



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo

NOTA TÉCNICA Nº 15/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se da Nota Técnica para subsidiar proposta que institui incentivo financeiro federal de custeio a municípios com porte populacional acima de 200 mil habitantes para apoio à implementação de ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) na Atenção Primária à Saúde (APS).

2. **ANÁLISE**

2.1. A Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo (CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS), por meio desta Nota Técnica, presta esclarecimentos acerca dos critérios de elegibilidade da minuta de portaria que institui incentivo financeiro aos municípios com porte populacional acima de 200 mil habitantes para apoio à implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular - ECV, no âmbito da Atenção Primária à Saúde - APS.

2.2. A Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 3.008, de 4 de novembro de 2021, e objetiva promover e qualificar a atenção às pessoas com doenças cardiovasculares e seus fatores de risco na Atenção Primária à Saúde (APS), prevendo a instituição de incentivo financeiro aos municípios e ao Distrito Federal, a qualquer tempo, com vistas ao apoio da implementação das suas ações.

2.3. O repasse financeiro observará as regras e eixos de ações previstos na Estratégia de Saúde Cardiovascular e tem como objetivos:

I - promover o fortalecimento de ações para prevenção e controle das Doenças Cardiovasculares - DCV no âmbito da APS, com ênfase às condições de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes Mellitus - DM; e

II - fomentar a implementação da ECV para qualificar a atenção integral às pessoas com condições consideradas fatores de risco para as DCV na APS e promover o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, o aumento da adesão ao tratamento e a redução nas taxas de complicações, internações e morbimortalidade por DCV.

2.4. A instituição do incentivo financeiro para a operacionalização de ações voltadas para a prevenção e controle das doenças cardiovasculares (DCV) se justifica diante da magnitude dessas condições no cenário epidemiológico, uma vez que são consideradas a primeira causa de morte no país, com taxa de óbitos por DCV de 183,69 (IC: 166,98; 192,82) por 100 mil habitantes [1]. Neste cenário, cabe apontar que, em 2019, 83% das mortes por doença cardiovascular no Brasil foram atribuídas a fatores de risco, sendo a hipertensão arterial sistêmica um dos mais fortemente associados, além da alimentação, hiperglicemia e alto índice de massa corporal [2-6]. Cabe destacar que, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS de 2019, a hipertensão é referida por 23,9% (IC: 23,4%; 24,4%) dos indivíduos adultos de 18 anos ou mais no Brasil, o que corresponde a 38,1 milhões de pessoas. Outro importante fator de risco para as DCV, o diabetes mellitus, é referido por 7,7% dos indivíduos (12,3 milhões de pessoas) [7]. O cenário das doenças crônicas ainda se agravou significativamente no contexto da pandemia da covid-19, pois as comorbidades preexistentes e os fatores de risco cardiovasculares aumentaram a vulnerabilidade e a gravidade das doenças de base e do quadro respiratório causado pelo

coronavírus, além de ter ocorrido significativa redução no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas [8].

2.5. Para o enfrentamento a este cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume importância significativa na redução da carga de morbimortalidade por doença cardiovascular, como apontado em estudo com 1.622 municípios que observou menores taxas de mortalidade por DCV em municípios com cobertura de Estratégia de Saúde da Família acima de 70% [9].

2.6. No entanto, apesar de reconhecer a importância da APS para o controle das doenças crônicas e demais condições consideradas fatores de risco para DCV, ainda são muitos os desafios para o cuidado a esses indivíduos nesse nível de atenção. Dados da PNS 2019, por exemplo, demonstraram que 6,2% das pessoas com 18 anos ou mais com diagnóstico autorreferido de diabetes nunca haviam realizado exame de sangue para medir a glicemia, sendo este percentual ainda maior na área rural (12,9%) [7]. Estudo avaliando dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com um total de 29.778 equipes de saúde e 114.615 usuários, identificou que cerca de um terço das equipes das unidades básicas de saúde apresentava organização adequada; porém, menos de um quinto dos usuários referiu ter recebido uma atenção adequada [10].

2.7. Diante desse cenário, e considerando a potência da APS para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e cuidado às pessoas com condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares, identificou-se a necessidade de fomentar as ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na APS no país com a seleção de unidades de saúde para atuarem como centros multiplicadores das ações estratégicas delineadas na ECV, por meio do repasse de incentivo de custeio aos municípios e ao Distrito Federal.

