



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 14/2022-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 menor ou igual a 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 menor ou igual a 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, faz-se necessário fomentar a implementação da ECV no país, sendo proposta a seleção de unidades de saúde para atuarem como centros multiplicadores das ações estratégicas, por meio do repasse de incentivo de custeio aos municípios selecionados.

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, os municípios foram classificados por meio de um índice de categorização, sendo a pontuação mais alta atribuída àqueles municípios com o cenário mais crítico. Ao longo da análise, identificou-se que os municípios categorizados como prioritários possuíam, em grande parte, população menor ou igual a 200 mil habitantes. Assim, com o objetivo de garantir o fomento a municípios maiores e menores, 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. Para a seleção dos municípios elegíveis ao recebimento do incentivo financeiro de que dispõe esta Portaria, foram observados os seguintes critérios:

I - Possuir população menor ou igual a 200 mil habitantes, conforme registrado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando a estimativa populacional de 2020;

II - Possuir ao menos uma Unidade Básica de Saúde cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), apta para atuar como centro multiplicador das 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, as quais que tenham 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. Os municípios foram classificados a partir de um índice composto pelos seguintes indicadores:

I - Proporção de pessoas com idade maior ou igual a 20 anos com Hipertensão na APS, com dados do Sisab, de dezembro de 2021, extraídos em 7 de março de 2022;

II - Proporção de pessoas com idade maior ou igual a 20 anos com Diabetes Mellitus na APS, com dados do Sisab, de dezembro de 2021, extraídos em 7 de março de 2022;

III - Proporção de pessoas com idade maior ou igual a 20 anos com excesso de peso na APS, os dados são do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), extraídos no dia 23 de fevereiro de 2022;

IV - Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e provenientes dos censos e pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

V - Cobertura da Atenção Primária à Saúde financiada pelo Ministério da Saúde até dezembro de 2021;

VI - Taxa de internação por diabetes, hipertensão e doença cardiovascular entre pessoas com idade maior ou igual a 20 anos por 10 (dez) mil habitantes, com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH SUS, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e extraídos no dia 17 de fevereiro de 2022.

VII - Taxa de mortalidade por doenças hipertensivas, diabetes e doença cardiovascular, considerando causas múltiplas entre pessoas com idade maior ou igual a 20 anos por 10 (dez) mil habitantes. Destaca-se que as doenças cardiovasculares foram contabilizadas ao terem sido citadas diretamente na declaração de óbito como causa principal e também citadas como causas associadas ou comorbidades.

2.12. Considerou-se para o cálculo da taxa de internação e óbito por doenças hipertensivas, diabetes e doença cardiovascular a descrição e códigos das condições conforme quadro a seguir.

Quadro 1. Descrição e códigos das condições utilizadas para análise de internações e óbitos.

DESCRIÇÃO CID-10	CÓDIGO CID-10
Diabetes mellitus	E10-E11 e E14
Doenças reumáticas do coração	I05-I09
Doenças hipertensivas (Incluso hipertensão)	I10-I15
Doenças isquêmicas do coração	I20-I25
Embolia pulmonar	I26
Insuficiência cardíaca	I50
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Aneurisma de aorta	I71
Insuficiência renal crônica	N18

2.13. Para classificação e diagnóstico das diferenças entre os municípios, os pesos dos indicadores foram atribuídos por categorias, onde os municípios com o cenário mais crítico para avaliação receberam a pontuação mais alta do indicador. Diante disso, foi calculado o quartil de cada critério e seu peso correspondente, conforme descrição no quadro abaixo:

Quadro 2. Descrição das variáveis e pesos utilizados de acordo com as faixas de valores.

