre a Política de Atenção Cardiovascular no Brasil e sua implantação no SUS. **Métodos:** Tratou-se de uma revisão bibliográfica da literatura através de artigos indexados nos bancos de dados MEDLINE E LILACS. **Resultados:** Os resultados evidenciados nesta revisão afirmaram que a literatura sobre o assunto ainda é pouca, porém dentro destes estudos percebe-se uma ausência de serviços estruturados para atender uma demanda relativa às Cardiopatias Congênitas. **Conclusões:** Percebeu-se que a Atenção cardiovascular no SUS carece de mais interesse da comunidade científica como objeto de estudo, no entanto alguns estudos já denunciam algumas lacunas da Política.

**Descritores:** doença cardiovascular, SUS, política de saúde, serviços hospitalar de doença cardiovascular.

**Keywords:** cardiovascular disease, unified health services, health policy, hospital services for cardiovascular disease.

## Abstract

**Objective:** The objective was to give some coments about the scientific literature on Cardiovascular Care Policy in Brazil and its implantation in the National Health System in Brazil. **Methods:** This was a literature review by articles indexed in MEDLINE and LILACS. **Results:** The results shown in this review stated that the literature on the subject is still low, but within these studies, one notes a lack of services structured to meet a demand on Congenital Heart Diseases. **Conclusion:** It was found that the cardiovascular care in the SUS needs more interest from the scientific community as an object of study, although some studies have denounced some gaps on it.

<sup>1</sup> Graduanda em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde – Faculdade Santa Emília – Olinda, Pernambuco, Brasil.

<sup>2</sup> Graduanda em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde – Faculdade Santa Emília – Olinda, Pernambuco, Brasil.

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Coletiva – Faculdade de Odontologia de Pernambuco/Universidade de Pernambuco (FOP-UPE) – Recife, Pernambuco, Brasil.

Para correspondência:  
 Prof. Msc. Leonardo Carnut  
 email: leonardo.carnut@gmail.com

Data da Submissão: 05/07/2011  
 Data do Aceite: 25/08/2011

## Introdução

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade no Brasil, representando cerca de 30% das internações no SUS. A cardiopatia isquêmica determina elevado consumo no tratamento. Em 2003 o SUS financiou a realização de 30.666 angioplastias coronárias com implante de *stent* e 19.909 cirurgias de revascularização do miocárdio, totalizando R\$ 281 milhões de gastos. Até a cirurgia de revascularização do miocárdio representava o principal tratamento, mas nos anos subsequentes aumentou o número de angioplastia coronária em mais de 100% reduzindo assim o número de cirurgias cardiovasculares <sup>1</sup>.

Dentre as doenças que mais são relevantes para proporcionar uma saúde cardiovascular debilitada encontram-se a diabetes e a hipertensão. Estas doenças de risco cardiovasculares vêm aumentando a morbimortalidade alcançando 20% da população acima de 70 anos <sup>2</sup>. A Atenção Básica desempenha um papel fundamental na cobertura dos casos de hipertensão e diabetes <sup>3</sup> que são identificados nas áreas adstritas e devem ser controlados para evitar que as conseqüências dessas enfermidades gerem demandas para os outros níveis de atenção <sup>4</sup>, entretanto uma Política de Atenção Cardiovascular na atenção secundária e terciária devem estar bem estruturadas para garantir a integralidade do cuidado ao usuário.

Por isso, a integralidade da atenção nesta linha de cuidado parece depender de um desenho tecnicamente adequado para a efetividade do referenciamento dos serviços e de práticas adequadas de gestão e de cuidado. Garantir aos portadores de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM) cobertura universal e integral tem sido a grande meta a ser alcançado pelo SUS um desafio para os gestores da área principalmente da atenção básica. Por outro lado a discussão sobre qualidade dessa atenção vem mostrando a necessidade de reorganizar ações de assistência através do perfil epidemiológico de cada região <sup>2</sup>.

