

## Panorama da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2018

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis\*

### Sumário

1 Panorama da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2018

10 Fortalecimento das ações de prevenção, controle e eliminação da malária e ações de vigilância da leishmaniose visceral e doença de Chagas

### Resumo

A vigilância em saúde no contexto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) reúne um conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população.

**Objetivo:** Construir um panorama da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.

**Métodos:** Trata-se de uma análise descritiva realizada a partir de formulário FormSUS elaborado pela equipe técnica de Vigilância em Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde.

**Resultados:** Foram obtidas respostas de 100% (n=26) das secretarias municipais das capitais brasileiras, e 85,2% (n=24) das secretarias estaduais. Cerca de dois terços das secretarias possuem Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis vigente, sendo a maior proporção no nível estadual. Dentre as secretarias que não possuem Plano vigente, as razões mais citadas foram: seguem o plano nacional, vigência do plano terminou e não foi renovado, e as ações estão inseridas no plano municipal de saúde. Apenas 38,5% (n=10) das SMS das capitais e 62,5% (n=15) das SES afirmaram possuir instrumento próprio que orienta as atividades de vigilância em DCNT. A maioria das secretarias monitoram os quatro grupos de doenças crônicas não transmissíveis (câncer, cardiovascular, diabetes e respiratória) – 54,0% e os quatro fatores de risco (inatividade física, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool e tabagismo) – 58,0%.

**Conclusão:** O reconhecimento da estruturação da vigilância epidemiológica das doenças crônicas no Brasil, a partir das considerações, tanto a nível regional, quanto a nível de gestão (municipal e estadual) evidencia-se como uma importante ferramenta para o desenvolvimento das ações necessárias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,  
Edifício PO700, 7º andar  
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF  
E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)  
Site: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

Versão 2  
10 de janeiro de 2020

## ■ Apresentação

O Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) inaugura nova fase de divulgação dos temas relacionados ao trabalho da Secretaria. Agora, uma vez por semana traremos os dados atualizados de um ou mais agravos ou doenças em uma única edição, além de orientações, artigos e informes gerais, com o objetivo de traçar um panorama claro da vigilância no Brasil que possa ser útil aos profissionais de saúde, gestores e população em geral.

A SVS/MS assume assim o compromisso formal de manter a transparência ativa de acordo com os ditames da Lei de Acesso à Informação 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas.

Por essa razão, este boletim passa a ser o principal canal de comunicação com o público da SVS/MS e com todos que tenham interesse nos temas relacionados ao nosso trabalho. Esperamos, com isso, concentrar informações estratégicas para o campo da saúde em uma única fonte oficial.

Esperamos que o Boletim Epidemiológico da SVS/MS venha atender às necessidades informativas de todos que venham consultar as suas páginas.

Boa leitura!

## Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por cerca de 56,9% das mortes no Brasil no ano de 2017, na faixa etária de 30 a 69 anos (Gouvea et al, 2019), e são consideradas um dos maiores problemas globais de saúde pública da atualidade (WHO, 2018). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a grande maioria das mortes por DCNT são ocasionadas por um pequeno conjunto de fatores de risco, dentre os quais destacam-se o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebida alcoólica (WHO, 2014).

Dentre as ações para o enfrentamento das DCNT, está a vigilância e monitoramento dessas doenças, bem como de seus fatores de risco (WHO, 2001; Nascimento et al, 2017). A vigilância em DCNT é uma ação de grande relevância na saúde pública, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação das ações de prevenção e do controle (WHO, 2001).

De acordo com a lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990:

*“Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.*

Assim, vigilância em saúde no contexto das DCNT reúne um conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais e econômicos (Nascimento et al, 2017). Essas informações também são importantes para auxiliar no planejamento de ações e serviços de saúde e determinar as prioridades de políticas públicas em saúde. De uma perspectiva da prevenção, a vigilância dos principais fatores de risco é um ponto de partida apropriado (WHO, 2001).

Um sistema de vigilância de DCNT, bem como de seus fatores de risco, é parte integrante da saúde pública e, como parte dos sistemas de informação de saúde, tal vigilância fornece informações para a tomada de decisão e indução de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT (WHO, 2001), nos países, estados e municípios. Conhecer o cenário atual da vigilância de DCNT nos estados e capitais brasileiras, é de extrema importância. Desse modo, este boletim traz o propósito de construir um panorama da vigilância de DCNT no Brasil.

## Métodos

Trata-se de uma análise descritiva realizada a partir dos dados de um questionário disponibilizado via FormSUS e elaborado pela equipe técnica de Vigilância em Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. O questionário tinha os seguintes objetivos: Identificar a estrutura existente para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica das doenças crônicas não transmissíveis nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS);

- Identificar as ações desenvolvidas pelas equipes da vigilância epidemiológica das doenças crônicas não transmissíveis nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS);
- Identificar a implantação e a execução do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis nas Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde das capitais.

O questionário foi estruturado em quatro blocos, e o Quadro 1 apresenta um resumo das questões presentes em cada bloco.

O link do questionário foi enviado por e-mail para os pontos focais de vigilância em DCNT das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal e para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das 26 capitais brasileiras. O primeiro envio foi feito no dia 12 de novembro de 2018, com prazo de 14 dias para respostas. Após ser identificada a ausência de resposta de alguns estados e municípios, o link para o questionário foi reenviado mais duas vezes, além de realização de ligações telefônicas, na tentativa de identificar possíveis problemas encontrados e reforçando a importância do preenchimento. Após todas estas tentativas, o questionário foi encerrado para respostas em 20 de dezembro de 2018.

Findando o prazo, foram realizadas análises preliminares e dois representantes da vigilância em DCNT de cada SES e SMS foram convidados a participar de uma videoconferência realizada no dia 12 de março de 2019 para apresentação dos resultados supracitados. Alguns representantes, após a participação na videoconferência, sinalizaram a necessidade de revisão de respostas informadas no FormSUS. Diante do exposto, foram recebidas as alterações por e-mail e consideradas para este boletim. Os resultados são apresentados em número absoluto e frequências por região ou por unidade administrativa.