INDICADORES E CATEGORIAS	PESO
Percentual de pessoas ≥20 anos com hipertensão na APS	
<26,0%	0,8
26,0% a 35,0%	1,5

>35,0%	3
Percentual de pessoas ≥20 anos com diabetes na APS	
<8,2%	0,8
8,2% a 12,6%	1,5
>12,6%	3
Percentual de pessoas ≥20 anos com excesso de peso na APS	
<60,9%	0,6
60,9% a 70,7%	1,3
>70,7%	2,5
Índice de Vulnerabilidade Social - IVS	
Muito baixa	0,4
Baixa	0,8
Média	1,2
Alta	1,6
Muito alta	2
Cobertura APS	
<84,0%	1,5
≥84,0%	0,8
Taxa de internação entre ≥20 anos (x10 mil)	
<40	0,3
40 a 86	0,5
>86	1
Taxa de mortalidade entre ≥20 anos (x10 mil)	
<30	0,3
30 a 47	0,5
>47	1

2.14. No valor final do índice, realizado por meio do somatório dos pesos alcançados nos critérios considerados, os quartis foram avaliados para categorização do perfil do município obtendo-se:

- Perfil alto: > 9,3
- Perfil médio: ≥ 6,8 a ≤ 9,3
- Perfil baixo: < 6,8

2.15. Com aplicação dos pesos de cada indicador e avaliação dos quartis dos pesos, os municípios foram classificados em três categorias (perfil baixo, médio e alto).

2.16. Mediante a disponibilidade orçamentária, foram selecionados 80 (oitenta) municípios por região do país para elegibilidade à adesão conforme a classificação do índice de perfil municipal, resultando em um total de 400 (quatrocentos) municípios, listados no Anexo da portaria.

2.17. O período de análise considerado para definição da elegibilidade dos municípios foi a competência de dezembro de 2021.

2.18. A distribuição do número de municípios em cada categoria pode ser visualizada no Quadro 3.

Quadro 3. Número (Nº) e percentual de municípios por categoria do índice de prioridade

PERFIL	Nº MUNICÍPIOS	%
Alto	1.349	24,22%
Médio	2.933	52,66%
Baixo	1.288	23,12%

2.19. A distribuição dos municípios por Unidade Federativa (UF), região e a visualização no mapa podem ser observados no Quadro 4 e na Figura 01, respectivamente.

Quadro 4. Número de municípios total e por categorias de prioridade do índice, por Unidade Federativa e região.

REGIÃO/UF	INTERMEDIÁRIO	ALTO	TOTAL
Centro-Oeste	58	22	80
Goiás	34	13	47
Mato Grosso	10	5	15
Mato Grosso do Sul	14	4	18
Nordeste	0	80	80
Alagoas	0	16	16
Bahia	0	7	7
Ceará	0	8	8
Paraíba	0	18	18
Pernambuco	0	16	16
Piauí	0	5	5
Rio Grande do Norte	0	9	9
Sergipe	0	1	1
Norte	78	2	80
Tocantins	52	1	53
Pará	11	0	11
Amazonas	11	0	11
Roraima	0	1	1
Rondônia	3	0	3
Acre	1	0	1
Sudeste	0	80	80
Minas Gerais	0	35	35
São Paulo	0	34	34
Rio de Janeiro	0	9	9
Espírito Santo	0	2	2
Sul	1	79	80
Rio Grande do Sul	0	60	60
Paraná	1	14	15
Santa Catarina	0	5	5
BRASIL	137	263	400

