

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO-SES/SP
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS-CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA-CVE
DIVISÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS-
DVDCNT**

**PROJETO PLANO DE AÇÕES MUNICIPAIS DE PREVENÇÃO E
ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Período de 01 de outubro a 30 de setembro de 2021

Governador do Estado

João Doria Junior

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Jean Carlo Gorinchteyn

Coordenador da CCD

Regiane A. Cardoso de Paula

Diretor Técnico do CVE

Tatiana Lang D'Agostini

Diretor Técnico da DVDCNT

Marco Antonio de Moraes

Responsáveis técnicos pelo projeto

Marco Antonio de Moraes e Adriana Bouças Ribeiro

SUMÁRIO

1. Introdução	4
1.1. Marcos Legais para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis ..	8
2. Objetivo geral	9
3. Ações	9
4. Meta.....	10
5. Métodos.....	10
5.1. Período de trabalho	10
5.2. Seleção de municípios	10
6. Cronograma de atividades.....	11
7. Referências.....	13

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) consideradas na atualidade como uma pandemia constituem sério problema de saúde pública, na qual a carga de agravos é mais observada e acentuada nos países de baixa e média renda, mas também presente nos países mais ricos.

Esse grupo de doenças incluem as do aparelho circulatório (cerebrovasculares e isquêmicas), cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*. Deterioração visual e cegueira, deterioração auditiva e surdez, doenças orais e desordens genéticas, mentais e neurológicas são outras condições crônicas que respondem por uma porção significativa da carga global de doenças.

Estimativas recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as condições crônicas são responsáveis por 63% de todos os óbitos no mundo, ou seja, das 57 milhões de mortes globais, 36 milhões são atribuíveis às doenças crônicas. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, estima-se que 80% da carga de doença dos países de baixa e média renda devem advir de problemas crônicos.

Taxas elevadas de mortalidade específica por DCNT estão associadas à elevada frequência de fatores de risco, como: tabagismo, sedentarismo, estresse, hábitos alimentares inadequados, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia e diabetes *mellitus*. Além disso, a variação na taxa de mortalidade específica pode estar associada à qualidade da assistência médica disponível.

As DCNT e os acidentes e violências, ou também conhecidos como causas externas, correspondem a cerca de dois terços dos agravos no Brasil. Esse conjunto de doenças e agravos é denominado como Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), e apresentam prevalências crescentes nos últimos anos e em vários países.

Tendo em vista a elevada carga de doenças no Brasil e no Estado de São Paulo, há necessidade de contínuos investimentos de políticas públicas de saúde para prevenção e controle das DANTS.

Justifica-se o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, uma vez que ações de prevenção e controle do tabagismo, juntamente com a atuação da atenção primária à saúde (APS), impactaram para a diminuição das taxas de mortalidade por DCNT.

Entretanto, a epidemia de sobrepeso e obesidade ainda representam um desafio para a saúde pública no mundo como um todo com impactos na prevalência da hipertensão e diabetes *mellitus*, e, conseqüentemente, ameaça a diminuição das DCNT. Logo, enfatiza-se a necessidade de maiores investimentos em ações de prevenção, como a alimentação saudável e atividade física.

Em 2019, o Estado de São Paulo registrou 308.210 óbitos, dos quais 177.102 (57,46%) foram decorrentes pelos grupos de DCNT: câncer, diabetes *mellitus*, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas. A maioria desses óbitos ocorreu em maiores de 60 anos, em especial por doenças respiratórias crônicas foram registrados em pessoas idosas (84,75%) (Quadro 1).

Quadro 1. Óbitos por grupos de DCNT, segundo faixa etária. Estado de São Paulo, 2019.