**QUADRO 1** Quadro resumo das questões incluídas no FormSUS

<b>IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA DE VIGILÂNCIA EM DCNT</b>
Estado
Esfera de Gestão
Se capital, qual?
Responsável pela equipe de vigilância das DCNT
<b>ESTRUTURA</b>
Número de profissionais de nível superior que compõem a equipe de vigilância epidemiológica de doenças crônicas não transmissíveis.
Vigilância epidemiológica de DCNT inserida no organograma?
Uso exclusivo de computador para DCNT?
Capacitação da equipe de DCNT nos últimos 3 anos?
Possuem instrumento próprio?
<b>ATIVIDADES GERAIS</b>
São desenvolvidas atividades para os 4 principais grupos de DCNT?
São desenvolvidas atividades para os 4 fatores de risco comum para as DCNT?
Ações de prevenção e controle da obesidade?
Análise da situação epidemiológica das DCNT, em 2017?
Essa análise foi divulgada para outros atores responsáveis pelo tema?
Essa análise foi utilizada para subsidiar o planejamento de ações?
Indicadores de vigilância das DCNT no Plano Anual de Saúde?
Nos últimos 12 meses, apresentação da situação das DCNT na CIR ou CIB?
Nos últimos 12 meses, realização de alguma campanha de prevenção de DCNT?
Experiência bem-sucedida no âmbito da prevenção e controle das DCNT?
<b>IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO DO PLANO</b>
Possui Plano vigente?
Indicadores para monitoramento e avaliação das metas do Plano?
O Plano está sendo executado?
As ações do Plano estão sendo monitoradas?

Fonte: FormSUS/CGDANT/DASNT/SVS/MS.

## Resultados

Taxas de 100% (n=26) de resposta das SMS das capitais e 85,2% (n=24) das SES foram observadas. Entre os não respondentes, encontrou-se uma SES da região Norte e duas SES da região Nordeste. Os resultados são apresentados considerando apenas os respondentes.

No que tange a caracterização da área de vigilância das DCNT no Brasil, apenas um município da região Sudeste não apresentava responsável pela equipe de vigilância de DCNT na ocasião da pesquisa. As SES apresentaram em média 6,2 profissionais de nível superior na composição das equipes de vigilância em DCNT, sendo a maior média observada na região Sudeste (13,5 profissionais) e a

menor na região Sul (3,0 profissionais). No entanto, para as SMS das capitais, as médias foram menores, sendo 3,2 profissionais no conjunto das capitais, com maior número médio na região Sul (4,3 profissionais) e menor média na região Nordeste (2,4 profissionais) (Tabela 1). Considerando a equipe como um todo, 91,7% (n=22) dos profissionais das SES e 73,1% (n=19) das SMS das capitais responderam ter tido a oportunidade de fazer algum curso de capacitação nos últimos três anos para aperfeiçoar o trabalho na área.

Dentre os respondentes, 78,0% afirmaram que a vigilância das DCNT está inserida no organograma da secretaria na área de Vigilância em Saúde e 6,0% apresentam a inserção na área de Atenção em Saúde.

**TABELA 1** Quantidade de profissionais de nível superior que compõem a equipe de vigilância epidemiológica das DCNT, por nível de gestão (estadual ou municipal). Brasil, 2018

	Estado				Município			
	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo
Norte	3,5	2,2	1	6	4,1	4,1	1,0	10,0
Nordeste	5,0	2,7	2	10	2,5	1,6	1,0	5,0
Centro Oeste	7,5	6,9	1	16	3,0	2,0	1,0	5,0
Sudeste	13,5	10,2	4	28	2,5	1,7	1,0	5,0
Sul	3,0	1,0	2	4	4,3	2,3	3,0	7,0
<b>Total</b>	<b>6,2</b>	<b>6,0</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>3,2</b>	<b>2,6</b>	<b>1,0</b>	<b>10,0</b>

Fonte: FormSUS/CGDANT/DASNT/SVS/MS.

Contudo, uma SES e quatro SMS não apresentam a vigilância das DCNT inserida no organograma da secretaria de saúde (Tabela 2). Em relação àqueles que relataram outras áreas (6,0%), em uma SMS da região Norte, a vigilância em DCNT está inserida na área de Vigilância em Saúde e Políticas em Saúde,

uma SMS da região Nordeste está inserida nas duas áreas, tanto de Vigilância em Saúde, quanto na Atenção à Saúde, e por fim, uma SMS do Sudeste a vigilância em DCNT está inserida na Vigilância em Saúde e em áreas do Cuidado Integral e Promoção da Saúde.

**TABELA 2** Área de inserção da Vigilância de DCNT no organograma, por nível de gestão (estadual ou municipal). Brasil, 2018

	Secretaria Estadual		Secretaria Municipal		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vigilância em Saúde	21	87,5	18	69,2	<b>39</b>	<b>78,0</b>
Atenção à Saúde	2	8,3	1	3,9	<b>3</b>	<b>6,0</b>
Outras	0	0,0	3	11,5	<b>3</b>	<b>6,0</b>
Não está inserida	1	4,2	4	15,4	<b>5</b>	<b>10,0</b>

Fonte: FormSUS/CGDANT/DASNT/SVS/MS.

Apenas 38,5% (n=10) das SMS das capitais e 62,5% (n=15) das SES afirmaram possuir instrumento próprio que orienta as atividades de vigilância em DCNT. Uma SES e cinco SMS não possuem computador de uso exclusivo para a equipe de vigilância em DCNT. E entre aquelas que possuem, 13,0% (n=3) das secretarias estaduais e 28,6% (n=6) das municipais afirmaram que a quantidade é insuficiente.