2.8. Para a seleção dos municípios elegíveis para o incentivo de que trata esta Portaria, inicialmente realizou-se levantamento do panorama situacional da atenção às pessoas com condições consideradas fatores de risco para doença cardiovascular no país, incluindo a avaliação de parâmetros como prevalência de hipertensão, diabetes e excesso de peso na APS, índice de vulnerabilidade social, taxas de internação e mortalidade por doença hipertensiva, diabetes e doença cardiovascular no país. A partir desta avaliação, identificou-se que os municípios categorizados como prioritários possuíam, em grande parte, população menor ou igual a 200 mil habitantes, o que excluía a elegibilidade de municípios que apresentam alta densidade populacional e agregam complexas necessidades em saúde que também devem ser contempladas nas ações de promoção da saúde, prevenção e controle dos fatores de risco para DCV. Assim, com o objetivo de incluir esses municípios de maior porte, optou-se pela publicação de duas portarias, uma destinada à adesão de municípios com população menor ou igual a 200 mil habitantes e outra à adesão de municípios com porte populacional acima de 200 mil habitantes e ao Distrito Federal.

Elegibilidade dos municípios

2.9. Foram estabelecidos os seguintes critérios de elegibilidade dos municípios:

- I - municípios com população acima de 200 mil habitantes;
- II - possuir ao menos uma Unidade Básica de Saúde cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), para atuar como centro multiplicador para as ações da ECV; e
- III - possuir ao menos uma equipe de saúde da Família (eSF) completa, homologada, informatizada com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) homologado e válida para o componente de desempenho, que tenha registrado suas produções no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) na competência de dezembro de 2021.

2.10. Para fazer jus ao incentivo de que trata esta portaria o município deverá indicar a UBS que atuará como centro multiplicador para as ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular, a qual deverá ter ao menos uma eSF com os critérios especificados no inciso III da seção 2.9.

- 2.11. Para identificação dos municípios elegíveis para recebimento do incentivo financeiro federal de custeio foram considerados os dados da estimativa populacional de 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível no Departamento de Informática do SUS (Datasis).
- 2.12. Para a estimativa do impacto orçamentário, utilizou-se no cálculo, uma unidade por município, que deverá ser designada pela gestão municipal para atuar como centro multiplicador da Estratégia de Saúde Cardiovascular em sua área de abrangência.
- 2.13. A distribuição dos municípios por Unidade Federativa (UF) pode ser observada na Figura 01.