Faixa etária	Câncer (C00-C97)*		Diabetes (E10-E14)*		Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)*		Doenças Respiratórias (J30-J98)*		Total	
	n	%	n	%	n	%	n.	%	n	%
0 a 14	398	0,68	5	0,04	190	0,21	173	1,01	766	0,43
15 a 19	177	0,30	18	0,16	127	0,14	47	0,27	369	0,21
20 a 39	2.230	3,79	244	2,14	2.279	2,54	456	2,65	5.209	2,94
40 a 59	13.625	23,18	1.717	15,06	15.516	17,30	1.946	11,32	32.804	18,53
60 a 79	30.170	51,33	5.737	50,33	40.847	45,55	7.770	45,21	84.524	47,75
80 e mais	12.171	20,71	3.678	32,27	30.713	34,25	6.795	39,54	53.357	30,14
Total	58.771	100,00	11.399	100,00	89.672	100,00	17.187	100,00	177.029	100,00

Fonte: SESSP-CCD/FSEADE - Base Unificada de Óbitos

* Classificação Internacional de Doenças - CID 10

Observou-se predomínio dos óbitos por DCNT entre os homens para todos os grupos, com exceção de diabetes *mellitus* (Quadro 2).

Quadro 2. Óbitos por grupos de DCNT, segundo sexo. Estado de São Paulo, 2019.

Doenças	Masculino		Feminino		Total*
	n	%	n	%	n
Câncer (C00-C97)*	3.0871	52,53	27.899	47,47	5.8770
Diabetes (E10-E14)*	5.344	46,89	6.054	53,11	11.398
Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)*	47.302	52,72	42.425	47,28	89.727
Doenças Respiratórias (J30-J98)*	9.200	53,50	7.995	46,50	17.195
Total	92.717	52,36	84.373	47,64	177.090

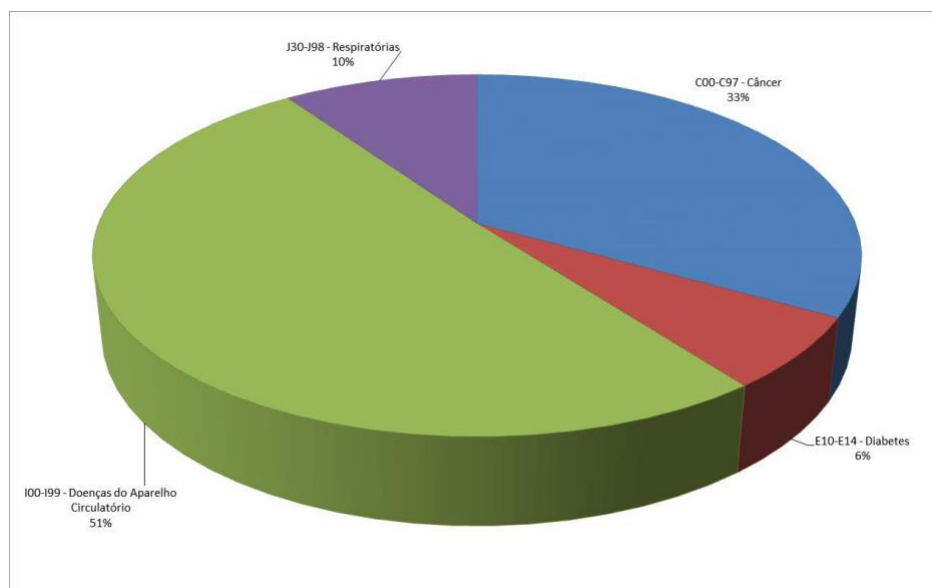
Fonte: SESSP-CCD/FSEADE - Base Unificada de Óbitos

*12 casos com sexo ignorado

* Classificação Internacional de Doenças - CID 10

Em 2019, as doenças do aparelho circulatório destacaram-se com 51,00% do total de óbitos pelos grupos de DCNT (Gráfico 1).

Gráfico 1. Mortalidade proporcional pelos grupos de DCNT. Estado de São Paulo, 2019.



Fonte: SESSP-CCD/FSEADE - Base Unificada de Óbitos

Do total de internações na rede prestadora do SUS, em 2019, 21,09% foram decorrentes às DCNT, isso corresponde a 33,76% dos valores pagos e 39,96% dos óbitos. Em relação aos grupos de DCNT, em 2019, 50,39% das internações ocorreram por doenças do aparelho circulatório e isso representa 57,40% dos valores pagos pelo atendimento aos referidos grupos. O maior percentual de letalidade hospitalar foi observado para o câncer (10,89%), seguida das doenças respiratórias crônicas e das doenças do aparelho circulatório (8,62%) (Quadro 3).

Quadro 3. Internações, valores e letalidade por grupos de DCNT na rede prestadora do SUS. Estado de São Paulo, 2019.