Na tabela 3 é possível observar que a maioria das secretarias monitoram os quatro grupos de DCNT (câncer, cardiovascular, diabetes e respiratória) (54,0%) e os quatro fatores de risco (58,0%). Dentre aqueles que priorizam alguns grupos, todas as secretarias da região Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste não priorizam

apenas as doenças respiratórias, e quanto aos fatores de risco (inatividade física, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool e tabagismo), nenhuma secretaria monitora o consumo abusivo de álcool. Dentre aqueles que relataram não trabalhar com vigilância (8,0%), as razões expostas foram equipe insuficiente e falta de entendimento de prioridade por parte da gestão.

Em relação ao controle da obesidade, 75,0% (n=18) das SES e 76,9% (n=20) das SMS desenvolvem ações de prevenção e controle dessa doença crônica. E 76,9% (n=20) das secretarias municipais e 75,0% (n=18) das estaduais realizaram nos últimos doze meses alguma campanha de prevenção das DCNT.

**TABELA 3** Área de inserção da Vigilância de DCNT no organograma, por região do país. Brasil, 2018

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Grupos de DCNT</b>												
Quatro grupos	6	46,2	11	68,8	3	42,9	5	62,5	2	33,3	27	54,0
Priorizam alguns grupos	6	46,2	4	25,0	3	42,9	3	37,5	3	50,0	19	38,0
Diabetes <sup>1</sup>	5	83,3	4	100,0	3	100,0	3	100,0	2	66,7	17	89,5
Cardiovasculares <sup>1</sup>	5	83,3	4	100,0	2	66,7	3	100,0	1	33,3	15	78,9
Neoplasias <sup>1</sup>	4	66,7	3	75,0	1	33,3	3	100,0	2	66,7	13	68,4
Respiratórias <sup>1</sup>	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	10,5
Não trabalha com vigilância	1	7,7	1	6,3	1	14,3	0	0,0	1	16,7	4	8,0
<b>Grupos de fatores de risco</b>												
Quatro fatores de risco	7	53,8	10	62,5	4	57,1	5	71,4	3	50,0	29	58,0
Priorizam alguns	5	38,5	6	37,5	2	28,6	3	42,9	3	50,0	19	38,0
Tabagismo <sup>2</sup>	5	100,0	4	66,7	2	100,0	3	100,0	3	100,0	17	89,5
Alimentação inadequada <sup>2</sup>	4	80,0	5	83,3	1	50,0	3	100,0	2	66,7	15	78,9
Atividade física insuficiente <sup>2</sup>	3	60,0	4	66,7	0	0,0	3	100,0	2	66,7	12	63,2
Consumo abusivo de álcool <sup>2</sup>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não trabalha com vigilância dos fatores de risco	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	2,0

Fonte: FormsUS/CGDANT/DASNT/SVS/MS.

<sup>1</sup>Frequência calculada a partir das SES e SMS que responderam priorizar alguns grupos de doenças.

<sup>2</sup>Frequência calculada a partir das SES e SMS que responderam priorizar alguns grupos de fatores de risco.

Os sistemas de informação mais utilizados para a vigilância em DCNT no nível estadual e municipal foram o SIM (95,8% e 92,3%) e o SIH (91,7% e 84,6%), quanto às pesquisas, as mais utilizadas foram o Vigitel (87,5% e 96,2%) seguida pela PeNSE (79,2% e 84,6%). A estratégia e-SUS foi utilizada por cerca de um terço das secretarias (30,0%) (Tabela 4).

Dentre outras fontes de dados citadas pelas secretarias, esteve o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), a PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio), o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), o SISCAN (Sistema de Informação do Câncer), o SISCOLO (Sistema de Informação do Colo do Útero), o SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama), além de fazerem uso de bases de dados do prontuário eletrônico para análise do perfil de diabéticos e hipertensos, por exemplo.

**TABELA 4** Sistemas/fontes de informação utilizados para a vigilância em DCNT, por nível de gestão (estadual ou municipal). Brasil, 2018

	Secretaria Estadual		Secretaria Municipal		Total	
	n	%	n	%	n	%
SIM	23	95,8	24	92,3	47	94,0
SIH	22	91,7	22	84,6	44	88,0
Estratégia eSUS	5	20,8	10	38,5	15	30,0
RHC	16	66,7	6	23,1	22	44,0
RCBP	13	54,2	10	38,5	23	46,0
Vigitel	21	87,5	25	96,2	46	92,0
PeNSE	19	79,2	22	84,6	41	82,0
PNS	16	66,7	20	76,9	36	72,0
Outros	7	29,2	7	26,9	14	28,0

Fonte: FormSUS/CGDANT/DASNT/SVS/MS.

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

RHC – Registro Hospitalar de Câncer

RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional

Vigitel – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

Quanto à realização de análise de situação de saúde em 2017 (ano anterior à pesquisa), 76,9% das secretarias municipais e 91,7% das estaduais responderam sim à essa pergunta, e todas as secretarias municipais responderam que divulgaram os resultados dessa análise. Carca de 90,0% das secretarias de saúde utilizaram a situação

epidemiológica das DCNT para subsidiar o planejamento de ações e possuem indicadores da vigilância em DCNT no Plano Anual de Saúde. Mais da metade das secretarias municipais (57,7%) e 75,0% das estaduais apresentaram a situação das DCNT na Comissão Intergestores Regionais ou na Comissão Intergestores Bipartite (Tabela 5).