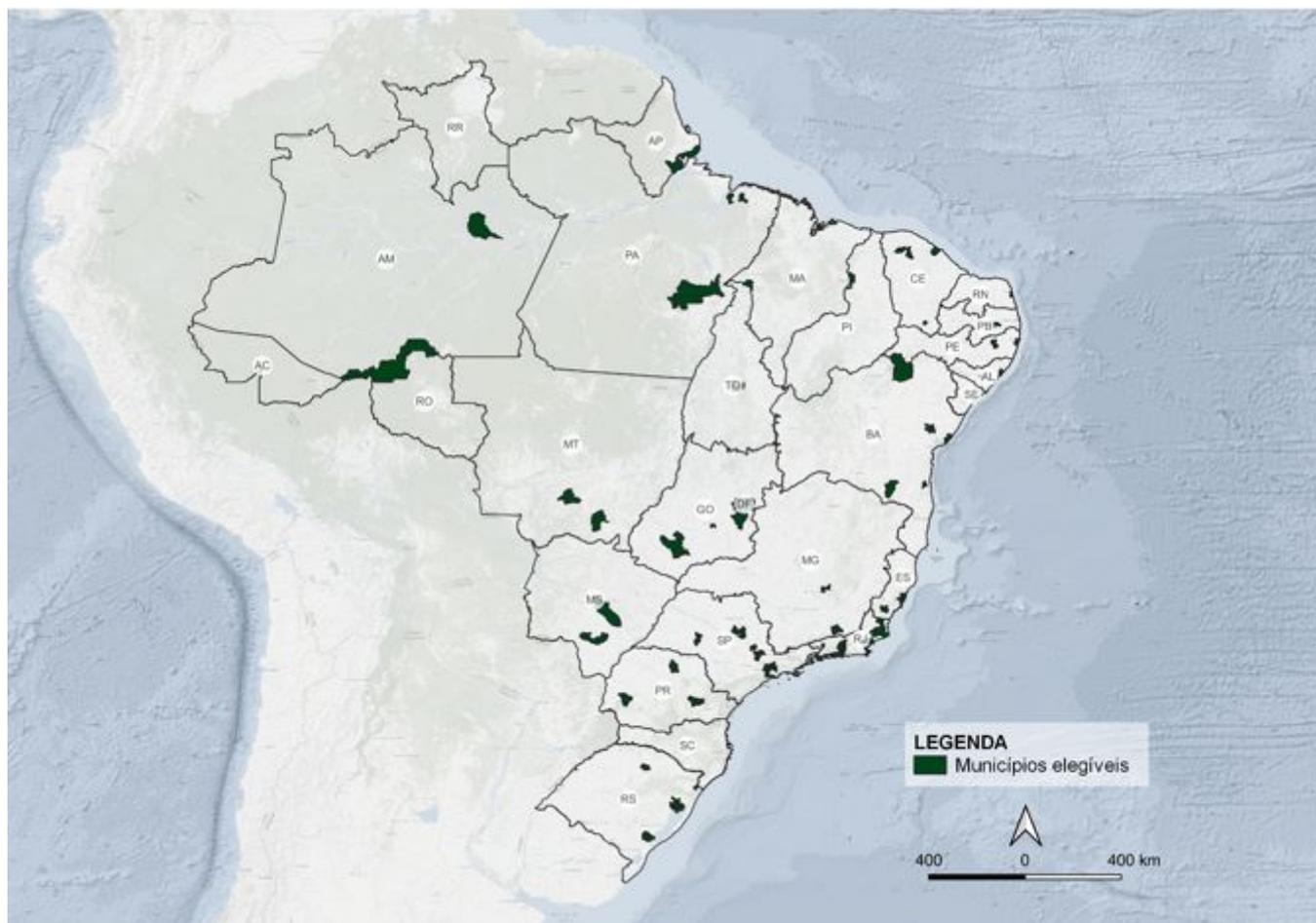


Figura 1. Distribuição dos municípios de acordo com a prioridade do índice.

Implementação das ações

2.14. Recomenda-se que as ações apoiadas pelo incentivo financeiro de que trata esta portaria sejam operacionalizadas com o apoio do instrutivo da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde direcionado a profissionais e gestores [11], de referenciais técnicos ofertados pelo Ministério da Saúde em aps.saude.gov.br e ferramentas e materiais disponibilizados pela Iniciativa HEARTS (OPAS/OMS), à qual o Brasil aderiu em 2021. A Iniciativa HEARTS tem como pilares a qualificação da abordagem clínica na APS, a produção de materiais técnicos de apoio, a organização dos processos de trabalho em equipe e a padronização dos métodos de monitoramento, e entre as ações a serem fomentadas neste contexto estão aquelas voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, a disponibilização de algoritmos de tratamento e o fomento à avaliação do risco cardiovascular (RCV) na APS [12,13].

Incentivo financeiro

2.15. Diante do exposto, o repasse financeiro de custeio de que trata esta Portaria enquadra-se no Art. 363-E do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que

define que poderá ser instituído, a qualquer tempo, incentivo financeiro aos municípios e ao Distrito Federal, com vistas a apoiar a implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular na APS.

2.16. Para o estudo do impacto orçamentário, estimou-se o valor de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais) por unidade ao mês, multiplicados por 12 meses, o que perfaz o valor de R\$ 42.000,00 (quarenta e dois mil reais) por município e um orçamento total de R\$ 3.444.000,00 (três milhões, quatrocentos e quarenta e quatro mil reais).

2.17. O incentivo financeiro de custeio de que trata esta portaria será destinado para apoiar a gestão local na implantação da ECV por meio da qualificação, reorganização e adequação dos serviços de APS e promover o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, a adesão ao tratamento e a redução de complicações, internações e mortalidade por DCV.

2.18. O processo de adesão e habilitação estará disponível no sistema e-gestor e visa abranger 82 municípios que possuem porte populacional acima de 200 mil habitantes no país e o Distrito Federal. Os municípios devem possuir ao menos uma Unidade Básica de Saúde (UBS) cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) elegível para atuar como centro multiplicador das ações da ECV; e possuir ao menos uma equipe de saúde da Família (eSF) completa, homologada, informatizada com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) homologado e válida para o componente de desempenho, que tenha registrado suas produções no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) na competência de dezembro de 2021. Mediante quantitativo de municípios aderidos, o valor por município poderá ser ajustado e especificado na portaria de habilitação.