Doenças	Internações		Valor (R\$)		Óbitos	
	n	%	n	%	n	%
Câncer (C00-C97)*	165.106	30,03	371.127.646,03	30,82	17.988	10,89
Diabetes (E10-E14)*	22.174	4,03	23.230.704,60	1,93	991	4,47
Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)*	277.005	50,39	691.292.510,14	57,40	23.866	8,62
Doenças Respiratórias (J30-J98)*	85.470	15,55	118.720.042,56	9,86	8.230	9,63
Total	549.755	100,00	1.204.370.903,33	100,00	51.075	9,29

Fonte: SESSP/SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

* Classificação Internacional de Doenças – CID 10

O Quadro 4 aponta a estimativa de milhões de portadores de DCNT no Estado de São Paulo e, portanto, justifica-se a priorização das ações de prevenção e controle das mesmas pela rede de atenção à saúde.

Quadro 4. Estimativa de portadores de DCNT. Estado de São Paulo, 2019-2020.

Doença	Estimativa de portadores da doença
Obesidade	7.181.565
Diabetes mellitus	3.471.598
Hipertensão arterial	8.888.416
Doença pulmonar obstrutiva crônica	1.644.539
Câncer	143.332

Fontes: Vigitel SP 2014; Portaria SAS/MS no 609, de 06 de junho de 2013, retificada em 14 de junho de 2013; Inca, 2020

Nesse contexto, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) criou em 2013, o Projeto Saúde em Ação da Unidade de Coordenação de Projeto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo UCP/SP, com o intuito de colocar em prática uma nova maneira de fortalecer as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). Foi proposto um modelo que visa ampliar o acesso e a integralidade dos serviços, assim como a organização de redes regionais para que o cidadão possa encontrar tudo o que necessita em seu território. Baseado em indicadores de saúde, econômicos e sociais, o estudo do Projeto Saúde em Ação, mostrou um novo retrato da propagação das doenças nas regiões do Vale do Ribeira, Vale do Juruimir, Litoral Norte, Região de Itapeva e Região Metropolitana de Campinas.

A partir desses critérios, foram sugeridas cinco Linhas de Cuidados a serem priorizadas em cada território: Hipertensão e Diabetes, Primeira Infância, Gestantes, Idoso e Saúde Mental. De cinco regiões, 102 municípios participaram com o desenvolvimento de 66 linhas de cuidado em DCNT.

Em virtude da pandemia pelo novo coronavírus 2019, a OMS avaliou o impacto da pandemia do COVID-19 nos sistemas de serviços essenciais de saúde em cinco regiões: Região Africana, Região do Sudeste Asiático, Região Europeia, Região do Mediterrâneo Oriental e Região do Pacífico Ocidental. O relatório de 105 países que responderam o questionário (taxa de resposta de 66%) apontou que a maioria dos países (90%) sofreram interrupções em seus serviços de saúde, em especial os países de baixa e média renda. Além disso, foi verificado que tanto o diagnóstico quanto o tratamento de DCNT foram interrompidos em 69% dos países, com 5% relatando interrupções completas. O diagnóstico e o tratamento do câncer foram afetados em 55% dos países. O tratamento para distúrbios de saúde mental também foi interrompido em mais da metade dos países (61%), com 3% dos países relatando interrupções completas.

Todos os serviços foram relatados como interrompidos em 48% dos países, enquanto que 24% dos países relataram nenhuma interrupção nesses serviços. Isso reforça a necessidade de adaptações estratégicas para garantir a manutenção dos serviços essenciais de saúde. O impacto pode ser sentido além da pandemia imediata, pois, ao tentar recuperar os serviços prestados, os países podem descobrir que os recursos estão sobrecarregados. Embora estimar os efeitos das interrupções nos serviços com base nesta pesquisa seja limitado, é razoável antecipar que mesmo uma interrupção modesta nos serviços essenciais de saúde poderia levar a um aumento na morbidade e mortalidade por outras causas além do COVID-19 no curto, médio e longo prazo. É necessário um maior entendimento do impacto potencial das rupturas sobre a morbidade e mortalidade para pesar os benefícios e riscos de buscar diferentes estratégias de mitigação.