**TABELA 5** Informações sobre análise de situação de saúde, por nível de gestão (estadual ou municipal). Brasil, 2018

	Secretaria Municipal		Secretaria Estadual		Total	
	n	%	n	%	n	%
A equipe realizou, em 2017, análise da situação epidemiológica das DCNT	20	76,9	22	91,7	44	88,0
Essa análise foi divulgada para outros atores responsáveis pelo tema*	20	100,0	20	90,9	40	90,9
A análise da situação epidemiológica das DCNT foi utilizada para subsidiar o planejamento de ações*	16	80,0	20	90,9	36	85,7
Há indicadores da vigilância em DCNT no Plano Anual de Saúde	23	88,5	22	91,7	45	90,0
Nos últimos doze meses houve apresentação da situação das DCNT na CIR ou CIB	15	57,7	18	75,0	33	66,0

Fonte: FormSUS/CGDANT/DASNT/SVS/MS.

\*Frequência calculada a partir das SES e SMS que responderam ter realizado análise da situação epidemiológica.

Cerca de dois terços das secretarias possuem Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis vigente, sendo a maior proporção observada no nível estadual de gestão (75,0%). Dentre aquelas com plano vigente, 84,6% das secretarias municipais e 77,8% das estaduais elaboraram indicadores para o

monitoramento e avaliação de suas ações. Apenas 44,4% das secretarias estaduais apresentam todos os eixos do plano implantados e 83,9% de todas as secretarias apresentam planejamento e execução do Plano realizados de forma integrada entre Vigilância e outras áreas da secretaria (Tabela 6).

**TABELA 6** Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), por nível de gestão (estadual ou municipal). Brasil, 2018

	Secretaria Municipal		Secretaria Estadual		Total	
	n	%	n	%	n	%
A Secretaria possui Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis vigente?	13	50,0	18	75,0	31	62,0
Foram elaborados indicadores para o monitoramento e avaliação das ações do Plano de DCNT*	11	84,6	14	77,8	25	80,6
O Plano para Enfrentamento de DCNT está sendo executado?*	11	84,6	17	94,4	28	90,3
O Plano de DCNT está implantado em todos os Eixos?*	7	53,8	8	44,4	15	48,4
Planejamento e execução do Plano de DCNT realizados de forma integrada entre Vigilância e outras áreas da Secretaria*	12	92,3	14	77,8	26	83,9
As ações do plano de DCNT são monitoradas?*	11	84,6	15	83,3	26	83,9

Fonte: FormSUS/CGDANT/DASNT/SVS/MS.

\*Frequência calculada a partir das SES e SMS que responderam ter Plano de DCNT vigente.

Dentre as secretarias que não possuem Plano vigente, as razões mais citadas foram: plano em processo de elaboração (n=6), equipe insuficiente (n=4), falta de

recursos financeiros para implementação de ações de enfrentamento (n=4) e falta de prioridade política (n=3).

## Considerações Finais

A vigilância das DCNT é de grande importância para a estruturação de programas e políticas de saúde centradas na promoção da saúde e prevenção dessas doenças. Dessa maneira, torna-se relevante conhecer como se estrutura tal vigilância no Brasil, tanto considerando as particularidades das regiões, como por nível de gestão (municipal e estadual).

Apesar de não termos obtido resposta de todos os estados, a taxa de resposta ao questionário foi alta. Com esse panorama foi possível observar que a esfera estadual se encontra mais estruturada do que a municipal a nível de capital, e pode-se imaginar que para municípios menores essa situação se agrave, ficando a vigilância de DCNT cada vez mais enfraquecida. Assim, ressaltamos a importância do fortalecimento da vigilância das doenças crônicas e seus fatores de risco em todas as esferas de gestão, visto que estas doenças são responsáveis pela maior carga de mortes no mundo todo, matando cerca de 41 milhões de pessoas a cada ano (WHO, 2018), não sendo diferente a magnitude observada no Brasil.

Com relação aos sistemas de informação, é importante ressaltar a baixa utilização da estratégia e-SUS como fonte de informação, sendo necessário uma maior investigação sobre as possíveis razões de sua não utilização, uma vez que poderia se tratar de uma importante fonte de informação para municípios menores que não podem se valer das informações das pesquisas nacionais por não serem representativas para essa realidade.

É oportuno salientar que as políticas públicas finalísticas para que sejam efetivas, necessitam de planejamento e otimização de processos (Martins e Marini, 2014). Sendo assim, é importante a implementação de todos entes federativos no que tange ao Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Este documento possui algumas limitações: trata-se de um formulário auto preenchido e pode não condizer com a realidade encontrada nas localidades levantadas. Assim, mostra-se a importância de visitas técnicas aos estados e capitais a fim de se conhecer as atividades que estão sendo realizadas. Outra limitação encontrada no questionário foi que o mesmo não solicitou a identificação do respondente e, dessa maneira, não foi possível saber se o mesmo foi respondido pela equipe responsável pelas DCNT.



Este material técnico apresentou um panorama do trabalho de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis nos estados e capitais brasileiras, ressaltando a importância de estruturar a vigilância e manter um padrão de monitoramento, sendo essas ações muito importantes para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis.

## Referências

1. Gouvea ECDP, Barros FCR, Neto PFV, Santos RO, Stopa SR, Tierling VL et al. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis. Bol Epidemiol [Internet]. 2019 set [27 set 2019]; 50(n. esp.): 99-101. (Número especial: Vigilância em Saúde no Brasil 2003|2009: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
2. Martins HF, Marini C. Governança Pública Contemporânea: uma tentativa de dissecação conceitual. Brasília, Revista do TCU, nº 130, maio/agosto 2014. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/40>. Acessado em: 30 set. 2019.
3. Nascimento MI, Flauzino RF, Rito RVVF, Malta DC, Moura L, Rosa RS. Vigilância em Saúde: marcos conceituais e históricos. In: Azevedo e Silva G, Malta DC, Moura L, Rosa RS. Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: prioridade da saúde pública no século XXI. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017. Cap 1, p 17-55.
4. WHO – World Health Organization. Surveillance of risk factors for noncommunicable diseases: The WHO STEPwise approach. Geneva: WHO; 2001
5. WHO – World Health Organization. Global status report in noncommunicable diseases 2014. Geneva, 2014.
6. WHO – World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization; 2018.