2.19. O recurso de custeio será repassado aos municípios na modalidade fundo a fundo (FAF) para apoio à implementação ECV na APS, após publicação de portaria específica de homologação da adesão à estratégia, que se dará por meio do portal <https://egestorab.saude.gov.br/>.

Monitoramento

2.20. A prestação de contas sobre a aplicação dos recursos previstos nesta Portaria será realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) do ente federativo beneficiado, sem prejuízo da adoção de outros mecanismos de monitoramento definidos nesta Portaria.

2.21. A implementação das ações de que trata esta Portaria será monitorada por UBS aderida e habilitada, conforme Termo de Adesão assinado pelo município, e por meio do índice composto pelos seguintes indicadores:

I - proporção de pessoas com risco cardiovascular avaliado;

II - proporção de pessoas com diabetes que tiveram ao menos uma consulta e uma avaliação de exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses na APS; e

III - proporção de pessoas com hipertensão e diabetes que tiveram o exame de LDL avaliado nos últimos 12 meses na APS.

2.22. Para fins de monitoramento do uso do recurso, a meta será o aumento de 10% em pelo menos dois dos indicadores citados nos incisos I, II e III, em relação aos resultados apresentados no último quadrimestre de 2021.

2.23. O monitoramento observará os dados registrados no Sisab pelos entes beneficiados no período de 1 (um) ano após a transferência do incentivo financeiro federal, tempo necessário para que o registro do cuidado tenha sido realizado para cada indivíduo cadastrado com indicação da avaliação proposta nos indicadores I, II e III, citados no item 2.20.

2.24. O não cumprimento da meta pactuada implicará na devolução dos recursos financeiros recebidos pelos municípios em razão desta Portaria, após o último quadrimestre de avaliação.

3. CONCLUSÃO

3.1. Diante das informações apresentadas, justifica-se a instituição do incentivo financeiro para apoio à implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde em municípios com porte populacional acima de 200 mil habitantes, de modo a ampliar o alcance das ações

voltadas à qualificação da atenção às pessoas com condições consideradas fatores de risco para as doenças cardiovasculares em municípios de maior porte, especialmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

4. REFERÊNCIAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME. Global Burden of Disease. GBD Compare. [Internet]. 2019 [citado 21 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. Brant LCC, Nascimento BR, Veloso GA, Gomes ZS, Polanczyk CA, Oliveira GMM, et al. Burden of Cardiovascular diseases attributable to risk factors in Brazil: data from the "Global Burden of Disease 2019" study. Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine. 2022; 55 suppl 1 e0263-2021.
3. World Health Organization – WHO. Noncommunicable diseases [Internet]. 2021 [citado 21 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. junho de 2020;75 (6):1334-57.
5. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. The Lancet. setembro de 2021;398 (10304):957-80.
6. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 7 de setembro de 2021;42 (34):3227-337.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado 29 de setembro de 2021]. 113 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
8. Azevedo RB, Botelho BG, Hollanda JVG de, Ferreira LVL, Junqueira de Andrade LZ, Oei SSML, et al. Covid-19 and the cardiovascular system: a comprehensive review. J Hum Hypertens. janeiro de 2021;35 (1):4-11.
9. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ. 3 de julho de 2014;349(jul03 5):g4014–g4014.
10. Neves RG, Duro SMS, Nunes BP, Facchini LA, Tomasi E. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(3):e2020419.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_cardiovascular_instrutivo_profissionais.pdf.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. HEARTS nas Américas. Calculadora de risco cardiovascular. [Internet]. HEARTS nas Américas. 2021 [citado 4 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/heart-nas-america/calculadora-risco-cardiovascular>
13. World Health Organization. HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk based CVD management. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citado 30 de março de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333221/9789240001367-eng.pdf>

Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Lisboa Izetti Ribeiro, Coordenador(a)-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo**, em 25/04/2022, às 19:03, conforme



horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Rezende Melo da Silva, Diretor(a) do Departamento de Promoção da Saúde**, em 25/04/2022, às 19:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025974595** e o código CRC **236A2797**.

Referência: Processo nº 25000.040164/2022-14

SEI nº 0025974595

Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo - CGCTAB
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br