Diante deste contexto, o principal instrumento de gestão estadual, o Plano Plurianual (2020-2023) elegeu as DCNT como prioridade e estabeleceu o Programa 0932 – Vigilância em Saúde, que tem como objetivo proteger a população de doenças, agravos e riscos existentes ou potenciais no âmbito da Saúde Coletiva, com um dos indicadores de resultado: a mortalidade prematura por DCNT, sendo doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (por 100.000 habitantes).

Um dos produtos do referido Programa é a morbi-mortalidade por DCNT (finalístico), com o indicador: proporção de Municípios com plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, com meta estabelecida em 50% dos Municípios até o final de 2013. A DVDCNT/CVE/CCD foi designada como gestora do projeto.

1.1. Marcos Legais para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

- PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013 - Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- PORTARIA Nº 425, DE 19 DE MARÇO DE 2013 (*) - Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. (*) Republicada no DOU nº 71, de 15.04.2013, Seção 1, pág. 59, por ter saído com incorreção no original.

- PORTARIA Nº 571, DE 5 DE ABRIL DE 2013 - Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
- PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013 - Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014 - Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
- PORTARIA Nº 62, DE 6 DE JANEIRO DE 2017 Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
- PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 15 DE MARÇO DE 2018 - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellito Tipo 1.
- PORTARIA SAES/MS Nº 1399, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2019 - Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- Governo do estado de São Paulo. Secretaria da Fazenda e Planejamento. Plano Plurianual 2020-2023. <http://www.ppa.sp.gov.br/ppa2023/ProjetoLei>
- PORTARIA Nº 2.994, DE 29 DE OUTUBRO DE 2020 - Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus

2. OBJETIVO GERAL

- Estimular e supervisionar a elaboração de planos municipais de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT.

3. AÇÕES

- Envolver interlocutores regionais na aplicação da matriz lógica do plano de ações estratégicas de enfrentamento de DCNT;
- Apoiar e acompanhar a elaboração dos planos municipais de enfrentamento das DCNT;

- Cadastrar os planos no Observatório de Promoção da Saúde da DVDCNT;
- Avaliar os planos municipais elaborados;
- Elaborar relatório ao final do período com o consolidado dos planos municipais elaborados.

4. META

- 12% dos municípios de Estado de São Paulo (77) com planos de ação para o enfrentamento de DCNT, até o final de setembro de 2021.

5. MÉTODOS

5.1. Período de trabalho

01 de outubro de 2020 a 30 de setembro de 2021.

5.2. Seleção de municípios

O projeto visa a elaboração de planos municipais de intervenções estratégicas e realistas na prevenção e controle de DCNT, em 12% dos Municípios do estado, para atender a meta do PPA para o ano de 2021.

A busca de informações para cada um dos municípios, órgãos, setores e/ou entidades obedeceu a duas alternativas complementares: (1) levantamento e análise dos dados secundários disponíveis nos bancos de dados, relatórios e outros documentos existentes nas correspondentes páginas de Internet dos mesmos e (2) obtenção de informações específicas sobre Doenças Crônicas e estratégias para o seu enfrentamento e controle junto a diferentes órgãos com OMS, OPAS, MS, SES mediante evidências científicas.

Em 2020, foi realizado um Projeto Piloto para buscar informações dos municípios beneficiados pelo Projeto Saúde em Ação e as devidas linhas de cuidado elaboradas por estes; entrou-se em contato com a coordenação do projeto que disponibilizou a lista dos municípios e o tema da linha de cuidado elaborada por estes.

Dos 102 municípios, 66 elaboraram linhas de cuidado em DCNT, restando 36 potenciais para a participação neste projeto.

Desta forma, os municípios, para o Piloto em 2020 serão selecionados de acordo com seguintes critérios de elegibilidade:

- Municípios abrangidos pelo Projeto Saúde em Ação que não elaboraram o projeto na linha de DCNT;
- Municípios de Regionais abrangidas pelo Projeto Saúde em Ação que não participam do referido Projeto;

- Municípios de regionais que historicamente tem um trabalho com DCNT

Os municípios selecionados serão orientados a indicar um técnico que será responsável pela elaboração do plano, ficando disponível para a elaboração do plano, bem como, participar dos encontros virtuais e atividades sugeridas pela coordenação do projeto.