**\*Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DASNT/SVS/MS):** Roberta de Oliveira Santos, Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvêa, Fabiana Cristina Ribeiro de Barros, Max Moura de Oliveira, Paulo da Fonseca Valença Neto, Sheila Rizzato Stopa, Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Andrea de Paula Lobo.

# Fortalecimento das ações de prevenção, controle e eliminação da malária e ações de vigilância da leishmaniose visceral e doença de Chagas

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEIDT/SVS), Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT/SVS), Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (DAEVS/SVS)\*

## Contextualização

Com intuito de fortalecer as ações de prevenção, controle e eliminação da malária e as ações de vigilância da leishmaniose visceral e doença de Chagas no Brasil, a Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGZV/DEIDT/SVS), por meio da Portaria 3.775, de 24 de dezembro de 2019, repassa aos estados e municípios prioritários para as doenças mencionadas, o quantitativo de R\$ 35.564.780,00 para ações de custeio. De acordo com a Portaria, essas ações compreendem:

- I - monitorar as doenças;
- II - realizar análises epidemiológicas;
- III - coletar, consolidar, analisar e disseminar informações referentes à malária, leishmaniose visceral e doença de Chagas;
- IV - realizar ações de educação em saúde;
- V - apoiar a realização de inquéritos e estudos epidemiológicos;
- VI - intensificar as ações de vigilância e controle.

Serão contemplados com repasse de recurso 434 municípios considerados prioritários para malária, leishmaniose visceral ou doença de Chagas, bem como as secretarias de saúde dos 10 estados que concentram 88% desses municípios (Quadro 1).

**QUADRO 1** Número de municípios que receberão recurso de custeio para fortalecimento das ações de controle da malária, da leishmaniose visceral e da doença de Chagas, Brasil, 2019

UF	Nº de municípios prioritários	UF	Nº de municípios prioritários
MG*	117	AC	4
BA*	65	AP	4
SP*	40	AL	3
PA*	34	MS	3
MA*	28	MT	3
PI*	23	RS	3
GO*	21	ES	2
TO*	21	RN	2
PA*	19	RO	2
AM*	16	DF	1
RR	9	PB	1
CE	6	SE	1
PE	6		
<b>Total geral</b>		<b>434</b>	

Fonte: SVS/MS.

\*Estados que as secretarias estaduais de saúde também receberão recursos de custeio, além dos municípios.

Os municípios prioritários foram estratificados de acordo com a situação epidemiológica das doenças e se considerou a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018, aplicada aos municípios. Dessa forma, o recurso financeiro disponível foi dividido para cada estrato da seguinte maneira:

- **Estrato 1** – R\$ 450.000,00: Municípios que foram considerados prioritários para a malária, leishmaniose visceral ou doença de Chagas e com estimativa populacional igual a 100.000 habitantes ou maior;
- **Estrato 2** – R\$ 80.000,00: Municípios que foram considerados prioritários para a malária, leishmaniose visceral ou doença de Chagas, com estimativa populacional entre 50.000 e 99.999 habitantes;

- **Estrato 3** – R\$ 30.000,00: Municípios que foram considerados prioritários para a malária, leishmaniose visceral ou doença de Chagas, com estimativa populacional entre 20.000 e 49.999 habitantes.
- **Estrato 4** – R\$ 10.000,00: Municípios que foram considerados prioritários para a malária, leishmaniose visceral ou doença de Chagas, com estimativa populacional inferior a 19.999 habitantes.

Para os 10 estados foram repassados a quantia total de R\$ 3.374.780,00, sendo 337.478,00 para cada estado.

Acesse a Portaria para conhecer os municípios prioritários e critérios de definição do repasse financeiro: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.775-de-24-de-dezembro-de-2019-235342106>

## I – Malária

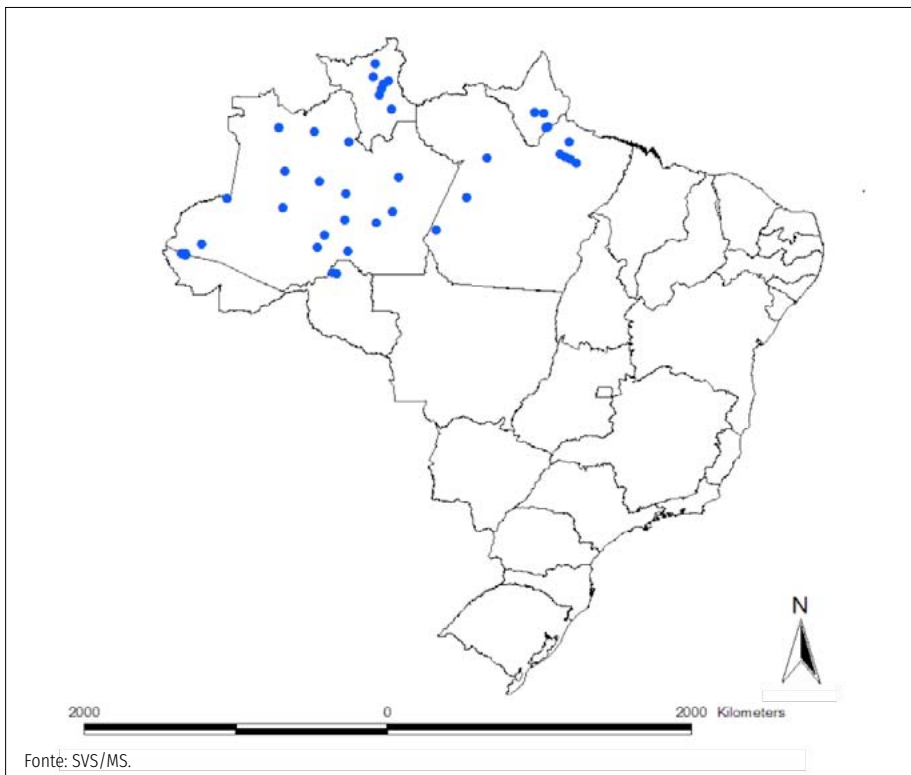
A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários do gênero *Plasmodium*, transmitidos pela fêmea infectada do mosquito *Anopheles*. Qualquer pessoa pode contrair a malária; indivíduos que tiveram vários episódios de malária podem atingir um estado de imunidade parcial, apresentando poucos ou mesmo nenhum sintoma no caso de uma nova infecção.