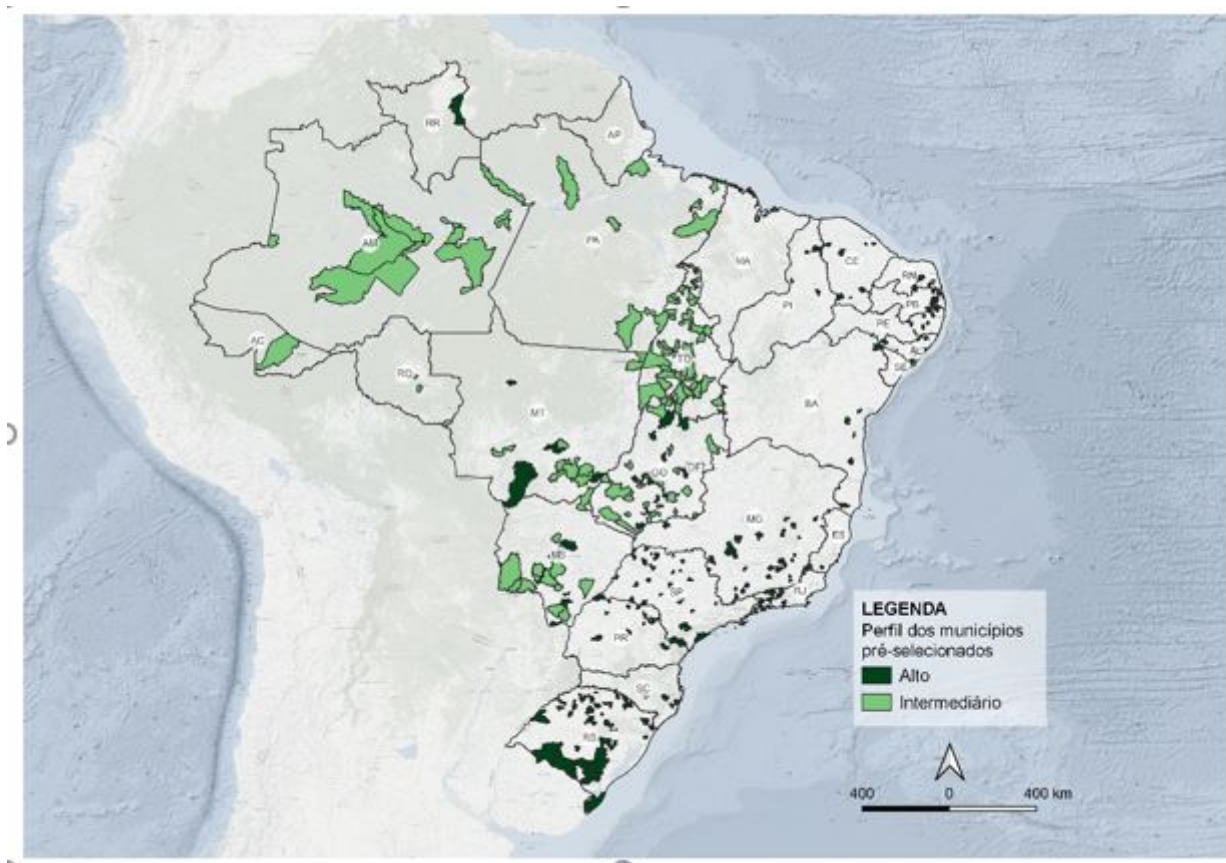


Figura 1. Distribuição dos municípios de acordo com a prioridade do índice.

Implementação das ações

2.20. 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] e outros referenciais técnicos ofertados pelo Ministério da Saúde em aps.saude.gov.br.

Incentivo Financeiro

2.21. 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. Caracteriza-se como proposta para ampliar o apoio à implementação de ações de promoção da saúde, prevenção e controle das condições consideradas fatores de risco para DCV em municípios prioritários conforme critérios de elegibilidade apresentados nos itens 2.9 a 2.16.

2.22. 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, perfazendo o valor de R\$ 42.000,00 (quarenta e dois mil reais) por município e um orçamento total de R\$ 16.800.000,00 (dezesesseis milhões e oitocentos mil reais).

2.23. 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.

2.24. O processo de adesão e habilitação estará disponível no sistema e-Gestor e visa abranger os 400 municípios selecionados conforme os critérios definidos na seção 2.16 e listados no Anexo da Portaria. 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.

2.25. O recurso de custeio será repassado aos municípios na modalidade fundo a fundo (FAF) para apoio à implementação da 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

2.26. 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.

2.27. A implementação das ações de que trata esta Portaria será monitorada por UBS aderida e habilitada, conforme Termo de Adesão assinado pelo município, 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, com consulta e pressão arterial aferida no semestre (Indicador 6 do Previne).

2.28. 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 pelas equipes da UBS no último quadrimestre de 2021.

2.29. 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 2.26.

2.30. 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 direcionado a municípios com porte populacional menor ou igual a 200 mil habitantes considerados prioritários, 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, 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_cardiovascular_instrutivo_profissionais.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 **0025972664** e o código CRC **D533E6F7**.