A Coordenação do projeto, no nível central, terá como atribuição apoiar, acompanhar e avaliar a elaboração dos planos, a partir das seguintes ações:

- estabelecer um roteiro e uma matriz para a elaboração dos planos municipais de enfrentamento de DCNT;
- organizar e coordenar encontros virtuais de orientação e acompanhamento das regionais e dos municípios;
- pactuar e estabelecer critérios de monitoramento e avaliação dos planos municipais.

A partir de 2021, os Municípios serão convidados a partir de uma lista das Regiões de Saúde com as maiores proporções de Municípios com Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) 4 ou 5.

6. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Meta	Etapa/fase	Especificação	Duração	Período
12% dos municípios com plano de DCNT elaborado	1. Municípios do Projeto "Saúde em Ação" da UCP/SESSP e Municípios prioritários DRS IX Marília	<u>Município</u> Levantamento de dados sócio-demográficos e epidemiológicos, participação dos encontros virtuais e atividades de acompanhamento realizadas pela Coordenação do projeto Elaboração do plano municipal de enfrentamento de DCNT	20 dias	01/10/2020 a 31/11/2020
		<u>Regional</u> Indicação do interlocutor municipal, acompanhamento e orientação dos municípios abrangidos pela sua regional	10 dias	01/10/2020 a 31/11/2020
		<u>Estadual</u> Elaboração de material técnico (matriz) e organização de encontros virtuais e atividades; Contato, apoio e acompanhamento dos municípios; Elaboração de relatórios periódicos	50 dias	01/10/2020 a 15/12/2020
	2. Municípios da RS Itapeva e Circuito da Fé com IPRS 4 ou 5	<u>Município</u> Levantamento de dados sócio-demográficos e epidemiológicos, participação dos encontros virtuais e atividades de acompanhamento realizadas pela coordenação do projeto Elaboração do plano municipal de enfrentamento de DCNT	20 dias	15/01/2021 a 15/03/2021

Meta	Etapa/fase	Especificação	Duração	Período
		<u>Estadual</u> Elaboração de material técnico (matriz) e organização de encontros virtuais e atividades; Contato, apoio e acompanhamento dos municípios Elaboração de relatórios periódicos	50 dias	15/01/2021 a 31/03/2021
	3. Municípios das RS Vale do Ribeira e Marília com IPRS 4 ou 5	<u>Município</u> Levantamento de dados sócio-demográficos e epidemiológicos, participação dos encontros virtuais e atividades de acompanhamento realizadas pela coordenação do projeto Elaboração do plano municipal de enfrentamento de DCNT	20 dias	01/04/2021 a 15/06/2021
		<u>Estadual</u> Elaboração de material técnico (matriz) e organização de encontros virtuais e atividades; Contato, apoio e acompanhamento dos municípios Elaboração de relatórios periódicos	50 dias	01/04/2021 a 30/06/2021
	4. Municípios das RS Tupã/Três Colinas/Polo Cuesta/Alta Mogiana/Lins com IPRS 4 ou 5	<u>Município</u> Levantamento de dados sócio-demográficos e epidemiológicos, participação dos encontros virtuais e atividades de acompanhamento realizadas pela coordenação do projeto Elaboração do plano municipal de enfrentamento de DCNT	20 dias	15/07/2021 a 15/09/2021
		<u>Estadual</u> Elaboração de material técnico (matriz) e organização de encontros virtuais e atividades; Contato, apoio e acompanhamento dos municípios Elaboração de relatórios periódicos	50 dias	15/07/2021 a 30/09/2021

REFERÊNCIAS

Alves CG, Neto OLM. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):641-654.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS; 2011.

Lessa I. Doenças Crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciências e Saúde Coletiva* 9(4):931-943, 2004.

Macinko J. Avanços na vigilância da Saúde Pública brasileira. Editorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (3): 628-629, 2015.

Malta DC, Silva Jr JBS. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 22(1):151-164, 2013.

Mássimo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Ciência & Saúde Coletiva*.2015; 20(3):679-688.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-americana da Saúde, 2012.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores Nas Condições Crônicas. Genebra, 2002.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

Schmidt MI, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011; 377(9781):1949-1979.

Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice. 1: 2-4,1988.