No Brasil, a maior ocorrência de casos de malária se concentra na região Amazônica, nos Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Nas demais regiões, apesar das poucas notificações, a doença não pode ser negligenciada, pois se observa uma letalidade mais elevada que na região Amazônica.

Diante de vários desafios enfrentados para conter a doença, a CGZV/DEIDT/SVS adota uma política permanente para o controle da malária, de forma a dar sustentabilidade e fortalecimento ao processo de descentralização das ações de vigilância e controle no País. Dentre os avanços alcançados nos últimos anos, o desafio é a mudança de paradigma do controle para eliminação da malária no Brasil.

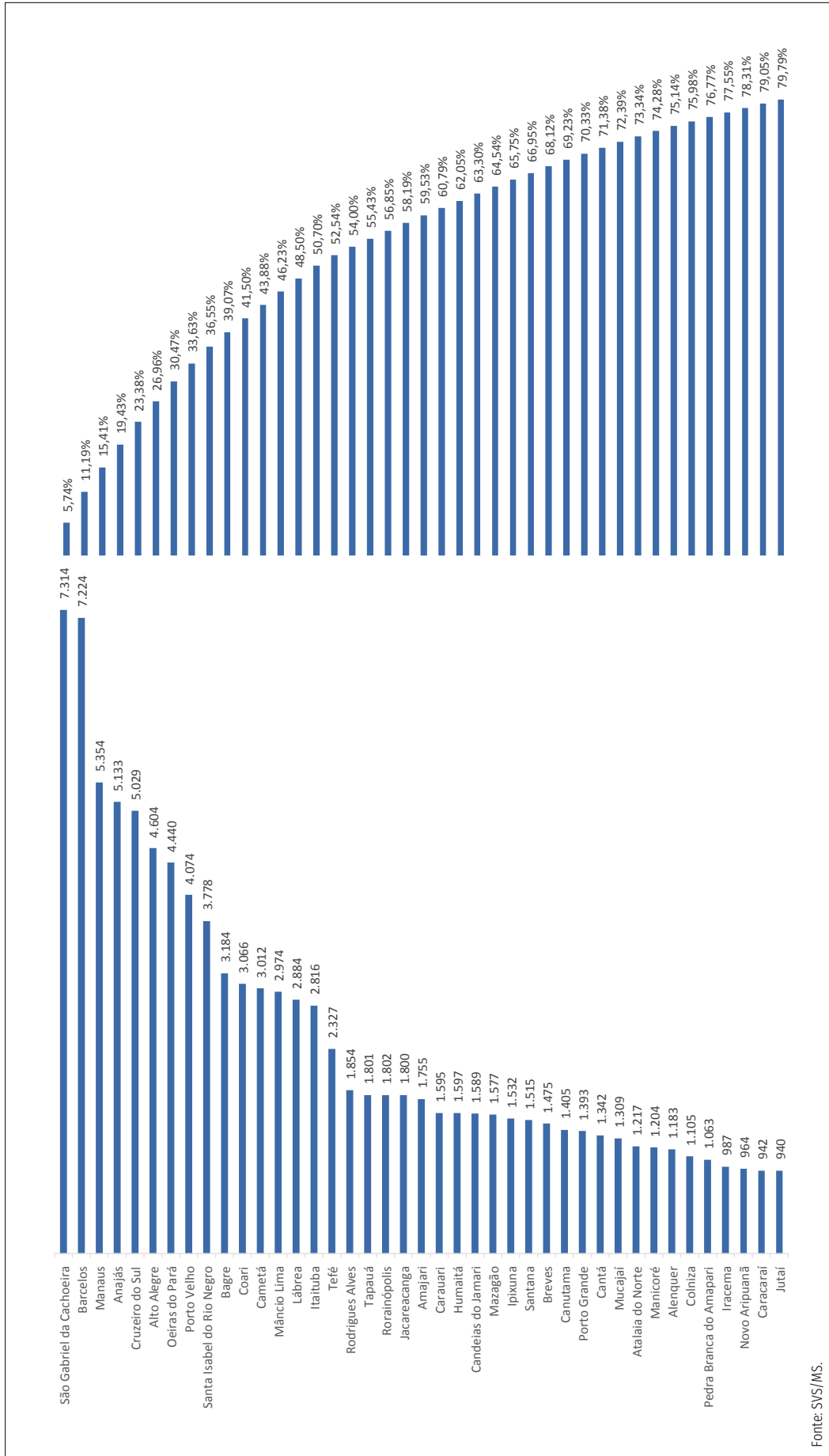
### Critérios de seleção dos municípios prioritários para malária

Municípios que concentraram 80% dos casos dessa doença, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no período de janeiro a outubro de 2019.



Para maiores informações acesse: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/malaria>

**FIGURA 1** Municípios prioritários para malária (n=41), Brasil, 2019



Fonte: SVS/MS.