Com o intuito de oferecer subsídios de assistência integral à saúde cardiovascular, alguns Estados vêm analisando indicadores de estrutura, processo e de resultado de atenção ao portador <sup>2</sup>. Entretanto pouco se conhece sobre a própria Política de Atenção Cardiovascular, sua legislação, implantação e processo de complementação da Política de Controle da Hipertensão e Diabetes quando estas falham em garantir o processo de cuidado aos indivíduos. Nessa perspectiva, este

estudo tem como objetivo de teorizar sobre os achados disponíveis na literatura sobre a política de atenção cardiovascular no SUS e para tanto fez-se uma teorização sobre a política de atenção cardiovascular através de uma busca bibliográfica acessando a base de dados da BIREME a partir do cruzamento dos descritores: "SUS", "POLITICA DE SAUDE", "SISTEMA CARDIOVASCULAR" e "DOENCAS CARDIOVASCULARES". Após identificação dos artigos considerados pertinentes ao tema foi possível observar os seguintes achados a seguir.

## Algumas Evidências

Algumas evidências são encontradas na literatura científica sobre a política de atenção cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde e na perspectiva da saúde coletiva. O estudo de Silva <sup>5</sup> trata da responsabilidade dos cardiologistas sobre os cuidados de saúde capazes de fornecer melhores condições de vida a nossa população na área de tecnologia. O artigo demonstra como há uma negligência ao se trabalhar com os determinantes sociais da saúde para melhorar as taxas de problemas e intervenções cardiológicas. Os autores concluíram que a melhoria das condições de vida das populações, das condições de trabalho e meio ambiente, levará a uma redução das taxas de mortalidade por qualquer dos principais problemas de saúde nos países.

O estudo de Araújo e Ferraz <sup>1</sup> trata das doenças cardiovasculares que são principais causas de mobilidade e mortalidade no Brasil. O estudo se localizou em São Paulo-SP e baseou-se na política nacional de atenção cardiovascular de alta complexidade elaborada pela secretaria de atenção a saúde do Ministério da Saúde. Para os autores, a discussão sobre a incorporação de novas tecnologias no SUS é uma oportunidade nova para a sociedade brasileira de cardiologia cujo desenvolvimento de métodos que auxiliem a política de saúde cardiovascular incrementam o processo de escolha entre as alternativas disponíveis, mensurando o benefício para cada unidade de custo e estimando o retorno para a sociedade na incorporação de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas.

O estudo de Pinto Júnior et al <sup>6</sup> discutiram os vários momentos da formulação da política nacional de atenção cardiovascular de alta complexidade tendo como foco a atenção

cardiovascular pediátrica. O estudo localizou em Fortaleza-CE e baseou-se no estudo da portaria N°1169/6M que instituiu a política nacional de atenção cardiovascular de alta complexidade, portaria N°210 SAS/MS e a participação de vários agentes da sociedade civil e do poder público. O objetivo deste estudo foi mostrar a necessidade de atender demandas locais, passando a ter dimensões nacionais pela constatação do déficit de atendimento aos portadores de cardiopatias congênitas. A conclusão ressaltada pelos autores é a luta em dimensões nacionais, para a criação de novo departamento de Cirurgia Cardiovascular pediátrica em busca de um melhor tratamento a pessoas com doenças cardiopatias congênitas no Brasil.

O estudo de Chagas e Zillit et al <sup>7</sup> tratou de novas estratégias para encarar o adoecimento do homem e voltar a ter como foco principal a prevenção das doenças cardiovascular ao invés de aguardá-la e tratá-las após sua instalação. O estudo localizou no Rio de Janeiro-RJ, foi utilizada a metodologia de estudos e pesquisas baseadas principalmente em intervenções. Concluiu-se que as maiores das doenças cardiovascular (doenças coronárias, derrames, diabetes e diversos tipos de câncer) a causa principal não se encontra na genética e sim em fatores de risco ambiental e comportamental, que podem ser modificados.

O trabalho de Rosa <sup>2</sup> abordou o estudo de doenças como diabetes mellitus, hipertensão, mortalidade sistema único de saúde e regionalização. O estudo se localizou do estado de São Paulo-SP. Foi utilizado a metodologia de análise de indicadores de estrutura, processo e de resultados da saúde do adulto. A correlação de forças da sociedade, talvez seja o ponto mais desafiados, entretanto, sustenta-se neste estudo a pactuabilidade da construção da linha de cuidados a partir de um desenho tecnicamente adequado para a efetividade do referenciamento dos serviços para média e alta complexidade em cardiologia e de práticas adequadas de gestão e de cuidados.