GRÁFICO 1 Casos de malária e percentual de participação por município, Brasil, 2019

## II – Leishmaniose visceral

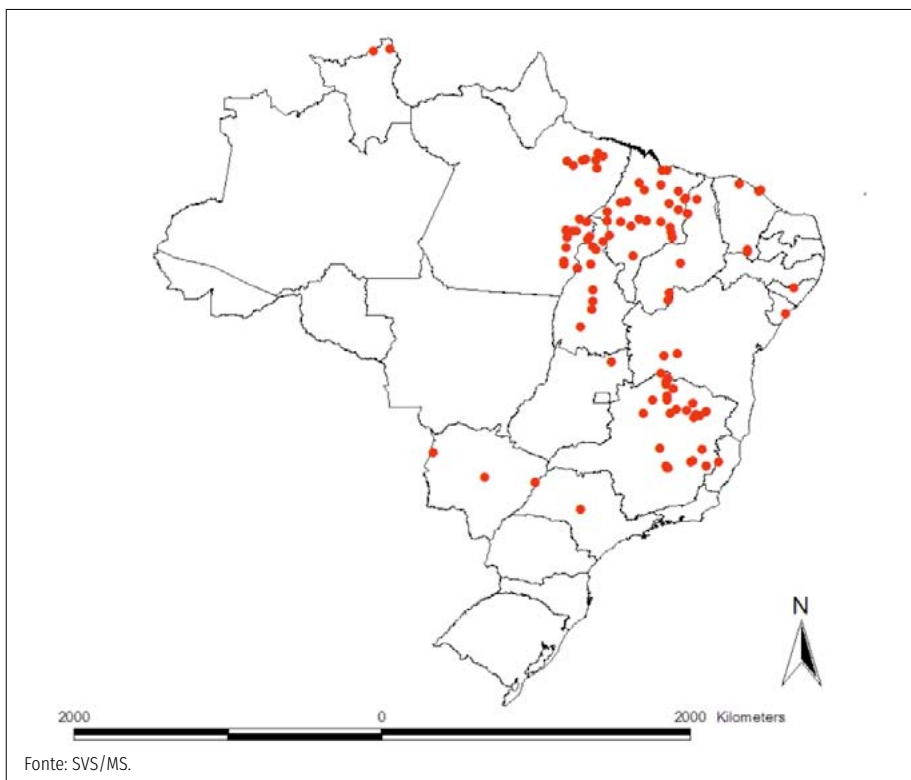
A leishmaniose visceral (LV) é uma zoonose causada por um protozoário da espécie *Leishmania infantum*, de evolução crônica, com acometimento sistêmico e, se não tratada, pode levar a óbito até 90% dos casos. A LV é transmitida ao homem pela picada de fêmeas do inseto vetor infectado, denominado flebotomíneo e conhecido popularmente como mosquito palha, asa-dura, tatuquiras, birigui, dentre outros. No Brasil, a principal espécie responsável pela transmissão é a *Lutzomyia longipalpis*.

A LV é endêmica em 76 países e, no continente americano, está descrita em pelo menos 12 deles. Dos casos registrados na América Latina, 90% ocorrem no Brasil. Em 1913 é descrito o primeiro caso em necropsia de paciente oriundo de Boa Esperança, Mato Grosso. A doença, desde então, vem sendo descrita em vários municípios brasileiros, apresentando mudanças importantes no padrão de transmissão, inicialmente predominando em

ambientes silvestres e rurais e mais recentemente em centros urbanos. Em média, cerca de 3.500 casos são registrados anualmente e o coeficiente de incidência é de 2,0 casos/100.000 habitantes. Nos últimos anos, a letalidade vem aumentando gradativamente, passando de 3,1% em 2000 para 7,1% em 2018.

### Critérios de seleção dos municípios prioritários para leishmaniose visceral

A relação dos municípios prioritários para leishmaniose visceral é definida de acordo com o índice composto, gerado pelo Sistema Regional de Informação para Leishmanioses nas Américas (SisLeish) da Organização Panamericana de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Os municípios são classificados com base na média de casos e na taxa de incidência nos últimos três anos, sendo priorizados aqueles classificados como de transmissão “alta”, “intensa” e “muito intensa”.



Para maiores informações acesse: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral>

FIGURA 2 Municípios prioritários para leishmaniose visceral (n=101), Brasil, 2019

### III – Doença de Chagas

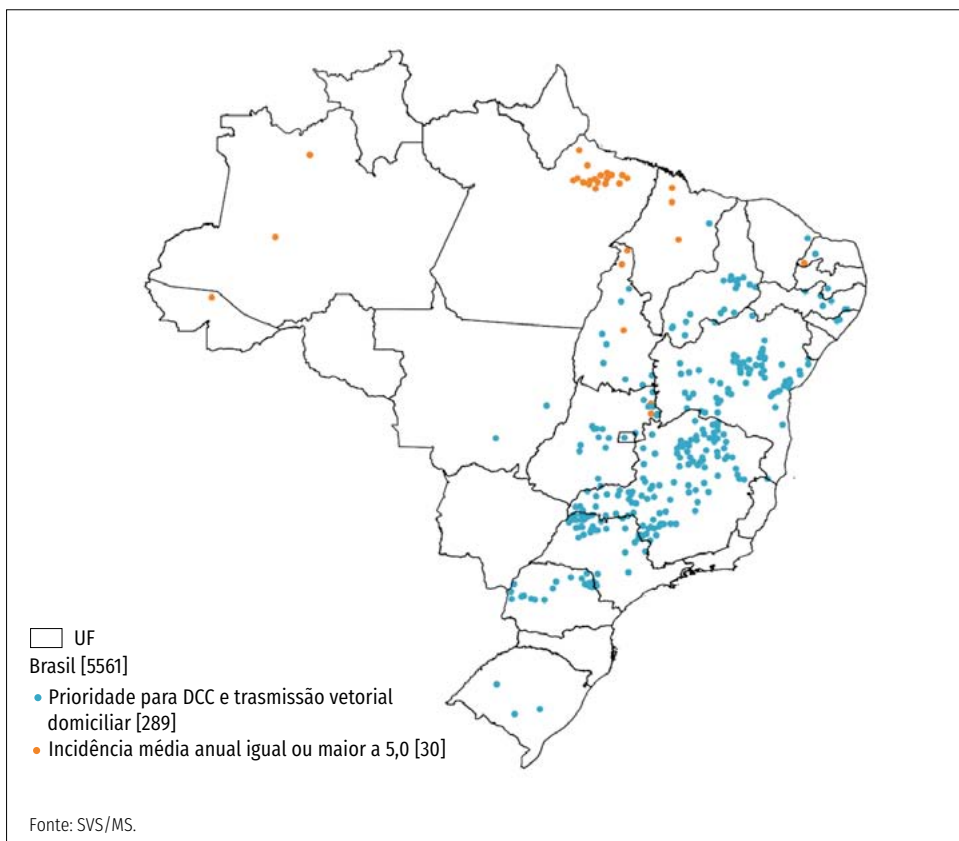
A doença de Chagas (DC), ou Tripanossomíase americana, é a infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* (*T.cruzi*). Apresenta uma fase aguda (Doença de Chagas Aguda – DCA), que pode ser sintomática ou não, e uma fase crônica, que pode se manifestar nas formas indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva.

Em função das ações de controle de vetores realizadas a partir da década de 1970, o Brasil recebeu em 2006 a certificação internacional da interrupção da transmissão vetorial pelo *Triatoma infestans*, espécie exótica e responsável pela maior parte da transmissão vetorial no passado. Contudo, o risco de transmissão da doença de Chagas persiste devido à presença de espécies de triatomíneos autóctones com potencial de colonização e/ou altas taxas de infecção natural. Estima-se que haja no Brasil, atualmente, pelo menos um milhão de pessoas infectadas por *T. cruzi*.

Um reflexo disso é a elevada carga de mortalidade por DC no País, que representa uma das quatro maiores causas de mortes por doenças infecciosas e parasitárias.

#### Critérios de seleção dos municípios prioritários para doença de Chagas (n=319)

- Municípios com prioridade muito alta para doença de Chagas crônica (análise multicritério a partir de indicadores de mortalidade, internações e acesso aos serviços) e classificados de “Média” a “Muito alta”. Prioridade para vulnerabilidade de transmissão vetorial domiciliar na revisão de municípios elegíveis para o Programa de Melhoria Habitacional da FUNASA; OU
- Municípios com incidência média anual de DCA igual ou maior a 5,0 casos/100 mil hab., conforme registros no Sinan no período de 2009 a 2018.



Para maiores informações acesse: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/doenca-de-chagas>

**FIGURA 3** Municípios prioritários para doença de Chagas (n=319). Brasil, 2019

## Recomendações do Ministério da Saúde para Unidades Federadas e municípios prioritários

- Realizar diagnóstico situacional, com monitoramento e avaliação de indicadores relacionados à vigilância e acompanhamento dos casos, identificando grupos e territórios prioritários;
- Constituir linhas de cuidado, com atuação de equipe multiprofissional, visando à qualidade de vida e à limitação do dano, com garantia de tratamento específico e reabilitação física, cardiovascular, profissional/ocupacional, social e psicológica. Nesta perspectiva, deve-se disponibilizar mecanismos de integração entre os diferentes níveis de atenção, com fluxos de referência e contrarreferência e instrumentos de teleconsultoria e telediagnóstico;
- Ampliar a oferta de diagnóstico laboratorial:
  - » Estruturar programas de rastreamento, a partir da atenção primária, em população na faixa etária acima de 18 anos e gestantes. Esta ação é prioritária principalmente para municípios com alta vulnerabilidade para doença de Chagas crônica;
  - » Solicitar sorologia de familiares de pessoas identificadas em qualquer fase da doença e dos habitantes das residências nas quais são encontrados triatomíneos intradomiciliares e peridomiciliares positivos para *T. cruzi*.
- Monitorar a infecção por *T. cruzi* na população humana, com inquéritos sorológicos periódicos e estatísticas das testagens de bancos de sangue;
- Municípios com vulnerabilidade para transmissão vetorial domiciliar, e/ou com incidência de casos agudos, devem fortalecer as ações de vigilância entomológica na qual a notificação por participação popular é prioritária e está indicada para a maioria dos cenários. Por outro lado, a vigilância ativa deve ser realizada obrigatoriamente nos municípios com encontro de espécies com constituição frequente de colônias domiciliares;
- Especialmente na região amazônica, os municípios também devem estabelecer parcerias com setores de apoio ao segmento produtivo e comercial de alimentos suscetíveis à contaminação, com ações de capacitação e assessorias aos estabelecimentos, manipuladores de alimentos, profissionais de informação, educação e comunicação, além de buscar integração com o programa de malária para detecção de casos suspeitos.

**Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEIDT/SVS):** André Peres Barbosa de Castro, Edília Sâmela Freitas Santos, Francisco Edilson Ferreira de Lima Júnior, Gilberto Gilmar Moresco, José Nilton Gomes da Costa, Joyce Mendes Pereira, Juliane Meira Borges, Leonardo de Carvalho Maia, Liana Reis Blume, Lucas Edel Donato, Marcelo Yoshito Wada, Marcia Leite de Sousa Gomes, Márcia Helena Maximiniano de Almeida, Mayara Maia Lima, Pablo Sebastian Tavares Amaral, Paola Barbosa Machesini, Poliana de Brito Ribeiro, Ronan Rocha Coelho, Swamy Lima Palmeira, Veruska Maia da Costa.

**Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT/SVS):** Cristianne Aparecida Costa Haraki, Julio Henrique Rosa Croda, Rodrigo Fabiano do Carmo Said.

**Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (DAEVS/SVS):** Aíde de Souza Campagna, Cassiana Perinazzo da Veiga Schio, Geraldo da Silva Ferreira, Sônia Maria Feitosa Brito.