## **Tecendo comentários**

A política da atenção cardiovascular no Sistema Único de Saúde (SUS) não tem despertado interesse da comunidade científica como objeto de estudo. A política da atenção cardiovascular é nova, entretanto pouquíssimos estudos trabalham questões relativas a essa política tratando-a como foco principal de análise. É possível perceber como ainda há uma biomedicalização do processo de cuidado

cardiológico como objeto de estudo fazendo jus ao que Rios et al <sup>8</sup> coloca com o *conseqüências do modelo biomédico* sobre o pensar e agir em saúde.

O que se observa na literatura ainda é uma análise sobre as principais causas das doenças cardiovasculares e seus “determinantes sociais da doença”. Como coloca Pitanga <sup>9</sup> a partir da era epidemiológica das doenças crônico-degenerativas surgiram diversos estudos epidemiológicos relacionando os fatores socio-psicológicos como meio de promoção da saúde, em especial à diminuição no risco de doença arterial coronariana, diabetes e hipertensão. Além disso, pode-se perceber também uma ausência de serviços estruturados para atender uma demanda relativa às cardiopatias congênitas. Guitti <sup>10</sup> coloca que a prevalência de cardiopatias congênitas na população de uma cidade de grande porte chega a 5,494: 1.000 nascidos-vivos sendo a lesão mais comum é a comunicação interventricular.

Do ponto de vista de gestão existe uma incipiência do tema relativa à estruturação dos serviços de cardiologia do Sistema Único de saúde (SUS) embasada por uma política pública de saúde. Apesar de alguns estudos <sup>6</sup> lançarem uma reflexão sobre a “causa cardiológica” no Sistema Único de Saúde, há de fato uma lacuna nos aspectos empíricos relativos aos serviços de cardiologia prestados em face a política ora elaborada.

Ainda, de acordo com os resultados, um estudo aborda a questão da incorporação tecnológica na prestação de serviços cardiológicos, e o que mais se aproxima de uma análise política trata-se do estudo que analisa o referenciamento de complicações de diabetes e hipertensão para os serviços de cardiologia de média e alta complexidade. Nessa perspectiva, pode-se dizer que este último já inicia o trabalho de sistematização de dados científicos sobre a assistência cardiovascular analisando-a sob o conceito de rede como sugerido por Mendes <sup>11</sup>.

## **Considerações Finais**

De acordo com os estudos revisados conclui-se que a política da atenção cardiovascular no Sistema Único de Saúde (SUS) não tem despertado interesse como objeto de estudo pela comunidade científica nacional. Alguns estudos perpassam o tema de forma coadjuvante entretanto não se prendem a análise da política e não focam na adequação das questões

organizacionais que a política propõem. Do ponto de vista normativo, apesar da política ter sido publicada em 2004, ainda há uma escassez significativa de estudos sobre a temática.

#### Referências

1. Araújo DV, Ferraz MB. Impacto Econômico do Tratamento da Cardiopatia Isquêmica Crônica no Brasil. O Desafio da Incorporação de Novas Tecnologias Cardiovasculares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2005; 85(1):1-2.
2. Rosa TEC et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2): 158-71.
3. Brasil. Portaria n. 210 de 15 de junho de 2004 Definir Unidades de Assistência em alta complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em alta complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades.
4. Brasil. Portaria n. 1196/GM de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de alta complexidade e dá outras providências.
5. Silva NAS. Saúde Cardiovascular na era Tecnológica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2004; 83(6): 453-55.
6. Pinto Júnior VC, Rodrigues, LC, Muniz CR. Reflexões sobre a formulação de política de atenção cardiovascular pediátrica no Brasil. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2009; 24(1): 73-80.
7. Chagas ACP et al. Saúde Cardiovascular do Homem Brasileiro - Visão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(6) : 584-587.
8. Rios ERG et al. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(2):501-9.
9. Pitanga FJG. Epidemiologia, atividade física e saúde. *Rev Bras Ciên e Mov* 2002; 10(3):49-54.
10. Guitti JCS. Aspectos Epidemiológicos das Cardiopatias Congênitas em Londrina, Paraná. *Arq Bras Cardiol* 2000; 74 (5):395-399.
11. Mendes EV, Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2010; 15(5):2297-2305.